



ANNEE ACADEMIQUE : 2016-2017

**MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE OPTION GESTION DES
PROGRAMMES DE SANTE 27^{ème} PROMOTION**



Mémoire de fin de formation

THEME :

Contribution à l'amélioration du dépistage du VIH/sida : évaluation de la pratique des Tests de Dépistage Rapide (TDR) au laboratoire d'analyses biologiques du Centre Hospitalier Abass Ndao (Dakar-Sénégal)

Présenté par :

Dr TOURE Gaoussou
Médecin Principal

Sous la direction de :

Pr Boubacar WADE
Professeur Agrégé du Val de Grâce
Enseignant associé au CESAG

Décembre 2017

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

❖ Allah le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux

Pour l'accomplissement de ce travail dans la santé. Je te serai toujours reconnaissant pour tes bienfaits dans ma vie.

❖ Mon père Feu Youssouf TOURE

Tu nous as toujours enseigné de bonnes valeurs. Je me souviens que tu disais toujours travaillez, travaillez, car au bout de l'effort il y a la récompense. Je sais que de là où tu te trouves aujourd'hui, tu continues de prier et de veiller sur moi.

❖ Ma mère Kadidiatou SANGARE

C'est grâce à tes prières et à tes bénédictions que j'en suis là aujourd'hui. Je te serai éternellement reconnaissant. Dieu te garde longtemps à nos côtés.

❖ Mes frères et sœurs

Mohamed, Ismaël, Naffissata, Ousmane, Nahan'na, Mamaragbè et Vamoussa, vos prières et vos encouragements m'ont été d'un soutien capital.

❖ Bintou COULIBALY

Ta présence et tes prières ne m'ont jamais fait défaut pendant ce long moment passé loin des miens.

❖ Ma fille Amira Carole

Ces longs mois passés loin de toi ont été difficiles pour moi, mais bien plus pour toi. Je suis fier de toi car tu as pu surmonter cette épreuve avec bravoure.

❖ Koura TRAORE

Tes encouragements et tes prières m'ont toujours accompagné, merci.

❖ Moustapha COULIBALY, Hazardous Materials and Facilities Licensing Supervisor à BAKER HUGHES, a GE company, Doha Qatar.

Ton soutien ne m'a jamais fait défaut. Dieu saura te récompenser à ta juste valeur.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à tous ceux qui de près ou de loin, ont contribué à notre formation et à la réalisation de ce travail.

Nous remercions particulièrement :

- ❖ Notre Maître et Directeur de mémoire, Professeur WADE Boubacar, Professeur Agrégé du Val de Grâce, Enseignant associé au CESAG, pour la spontanéité avec laquelle il a bien voulu accepter de diriger ce travail. Soyez rassuré de notre profonde gratitude. Que Dieu vous donne une longue vie pleine de bonheur.
- ❖ Docteur El Hadji GUEYE, Chef de Département CESAG-SANTE, et à travers lui tout le personnel d'encadrement de CESAG-SANTE.
- ❖ Au corps enseignant du CESAG, pour la qualité de la formation reçue.
- ❖ Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la République de Côte d'Ivoire, pour nous avoir permis de participer à cette formation à Dakar.
- ❖ Le Conseil National de Lutte contre le SIDA, pour les documents prêtés.
- ❖ Docteur COULIBALY, Division de lutte contre le SIDA et les IST.
- ❖ Docteur EL Hadji Magatte SECK, Directeur du CHAN.
- ❖ Monsieur DIARRA, Chef Service Ressources Humaines du CHAN.
- ❖ Dr Amadou NDIAYE et tout le personnel du laboratoire du CHAN.
- ❖ Docteur Raymond G. BROU, Directeur Département de la santé de Mankono et tout le personnel du District sanitaire de Mankono (Côte d'Ivoire).
- ❖ Ma famille de Dakar : Docteur Bohoussou K., Docteur Konan et Monsieur Béma Drissa KONE, que Dieu raffermisse notre fraternité.
- ❖ Monsieur François BAYEBIE, Economiste de la santé, pour le soutien apporté tout au long de ce séjour à Dakar.
- ❖ A tous les stagiaires de la 27^{ème} Promotion de MBA en Gestion des Services Santé et de la promotion Colonel C. FALL.
- ❖ Monsieur Issiaka TRAORE, Docteur en Philosophie.

SOMMAIRE

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
SIGLES ET ACRONYMES	vi
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	ix
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE	4
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE	5
I-1. Analyse de l'environnement externe de l'étude.....	5
I-2. Analyse de l'environnement interne de l'étude	15
I-3. Présentation du cadre de l'étude : le laboratoire d'analyses biologiques du CHAN	23
I-4. Synthèse de l'analyse de l'environnement.....	27
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE	28
II-1. Problématique.....	28
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS	34
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	35
III-1. Le type d'étude.....	35
III-2. La population de l'étude.....	35
III-3. Critères d'inclusion	35
III-4. Critères de non inclusion.....	35
III-5. Taille de l'échantillon.....	35
III-6. Méthode et outils de collecte des données	36
III-7. Déroulement de l'étude	36
III-8. Dépouillement et traitement des données.....	37
III-9. Les limites et difficultés rencontrées au cours de l'étude	37
CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS	38

IV-1. Caractéristiques sociodémographiques	38
IV-2. Mesures d'hygiène et de biosécurité des techniciens.....	39
IV-3. Procédure de réalisation du premier TDR (Determine)	40
IV-4. Respect de l'algorithme	40
IV-5. Procédure de réalisation du deuxième TDR (Bispot)	41
IV-6. Enregistrement des résultats des tests dans le registre	41
IV-6. Synthèse des résultats.....	41
TROISIEME PARTIE : IDENTIFICATION DES CAUSES ET SOLUTIONS DE MISE EN OEUVRE.....	42
CHAPITRE V : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES	43
V-1. Identification des causes.....	43
V-2. Priorisation des causes.....	52
CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	56
VI-1. La revue de la littérature	56
VI-2. Identification des solutions	56
VI-3. Priorisation et choix de la solution.....	57
CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS.....	59
VII-1. Justification des solutions retenues.....	59
VII-2. Objectif général du projet	60
VII-3. Objectif spécifique.....	60
VII-4. Résultats attendus	60
VII-5. Activités.....	60
VII-6. Cadre logique.....	61
VII-7. Plan d'action opérationnel	64
VII-8. Chronogramme d'activités.....	65
VII-9. Budgétisation	66
VII-9. Suivi et évaluation	67

RECOMMANDATIONS	69
CONCLUSION	71
REFERENCES	73
ANNEXES	I

CESAG - BIBLIOTHEQUE

SIGLES ET ACRONYMES

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

AOF : Afrique Occidentale Française

ARV : Anti Rétro Viraux

ASC : Agent de Santé Communautaire

CA : Conseil d'Administration

CCM : Commission Nationale de Coordination du Fonds Mondial pour le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

CDC : Centre de Prévention et de Contrôle des Maladies

CDI : Consommateurs de Drogues Injectables

CDLS : Comité Départemental de Lutte contre le SIDA

CESAG : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

CHAN : Centre Hospitalier Abass Ndao

CHN : Centre Hospitalier National

CLLS : Comité Local de Lutte contre le SIDA

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNLS : Conseil National de Lutte contre le SIDA

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRLS : Comité Régional de Lutte contre le SIDA

CS : Centre de Santé

CTE : Comité Technique d'Etablissement

CTR : Comité Technique Restreint

ECD : Equipe Cadre du District

ECR : Equipe Cadre de Région

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EDS-MICS : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples Sénégal

ELISA : Enzyme Linked Immunosorbent Assay

EPS : Etablissement Public de Santé

ESPS : Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal

GPS : Gestion des Programmes de Santé

GSS : Gestion des Services de Santé

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec les Hommes

ICP : Infirmier Chef de Poste

ISAARV : Initiative Sénégalaise d'Accès aux ARV

ISO: International Standardization Organization

MBA: Master of Business Administration

MCD : Médecin Chef de District

MCR : Médecin Chef de Région

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

NFS : Numération Formule Sanguine

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA

PIB : Produit Intérieur Brut

PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNS : Politique Nationale de Santé

PRA : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

PS : Professionnelles du Sexe

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

SE : Secrétariat Exécutif

SIDA : Syndrome Immunodéficientaire Acquis

TARV : Traitement Anti Rétro Viral

TDR : Test de Dépistage Rapide

TME : Transmission Mère-Enfant

USAID : Agence Américaine pour le Développement International

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte de la République du Sénégal	6
Figure 2 : Pyramide de l'organisation du système de santé du Sénégal	9
Figure 3 : Organigramme du Centre Hospitalier Abass Ndao au 10/10/2017	18
Figure 4 : Organigramme laboratoire d'analyses biologiques du CHAN au 10/10/2017	25
Figure 5 : Répartition des actes de TDR du VIH/sida en fonction de l'âge.....	38
Figure 6 : Délai de lecture des résultats des TDR du VIH/sida	40
Figure 7 : Diagramme d'ISHIKAWA.....	51
Figure 8 : Diagramme de Pareto.....	55

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Récapitulatif de l'effectif du CHAN au 30/06/2017	23
Tableau II : Chronogramme des activités	36
Tableau III : Répartition des actes de TDR du VIH/sida en fonction de l'âge	38
Tableau IV : Répartition des actes de TDR du VIH/sida en fonction du sexe.....	39
Tableau V : Hiérarchisation des causes par ordre décroissant	54
Tableau VI : Priorisation et choix de la solution.....	58
Tableau VII : Cadre logique.....	61
Tableau VIII : Plan d'action opérationnel.....	64
Tableau IX : Chronogramme d'activités	65
Tableau X : Budgétisation.....	66

INTRODUCTION

Avec plus de 35 millions de morts à ce jour, le VIH continue de représenter un problème majeur de santé publique. En 2016, 1 million de personnes sont décédées d'une ou des causes liées au VIH dans le monde.

Fin 2016, on comptait dans le monde environ 36,7 millions de personnes vivant avec le VIH, dont 1,8 million de nouvelles infections.

L'Afrique subsaharienne, où 25,6 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2016, est la région la plus touchée. Elle concentre également près des deux-tiers des nouvelles infections par ce virus survenant dans le monde.¹

Au Sénégal, les efforts de lutte menés contre l'infection sous la supervision du Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) ont permis de freiner la propagation rapide du virus. La prévalence de l'infection dans la population générale est estimée à 0,7%.²

On estime qu'actuellement seulement 70% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur situation au niveau mondial. Les 30% qui restent – soit 7,5 millions de personnes – ont besoin d'accéder aux services de dépistage.³

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) a fixé en 2014 d'ambitieux objectifs mondiaux à atteindre d'ici 2020. Connus sous le nom de « cibles 90-90-90 », ils visent à ce que 90% des PVVIH connaissent leur statut VIH, 90% de toutes les personnes séropositives au VIH reçoivent un TARV continu, et que 90% de toutes les personnes sous traitement atteignent une suppression virale.⁴

Il apparait clairement que le dépistage est un enjeu majeur de la lutte contre la maladie.

Aujourd'hui, ce dépistage est facilité par l'utilisation de tests plus simples et plus rapides : les Tests de Dépistage Rapide (TDR).

Ces TDR détectent la présence ou l'absence d'anticorps dirigés contre le virus. Utilisés aussi bien au niveau des postes de dépistage qu'au laboratoire, ces tests donnent le résultat dans la journée, ce qui est essentiel pour permettre un diagnostic le jour même et un traitement ainsi que des soins précoces.

¹ OMS (2017), *VIH/sida aide-mémoire Actualisé*

² CNLS (2014), *Politique de prise en charge de l'infection par le VIH au Sénégal*

³ OMS (2017), *VIH/sida aide-mémoire Actualisé*

⁴ ONUSIDA (2014), *Accélérer : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*

Néanmoins, la simplicité de ces tests ne doit pas faire occulter les algorithmes et les procédures de leur réalisation afin de rendre un résultat fiable.

Ce travail sur la qualité de la pratique des tests de dépistage rapide du VIH/sida au laboratoire d'analyses biologiques du Centre Hospitalier Abass Ndao, basé sur la méthode de résolution des problèmes, nous permettra de faire un état des lieux concernant cette pratique afin d'apporter des solutions à la résolution des écarts constatés.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**PREMIERE PARTIE : ANALYSE
SITUATIONNELLE ET CADRE
THEORIQUE**

CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE

I-1. Analyse de l'environnement externe de l'étude

I-1-1. Présentation de la République du Sénégal

I-1-1-1. Situation géographique

La République du Sénégal est située en Afrique Occidentale, comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest.

Sa superficie est de 196722 km². Elle est limitée au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. A l'Ouest, le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côte.

Sa pointe Ouest est la plus occidentale de toute l'Afrique continentale.

La Gambie, qui est une enclave de terre sur le cour inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédhiou et de Kolda au Sud. Le réseau hydrographique du Sénégal est constitué de quatre grands fleuves : le Sénégal, la Gambie, la Casamance, le Saloum et par des affluents auxquels s'ajoutent quelques cours d'eau temporaires.

C'est un pays plat ; l'altitude dépasse rarement 100 mètres et le point culminant, le mont Assiriki situé au sud-est du pays, a une hauteur de 381 mètres.

Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de Novembre à Juin et une saison humide de Juillet à Octobre. Celle-ci est plus longue en Casamance au sud du pays où les précipitations annuelles sont les plus importantes, avec une moyenne de 1 400 mm. Celles-ci chutent considérablement au Nord, avec moins de 381 mm.⁵

⁵ MSAS (2009), Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018



Figure 1 : Carte de la République du Sénégal

I-1-1-2. Situation administrative

L'organisation administrative, territoriale et locale, de la République du Sénégal est fixée par le décret du 10 septembre 2008 fixant le ressort territorial et le chef-lieu des régions et des départements, et la loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des collectivités locales. Le territoire comprend ainsi :

- des circonscriptions administratives (14 régions, 45 départements et 117 arrondissements),
- des collectivités locales (45 départements et 557 communes).

Depuis le 28 décembre 2013, les anciennes communautés rurales sont érigées en communes. Les communes de Dakar et de Thiès ont le statut de ville et sont divisées en communes d'arrondissement.

Le Sénégal a pour capitale Dakar.⁶

⁶ MSAS (2009), Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018

I-1-1-3. Situation sociodémographique

En 2017, selon l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), la population du Sénégal est estimée 15 256 346 habitants dont 7 658 408 femmes et 7 597 938 hommes. La densité est de 78 habitants/km². Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays.

Selon l'ANSD, en 2016, les enfants de moins de 5 ans représentaient 2 803 903 habitants soit 1 428 552 de garçons et 1 375 351 de filles.

Bien que le Sénégal compte plus de 20 ethnies, plus de 90 % de la population appartiennent à cinq groupes ethniques dominants : Wolof (43 %), Poular (24 %), Sérér (15 %), Diola (5 %) et Mandingue (4 %).

La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94 % de musulmans). On y trouve aussi des chrétiens (4 %); les animistes et les autres représentent les 2 % restants.⁷

I-1-1-4. Situation socio-économique

Le Sénégal est sur le plan économique classé comme un pays à revenu faible. Le PIB, en valeur nominale, est de 7 172 milliards de FCFA en 2012, et le PIB par Tête d'habitant est de 598,212 FCFA. D'après les données de l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS II, 2010-2011), 6 367 733 personnes soit 46,7% de la population sénégalaise vivent en dessous du seuil de pauvreté. La pauvreté est plus élevée en zone rurale que dans les centres urbains. Selon la même enquête, le taux de chômage est de 13,3% chez les femmes, et de 7,7% chez les hommes. Par ailleurs, l'indice des inégalités liées au genre, qui est de 0,566 en 2011, traduit la persistance de grandes disparités sociales entre hommes et femmes au Sénégal.⁸

I-1-2. Politique sanitaire sénégalaise

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8, et dispose en son article 17 que «...L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les Objectifs de Développement Durable (ODD).

⁷ MSAS (2009), Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018

⁸ MSAS (2009), Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants :

- L'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- L'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- La promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- La protection des groupes vulnérables ;
- Le renforcement du partenariat public-privé ;
- La promotion de la multisectorialité ;
- L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales;
- La culture de la gestion axée sur les résultats.⁹

I-1-3. L'organisation du système de santé du Sénégal

I-1-3-1. La pyramide sanitaire

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux: le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel appelé district sanitaire.

- **Le niveau central** : il regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés. C'est à ce niveau que sont définies les orientations générales et les priorités en matière de santé.
- **Le niveau régional** : le Sénégal compte 14 régions médicales. La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification.
La région médicale est dirigée par un médecin-chef de région (MCR) qui anime l'équipe cadre de région (ECR) composée des superviseurs des différents programmes de santé.
- **Le niveau opérationnel** : le Sénégal compte 76 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. On y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué d'un

⁹ MSAS (2009), Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018

ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales.

Le district sanitaire est géré par le médecin chef de district (MCD) qui pilote l'équipe cadre du district (ECD).

En outre, on retrouve des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) au niveau régional, pour l'approvisionnement en médicaments et consommables hospitaliers, et la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) au niveau central.

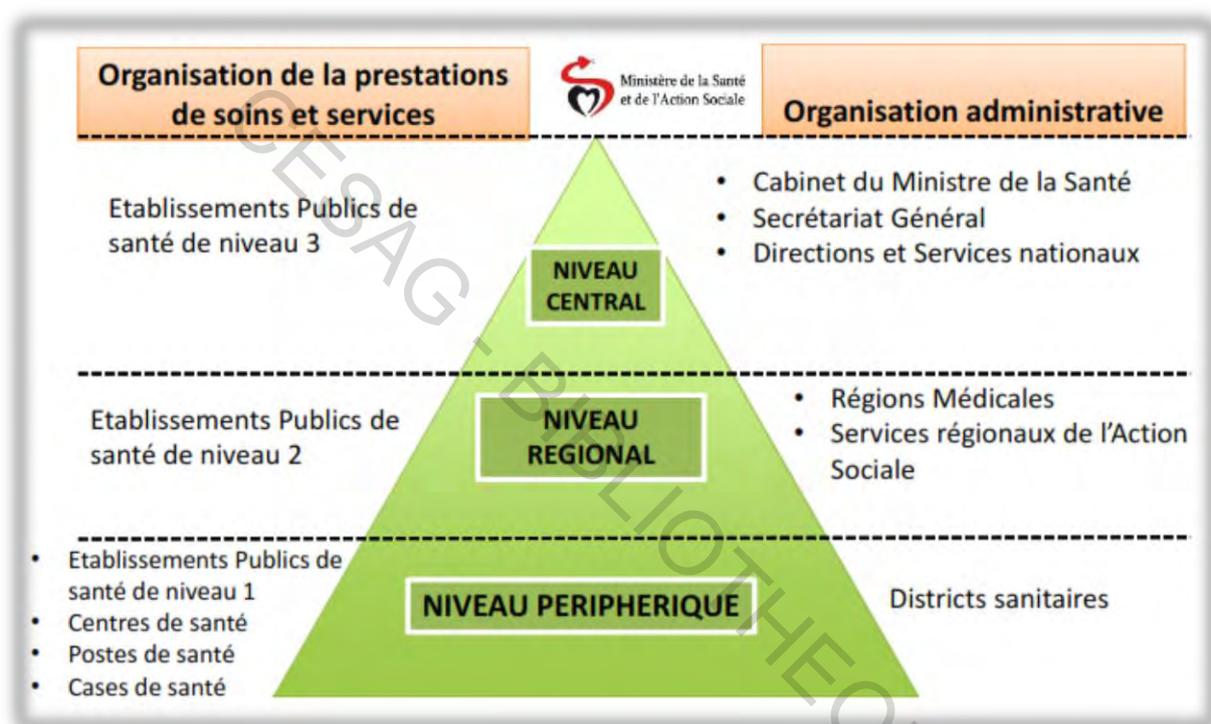


Figure 2 : Pyramide de l'organisation du système de santé du Sénégal

Source : Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme au Sénégal 2016-2020

I-1-3-2. Les infrastructures sanitaires

On distingue quatre types d'infrastructures sanitaires :

- **Le Poste de Santé** : c'est le premier niveau de contact des populations avec une structure publique. Il est dirigé par un Infirmier Diplômé d'Etat qui occupe la fonction d'Infirmier Chef de Poste (ICP). Son plateau technique lui permet de dispenser des soins de santé de base. Le poste polarise et supervise un ensemble de structures de santé communautaire que sont les cases de santé et maternités rurales situées au niveau village et gérées par des Agents de Santé Communautaire (ASC) ou des matrones.

- **Le Centre de Santé (CS) :** second palier du schéma des infrastructures sanitaires publiques, est le niveau de référence des postes de santé. Il est implanté au niveau de la commune. Il polarise et supervise un ensemble de postes. Il est dirigé par un médecin qui assure la fonction de Médecin chef.
- **Le Centre Hospitalier :** troisième maillon de la chaîne et constitue le recours pour le centre de santé. C'est un établissement public de santé qui a une autonomie de gestion. En fonction de sa localisation, il peut être communal, départemental ou régional. Il est implanté au niveau du chef-lieu de région, de département ou dans une commune et dispense des soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie et parfois d'autres spécialités chirurgicales ou médicales. La norme nationale de couverture est d'un hôpital pour 150 000 habitants.
- **Le Centre Hospitalier National (CHN) :** dernier maillon de la chaîne, le sommet de la pyramide sanitaire et le dernier recours. Il en existe sept au niveau de Dakar, la capitale. Le CHN est une structure sanitaire nationale qui dessert l'ensemble de la population eu égard à son plateau technique très spécialisé et à la diversité de ses gammes de services.

Dans le but de faciliter la prise en charge des malades, il est mis en place un système de référence contre-référence basé sur le système pyramidal pour l'orientation des malades et le transfert d'informations sanitaires entre le niveau périphérique et les structures hospitalières.¹⁰

I-1-4. Situation du VIH au Sénégal

❖ Historique

Dès le premier cas enregistré en 1986, la riposte du Sénégal face à l'épidémie a été précoce et forte, facilitée par un leadership des acteurs sanitaires et des autorités, avec la mise en place du Comité National de lutte contre le Sida, et parallèlement l'amélioration des capacités dans le domaine du diagnostic, de la prise en charge et de la surveillance épidémiologique. C'est ainsi qu'en 1998, le Sénégal a mis en place la première initiative gouvernementale d'accès aux antirétroviraux (ISAARV) qui s'est attelée dans un premier temps à prouver la faisabilité et l'efficacité d'une telle prise en charge dans un contexte de pays à moyens limités.

Les publications issues de cette ancienne cohorte dénommée « ANRS 1215 » ont contribué à influencer les politiques et stratégies de prise en charge à l'échelle internationale.

¹⁰ MSAS (2009), Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018

Le fort leadership s'est traduit en 2001, par le transfert de la coordination de la lutte contre le Sida du Ministère de la Santé à la Primature avec la mise en place du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS).¹¹

❖ **Le Conseil National de Lutte contre le SIDA**

Le Conseil National de Lutte contre le SIDA a été créé par le Décret N° 2001 – 1063 du 10 décembre 2001 abrogé et remplacé par le Décret N° 2005 – 550 du 22 juin 2005. C'est un organe de coordination et d'orientation de la réponse au VIH au Sénégal.

➤ **Les missions du CNLS**

Le CNLS est l'organe politique d'orientation et de décision.

Sa mission est de :

- Définir les orientations nationales de la lutte contre le SIDA ;
- Assurer le plaidoyer et le partenariat au plus haut niveau dans la lutte contre le SIDA ;
- Veiller au respect de la réglementation et de l'éthique en matière de lutte contre le SIDA.

➤ **La composition du CNLS**

1. Président : le Premier Ministre
2. Vice-président : Le Ministre en charge de la Santé
3. Secrétaire : Le Secrétaire Exécutif du CNLS

Membres :

- Ministres en charge des cibles prioritaires (Santé, Education, Jeunesse, Femme, Forces Armées, Travail, Transports, Tourisme, Justice et Forces de police)
- Le Représentant du Sénat
- Le Représentant de l'Assemblée Nationale
- Le Représentant du Conseil Economique et Social
- Les Gouverneurs de régions, Présidents des Comités Régionaux de Lutte contre SIDA
- Les représentants des Collectivités locales
- Le Conseiller santé de la Présidence de la République
- Le Président du Mécanisme National de Coordination du Fonds Mondial
- Les représentants des Collectifs, des ONG, et Associations (Jeunes, Femmes)

¹¹ CNLS (2014), Politique de prise en charge de l'infection par le VIH au Sénégal version

- Les représentants des réseaux des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH)
- Les représentants du Patronat
- Les représentants des Confessions religieuses
- Le représentant des Centrales Syndicales
- **Les membres associés du CNLS**
 - Le Coordonnateur Résident du Système des Nations Unies
 - Le Président du Groupe thématique VIH/sida du Système des Nations Unies
 - Les Représentants des Agences de Coopération Multi et Bilatérale

Les personnalités dont l'expertise et les compétences en matière de lutte contre le SIDA sont reconnues peuvent être invitées aux sessions du CNLS et de son bureau permanent.

➤ **Le fonctionnement**

Le CNLS se réunit une fois par année et exceptionnellement sur convocation du Président. Chaque réunion du CNLS est précédée d'une réunion pour préparer la réunion du Conseil et finaliser les documents et rapports. Le Secrétariat des sessions du CNLS est assuré par le Secrétaire Exécutif du CNLS.

Entre les sessions du CNLS, sera organisé un forum des partenaires présidé par le Vice-Président du CNLS, le Ministre de la santé, dont le Secrétariat est assuré par le Secrétariat Exécutif (SE/CNLS) et regroupant l'ensemble des acteurs de la Réponse au VIH/sida.

Selon les besoins, le CNLS peut mettre en place des commissions thématiques spécialisées ad hoc au niveau de ce forum des partenaires, afin d'examiner en profondeur les documents qui leur sont soumis pour avis.

Le SE/CNLS dresse le compte rendu des réunions du bureau du CNLS, et en assure la diffusion aux destinataires après approbation du président du CNLS.

Le CNLS s'appuie sur le Comité des Partenaires pour le plaidoyer financier du plan stratégique de lutte contre le sida et des plans opérationnels annuels de lutte contre le sida. Le Comité des partenaires est présidé par le coordonnateur résident du Système des Nations Unies, la vice-présidence est assurée par un partenaire financier clé bilatéral de la Réponse VIH/sida et son secrétariat par le Secrétaire Exécutif du CNLS. Tous les partenaires financiers et techniques et

les décideurs et responsables des financements étatiques du secteur privé et de la société civile sont membres du comité des partenaires.

Le CNLS a des liens fonctionnels avec le CCM (Commission Nationale de Coordination du Fonds Mondial pour le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme) qui constitue une instance de suivi des projets du Fonds Mondial. Des instances similaires peuvent être créées pour des projets englobant plusieurs thématiques et plusieurs secteurs.

➤ **Les organes de coordination et de suivi**

La coordination de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des plans opérationnels se fait à trois niveaux :

- Le niveau national par le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le SIDA (SE / CNLS) ;
- Le niveau sectoriel (Ministères) par les Comités Sectoriels de Lutte contre le VIH/SIDA (Comités internes) ;
- Le niveau décentralisé par les Comités Techniques Restreints des Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA (CTR / CRLS – CDLS – CLLS).

Le Comité Régional de Lutte contre le SIDA (CRLS) est présidé par le Gouverneur de Région, le Comité Départemental de Lutte contre le SIDA (CDLS) par le Préfet et le Comité Local de Lutte contre le SIDA (CLLS) par le Sous-Préfet.

Ces structures régionales, en tant que démembrements du CNLS, ont pour mission :

- d'assurer la responsabilité de la planification, de la coordination, du suivi et de la supervision du plan régional intégré multisectoriel ;
- d'assurer l'interface avec les partenaires nationaux et au développement intervenant dans la région ;
- de promouvoir le Plaidoyer sur le plan financier, politique, religieux, communautaire ;
- de veiller à la mise en œuvre efficiente des plans régionaux intégrés multisectoriels.

Les collectivités locales assurent la vice-présidence des CRLS, CDLS et CLLS et les médecins chefs de région et de districts occupent le poste de Coordonnateur.¹²

¹² CNLS, missions, composition, membres associés, fonctionnement, organes de coordination et de suivi

❖ **Situation épidémiologique**

L'analyse de la situation épidémiologique et la triangulation des différentes données, montre que le profil de l'épidémie de VIH au Sénégal est de type concentré, avec une prévalence basse dans la population générale (0,7% : EDS 4, 2005 et EDS-MICS, 2010-2011, 0,5% en 2012 selon les données de l'ONUSIDA) et élevée dans les populations clés les plus exposées au risque du VIH :

- ✓ Prévalence VIH de 18,5% au niveau des Professionnelles du Sexe (PS) en 2010 ;
- ✓ Prévalence VIH de 18,5% au niveau des Hommes ayant des relations Sexuelles avec les Hommes (HSH) en 2013 ;
- ✓ Prévalence VIH de 10,2% chez les Consommateurs de Drogues Injectables (CDI).

On note d'importantes disparités dans la distribution de l'épidémie selon les régions. En effet, il ressort de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Sénégal (EDS-MICS 2010-2011), que les régions les plus touchées sont les régions du Sud et du Sud Est : Kolda (2,4%), Kédougou (1,7%), Tambacounda (1,4%), Sédhiou (1,1%), Kaolack (1,1%), Ziguinchor (1%).

La dynamique des nouvelles infections, montre une tendance à la baisse du VIH au Sénégal. Les nouvelles infections étaient estimées à 1 600 personnes chez les adultes de 15 à 49 ans en 2013. La distribution de ces nouvelles infections se répartit entre les populations clés et les couples dit stables. On observe une baisse régulière du nombre des nouvelles infections depuis l'année 2001, estimée à environ 70%. Cela marque une tendance à la baisse de l'infection à VIH au Sénégal, liée à la précocité et à la régularité des programmes de prévention et d'accès aux soins.

Le taux de transmission de VIH de la mère à l'enfant (TME) est passé de 7,2% en 2008 à 4,3% en 2012.

Selon les dernières estimations, 39 000 personnes vivent avec le VIH au Sénégal en 2013 dont 5 400 enfants de 0 à 14 ans. Les femmes infectées représentent 61% des adultes. Les décès liés au sida sont estimés à 1 800 personnes.

Le taux de couverture actuel des patients sous traitement ARV est de 56% chez les adultes et 26% chez les enfants selon les critères de 2010 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Toutefois ce taux de couverture serait respectivement de 39% et 15% si l'on considère les

besoins des personnes vivant avec le VIH prenant en considération les recommandations de l'OMS de 2013.¹³

I-1-5. Dépistage du VIH/SIDA au Sénégal

Pour s'assurer que les résultats des tests sont exacts et prévenir les erreurs de diagnostic, il est essentiel que les programmes nationaux appliquent des algorithmes de dépistage validés et des stratégies de dépistage recommandées par l'OMS.¹⁴

Le diagnostic de l'infection à VIH au Sénégal est basé sur l'algorithme de type II de l'OMS qui utilise deux tests rapides, le premier très sensible et le deuxième très spécifique.¹⁵

Dans l'algorithme en série, tous les échantillons sont testés avec le premier test hautement sensible. Les échantillons sont considérés comme des vrais négatifs s'ils réagissent négativement dans le premier test. Les échantillons réactifs dans cet essai sont soumis à un second très spécifique.¹⁶

Dans les laboratoires, l'algorithme stipule comme premier test l'Alere Determine HIV-1/2®, et deuxième test, l'ImmunoComb II HIV 1&2 Bispot®.

Chaque test obéit à une procédure de réalisation bien définie.

I-2. Analyse de l'environnement interne de l'étude

I-2-1. Présentation du Centre Hospitalier Abass Ndao (CHAN)

I-2-1-1. Historique

C'est Mr Alfred GOUX, à l'époque Maire de Dakar, qui créa en 1935 sur le Titre foncier 3867 DG, une maison de repos pour anciens prisonniers, dénommée « Repos Mandel ». Elle fut inaugurée par Mr Pierre Boisson, Gouverneur Général par intérim de l'Afrique Occidentale Française (AOF), en présence de Mr L. Ponzo, Administrateur de la circonscription de Dakar, et de Mr Alfred Goux, le 10 avril 1939.

Il y sera créé en 1950 une maternité et un petit dispensaire.

En 1974 le centre deviendra un hôpital municipal et les bâtiments de gynécologie et de chirurgie y sont construits.

¹³ CNLS, *Le VIH au Sénégal situation épidémiologique*

¹⁴ OMS (2016), Recommandation de l'OMS pour garantir la qualité des tests de dépistage du VIH

¹⁵ CNLS (2014), Politique de prise en charge de l'infection par le VIH au Sénégal

¹⁶ Aubry P et al. (2017), Tests de diagnostic rapide par immunochromatographie en zones tropicales

Le Centre Hospitalier Abass NDAO communément appelé Le CHAN fut rattaché à la Communauté Urbaine de Dakar et dirigé par un administrateur nommé par son Président.

La disparition de la Communauté Urbaine a laissé au CHAN un vide juridique rectifié par le décret N° 2002-276 du 11 mars 2002 qui établit les nouvelles modalités de gestion de l'hôpital.

Le 10 mai 2003, avec la signature du décret 2003-01, le centre a été érigé en Etablissement Public de Santé de niveau 3.

I-2-1-2. Situation géographique

Le Centre Hospitalier Abass Ndao est situé à l'angle de l'avenue Cheikh Anta DIOP et du boulevard de la Gueule Tapée, il relevait sur le plan juridique de l'ancienne Communauté Urbaine de Dakar. Il occupe de par sa position géographique, une place privilégiée dans le dispositif sanitaire de la région de Dakar.

I-2-1-3. Statut et missions

✓ Statut

La loi 2003-01 portant création d'un établissement public communal de santé hospitalier à statut spécial dénommé CENTRE HOSPITALIER ABASS NDAO, précise son niveau 3. La composition du conseil d'administration est fixée par décret. La présidence du conseil d'administration est assurée par le maire de la Ville de Dakar.

Le Centre Hospitalier Abass Ndao est soumis aux dispositions législatives et réglementaires relatives aux établissements publics de santé notamment la loi 98-08 du 02 Mars 1998 portant réforme hospitalière et la loi 98-12 du 02 Mars 1998 relative à la création, l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé et le décret N 98-702 du 26 Août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de Santé.

Cette réforme hospitalière confère à l'hôpital Abass Ndao, une autonomie tant sur le plan juridique que financier.

✓ Missions

A l'instar des autres Etablissements Publics de Santé du Sénégal, le Centre Hospitalier Abass Ndao a une mission de santé publique dont le but vise à :

- Assurer une offre de soins conforme au Plan National de Développement Sanitaire, à la Carte Sanitaire mais surtout à la demande des populations ;
- Promouvoir le rendement et l'efficacité des prestations offertes aux usagers ;
- Assurer la formation et l'encadrement des stagiaires médicaux et paramédicaux ;

- Développer la recherche.

I-2-2. Organisation et fonctionnement

I-2-2-1. La structure organisationnelle

Le Centre Hospitalier Abass Ndao est un établissement public de niveau 3.

Son organigramme est lié à la réforme hospitalière malgré la particularité de ces trois tutelles :

- Tutelle administrative : Ville de Dakar ;
- Tutelle technique : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ;
- Tutelle financière : Ministère de l'Economie et des Finances.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

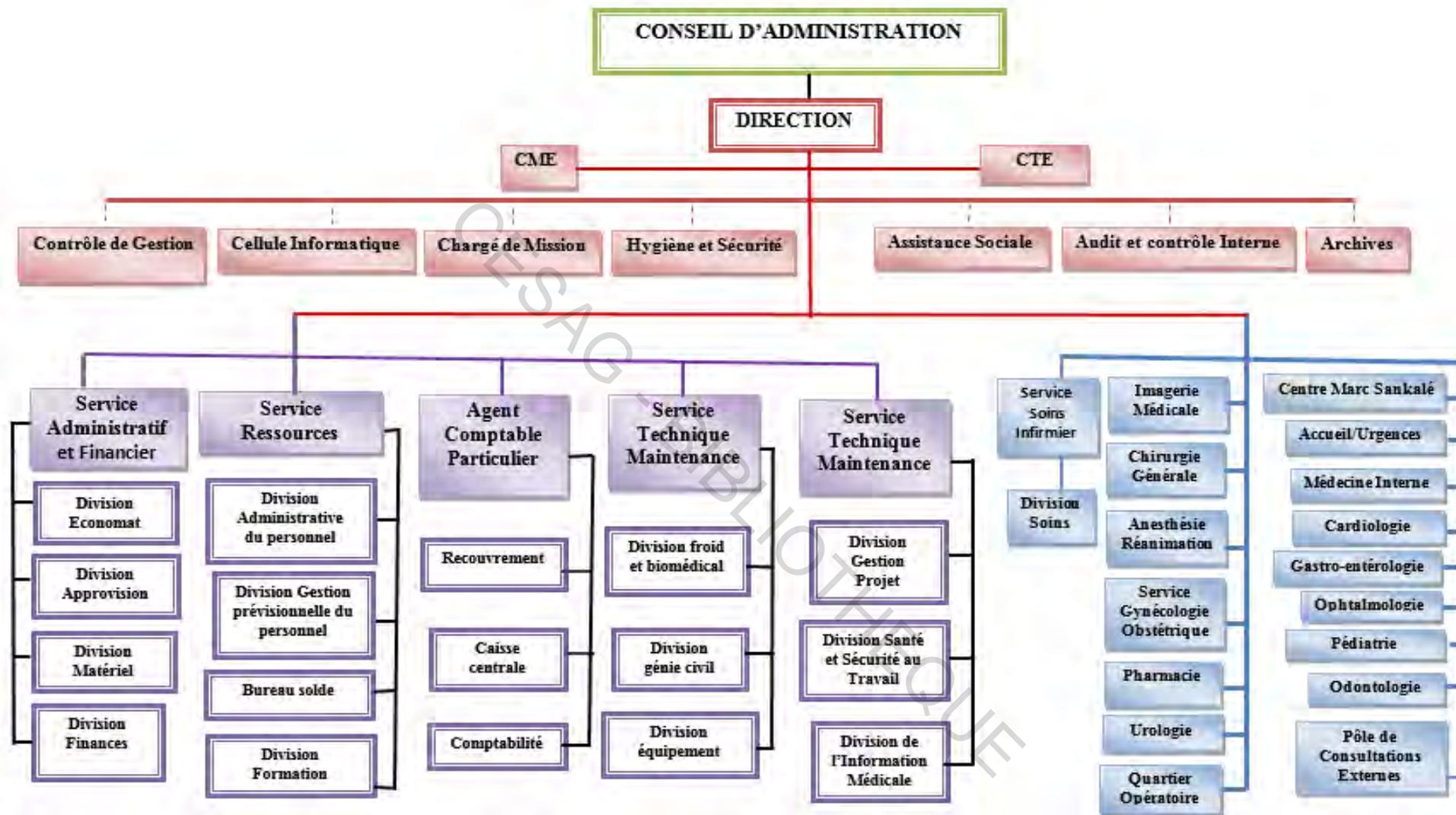


Figure 3 : Organigramme du Centre Hospitalier Abass Ndao au 10/10/2017

Source : Centre Hospitalier Abass Ndao

I-2-2-2. Le Fonctionnement

Pour son fonctionnement, le CHAN dispose des organes suivants :

➤ **Le Conseil d'Administration (CA)**

Il se compose comme suit :

- Le Maire de la ville de Dakar, Président ;
- Trois (3) personnalités qualifiées choisies par le Maire ;
- Le Doyen de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie ;
- Le Président de la Commission médicale d'Etablissement ;
- Un représentant du personnel ;
- Un représentant des usagers ;
- Un représentant des organismes de prévoyance sociale ;
- Un représentant du Ministère chargé de l'Economie et des Finances ;
- Un représentant du Ministère chargé de la Santé ;
- Un représentant du Ministère chargé des Collectivités locales.

Le Conseil d'Administration arrête et adopte le budget de fonctionnement et d'investissement. Il délibère sur le budget, les comptes prévisionnels et les comptes de fin d'exercice. Il revient également au CA de fixer le tarif des prestations dans une fourchette de prix fixée par l'administration.

➤ **Les services administratifs et techniques**

La Direction

Il s'agit de l'organe dirigeant de l'hôpital. C'est à elle qu'incombe la responsabilité de gérer le centre et de le conduire à bon port.

Le Service Administratif et Financier

Il est en charge de la gestion financière du CHAN. C'est une prérogative qui lui est conférée par la Direction Générale sous la supervision de laquelle il travaille.

Toutes les transactions financières du centre transitent par-là, et son accord est sollicité pour toutes opérations ayant un impact financier sur le centre.

Le Contrôle de Gestion

Il est chargé de donner au CHAN l'orientation voulue par la direction générale. Il conseille beaucoup cette dernière et est en charge de l'élaboration et du suivi du budget.

Le Service de Comptabilité

Il s'occupe de la comptabilisation des transactions réalisées par le CHAN. Il est également en charge de l'établissement des états financiers sous la supervision du service administratif et financier.

Le Service Audit et Contrôle Interne

Il veille à l'application stricte des procédures et à la protection du patrimoine de l'établissement.

Le Service Management par la Qualité

Son rôle est de créer un environnement dans lequel les acteurs s'approprient la démarche pour produire la qualité dans les soins et les services ; ils ont la compétence pour la mettre en œuvre de façon pérenne avec les ressources disponibles.

Le Service Informatique

Il est chargé de la gestion du réseau informatique du CHAN. Il trouve également des solutions aux problèmes informatiques des divers services.

Le Service des Ressources Humaines

Il s'occupe de toutes les activités liées au personnel du CHAN (recrutement, solde, congés, etc.)

Le service Hygiène et Sécurité

Il veille à la propreté de l'environnement de l'établissement et assure la sécurité des personnes et biens.

Le Service Assistance Sociale

Son rôle est de porter assistance aux personnes indigentes. Ses actions vont de la réduction des charges à la gratuité totale pour certaines catégories de personnes.

Le service des Archives

C'est la cale documentaire du Centre Hospitalier Abass Ndao.

➤ **La Commission Médicale d'Établissement**

La Commission Médicale d'Établissement (CME) est constituée de l'ensemble des chefs de services médicotechniques et des représentants des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes non chef de service.

Elle est présidée par un médecin qui collabore directement avec le directeur.

Son rôle est d'assurer la promotion de la qualité santé dans les établissements publics de santé, de donner un avis sur toutes les questions relatives à la pratique médicale et aux soins, de collaborer étroitement avec le directeur pour l'organisation et l'évaluation des activités médicales et médicotechniques.

➤ **Le Comité Technique d'Établissement**

Le Comité Technique d'Établissement (CTE) se compose des représentants de tous les groupes socio-professionnels de l'hôpital. Cette instance a pour rôle de faire participer le personnel technique des hôpitaux à la résolution des problèmes touchant à l'hygiène, à la sécurité et aux plans de formation.

Il vise :

- L'amélioration de la qualité des soins ;
- Le développement des pôles d'excellence existants ;
- Le développement des urgences et des gardes chirurgicales ;
- Le renforcement et l'amélioration continue de l'hygiène hospitalière ;
- L'amélioration des conditions de séjour des malades ;
- La rationalisation des ressources humaines de qualité.

➤ **Les services opérationnels du CHAN**

- Service Accueil et Urgences
- Pôle de consultations externes
- Service de médecine interne
- Centre Marc Sankalé
- Service de cardiologie
- Service de chirurgie générale
- Service de gynécologie-obstétrique
- Service d'urologie
- Service de pédiatrie

- Service d'odontologie
- Service d'ophtalmologie
- Service de gastro-entérologie
- Service d'imagerie médicale
- Laboratoire d'analyses biologiques
- Quartier opératoire
- Service d'anesthésie-réanimation

➤ **Les services d'appui**

- Pharmacie
- Service de maintenance
- Service d'hôtellerie
- Buanderie
- Morgue

I-2-3. Les ressources humaines

Elles sont constituées par le personnel affecté par l'état, le personnel recruté par le CHAN, le personnel universitaire et le personnel des collectivités locales.

Au 30 Juin 2016, l'effectif du CHAN s'élevait à 572 agents.

- Etat : 34 soit 5,95 %
- CHAN : 464 soit 81,12 %
- Universitaire : 9 soit 1,57 %
- Collectivités locales : 65 soit 11,36 %

Tableau I : Récapitulatif de l'effectif du CHAN au 30/06/2017

STATUT	ETAT	CHAN	UNIVERSITAIRE ET COLLECTIVITES LOCALES
Personnel administratif	6	46	21
Personnel médical	23	225	39
Personnel paramédical	4	92	11
Autres	1	101	3
TOTAL	34	464	74
Personnel statut étatique	34	0	0
Personnel universitaire	0	0	9
Personnel contractuel	0	464	0
Personnel collectivités locales	0	0	65
TOTAL	34	464	74

Source : Centre Hospitalier Abass Ndao

I-2-4. Les ressources financières

Le budget 2017 du Centre Hospitalier Abass Ndao s'élève à la somme de 1 064 919 627 francs CFA. L'Etat intervient à hauteur de 700 000 000 de francs en subvention et 171 000 000 de francs pour les motivations spéciales. Dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), l'allocation budgétaire est de 217 200 000 francs.

1-3. Présentation du cadre de l'étude : le laboratoire d'analyses biologiques du CHAN

▪ Historique

Après la création du centre MARC SANKALE en 1965 par le ROTARY CLUB de Dakar sous l'égide des religieuses « les filles de Saint Cœur de Marie », le laboratoire a vu le jour en 1978, dirigé par Dr SAKHO SIGNATE, Médecin Régional de Dakar, assisté de Dr Véronique NDOUR et de Dr Sokhna FALL. Seuls les analyses d'urines, la Numération Formule Sanguine (NFS), le Test d'Emmel et la glycémie étaient effectués. Ce laboratoire, intégré au centre, a été délocalisé à son site actuel construit par la municipalité de Dakar en 1979. Ainsi d'année en année, il se voit enrichi en personnel qualifié et se voyait agrandir son panel d'offre, ce qui a

conduit à l'amélioration considérable des techniques et à la qualité des résultats. Il devient ainsi un centre polyvalent de biologie regroupant cinq laboratoires monovalents. Il a bénéficié de l'agrandissement de ses locaux en 2008 grâce à l'appui de la coopération Luxembourgeoise. En 2009, le laboratoire s'engage dans une démarche qualité suivant la norme ISO 15 189, devenue une exigence en France pour tout laboratoire de biologie médicale.¹⁷

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- **Organisation et ressources humaines**

¹⁷ CHAN (2017), Projet d'établissement 2017-2021

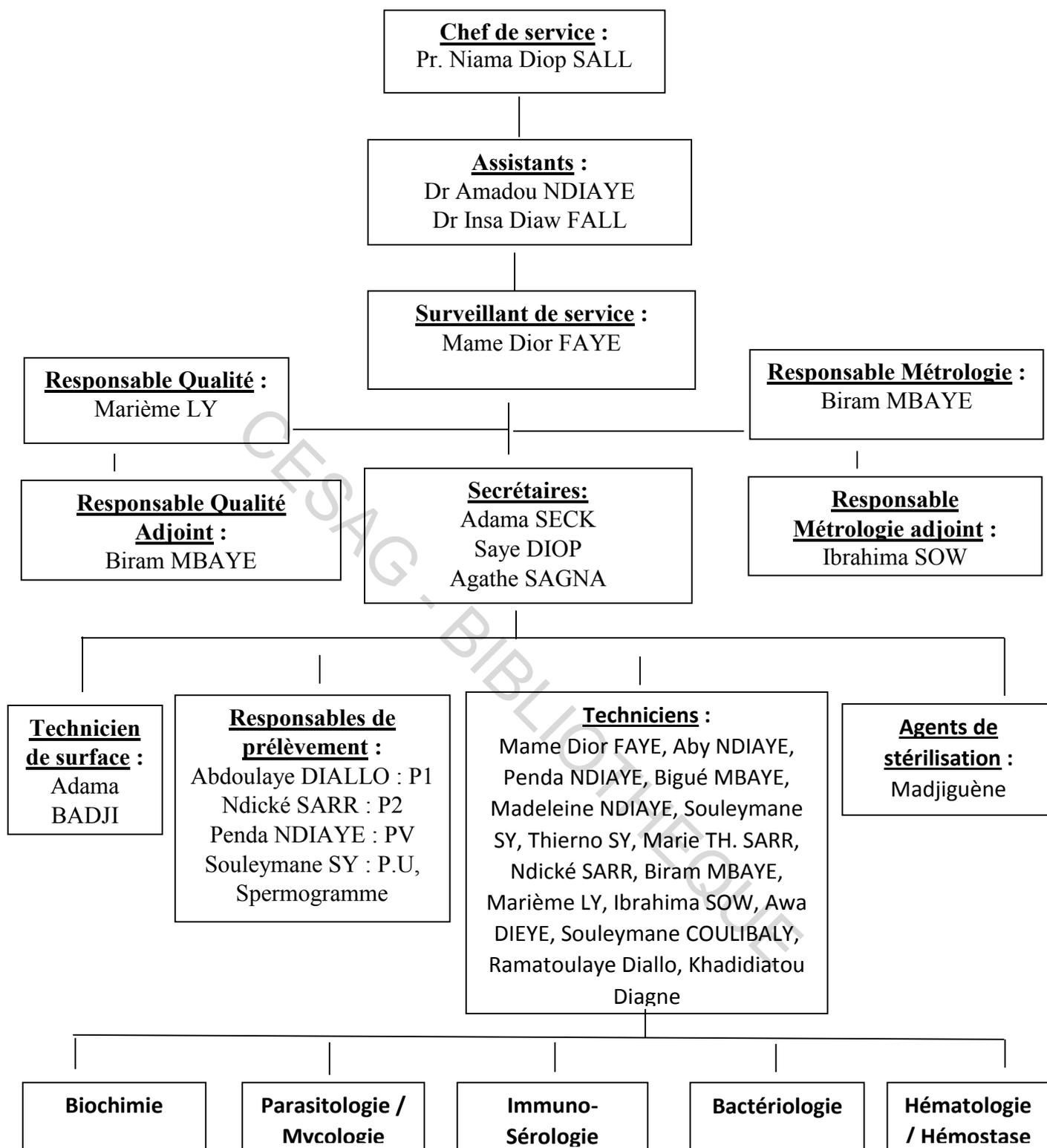


Figure 4 : Organigramme laboratoire d'analyses biologiques du CHAN au 10/10/2017

Source : Centre Hospitalier Abass Ndao

▪ **Fonctionnement**

Le laboratoire d'analyses biologiques regroupe plusieurs laboratoires ainsi répartis :

- **Laboratoire d'Hématologie** avec les divisions Immuno-Hématologie, Cytologie et Hémostase ;
- **Laboratoire de Biochimie** avec les divisions Substrat, Enzymes, Electrolytes, Hormones et Electrophorèse ;
- **Laboratoire de Bactériologie-Virologie** avec la division Bactériologie et la division Virologie ;
- **Laboratoire de Parasitologie-Mycologie** avec la division Parasitologie et la division Mycologie ;
- **Laboratoire d'Immuno-Sérologie.**

Le laboratoire comporte également des services transversaux :

- ✓ **Le bureau du coordonnateur des laboratoires** ;
- ✓ **Le secrétariat** où se font la réception des bulletins des patients, l'enregistrement et l'affectation de numéros d'ordre. On y effectue aussi la délivrance des résultats chaque jour ouvrable à partir de 11 heures sur présentation du reçu portant le numéro d'ordre et la date de rendez-vous ;
- ✓ **L'unité de prélèvement** où se font les prélèvements bactériologiques, hématologiques biochimiques, sérologiques et parasitologiques ;
- ✓ **L'unité de Récupération-Stérilisation-Laverie** où s'effectuent toutes les opérations de récupération ;
- ✓ **L'unité de Stockage et de Dotation** où s'effectue la dotation en réactifs, en produits d'entretien et en petits matériels pour toutes les unités ainsi que leur stockage. C'est à partir de cette unité que se fait également la dotation en tubes, lames et pots stériles aux différents services du Centre Hospitalier Abass NDAO suivant la demande.

▪ **Activités menées**

Ce sont les prestations de service liées aux différents laboratoires qui sont offertes aux patients :

- Prestations d'hématologie ;
- Prestations de biochimie ;
- Prestations bactériologie et virologie ;
- Prestations de parasitologie et de mycologie ;
- Prestations d'immuno-sérologie.

I-4. Synthèse de l'analyse de l'environnement

I-4-1. Environnement interne

❖ Forces (les points forts)

- Disponibilité du personnel ;
- Laboratoire déjà engagé dans un processus qualité.

❖ Faiblesses (les points faibles)

- Absence d'évaluation périodique des pratiques professionnelles ;
- Faible application de la gestion des déchets médicaux ;
- Atmosphère de travail non adéquate (défaut de climatisation).

I-4-2. Environnement externe

❖ Opportunités

- Engagement politique fort dans la lutte contre le VIH/sida à travers la mise en place du CNLS.

❖ Menaces

- Baisse des ressources extérieures allouées principalement par le Fonds Mondial pour la prévention et le traitement du VIH.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE

II-1. Problématique

II-1-1. La Formulation du problème

On estime qu'actuellement seulement 70% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut au niveau mondial. Les 30% qui restent – soit 7,5 millions de personnes – ont besoin d'accéder aux services de dépistage.¹⁸

Le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH sont donc un enjeu majeur de la lutte contre la maladie, tant pour les individus que pour la collectivité.

Pour les individus, l'enjeu réside dans l'instauration précoce d'un traitement Anti Rétro Viral (ARV), dont l'efficacité sur la réduction de la morbidité et la mortalité liées au VIH a été clairement démontrée. Le dépistage constitue également un outil de prévention dans la mesure où, lorsque le statut vis-à-vis du VIH est connu, il est possible de renforcer les conseils de comportements pouvant éviter une transmission (si la personne est infectée) ou une contamination (si la personne ne l'est pas).

Au niveau de la collectivité, le traitement ARV précoce, conséquence bénéfique directe du dépistage, contribue à diminuer le risque de transmission du VIH et, donc, à mieux contrôler la diffusion de l'épidémie.¹⁹

Pour que le dépistage de l'infection à VIH contribue efficacement à la lutte contre le VIH/sida, il est fondamental de connaître les tests biologiques disponibles notamment les TDR, qui sont les plus utilisés dans les pays à ressources limitées et objet de notre étude, et les utiliser de manière à obtenir des résultats fiables (sans erreurs liées à des résultats faussement négatifs ou faussement positifs).

II-1-2. Justification de l'étude

Le VIH/sida, malgré les avancées dans la prise en charge, suscite toujours beaucoup d'intérêt. Fin 2016, on a noté 1,8 million de nouvelles infections.²⁰

Pour une maîtrise de l'infection, les stratégies visent non seulement la sensibilisation mais aussi un diagnostic correct des cas et leur prise en charge.

Les tests biologiques de détection du VIH sont de 2 types :

¹⁸ OMS (2017), *VIH/sida aide-mémoire Actualisé*

¹⁹ Bouchaud O. (2015), *Prise en charge globale des patients VIH dans les pays à ressources limitées*

²⁰ OMS (2017), *VIH/sida aide-mémoire Actualisé*

- Tests indirects, ou sérologiques, visant à détecter dans le sang les anticorps produits par le système immunitaire contre les antigènes du virus ;
- Tests directs, reposant sur la mise en évidence du virus (détection d'un composant du virus comme l'antigène p24, ou de son génome par PCR).

Le dépistage des anticorps anti-VIH s'effectue au moyen de tests de dépistage rapide (TDR) ou de tests dit « ELISA » (Enzyme Linked Immunosorbent Assay).

Les TDR, objet de notre étude, sont de réalisation simple et sont les plus utilisés dans les pays à ressources limitées.

Comme leur nom l'indique, les TDR sont conçus pour donner un résultat rapide lorsqu'ils sont pratiqués sur le patient.

Ils sont réalisables à tout endroit et peuvent être stockés à température ambiante.

Les résultats sont qualitatifs, sous forme de réaction positive ou négative.²¹

Pour les tests les plus rapides, le résultat est généralement fourni en une dizaine de minutes.²²

Néanmoins, cette simplicité de réalisation de ces TDR ne doit pas faire occulter les algorithmes et les procédures qui encadrent leur pratique, manquement pouvant être un facteur de risque majeur pour la survenance de résultats non fiables.

II-1-3. L'ampleur du problème

Le résultat d'un test de dépistage du VIH peut avoir des conséquences qui bouleversent une existence sur toute sa durée. Il est donc crucial que ces résultats soient justes.

Néanmoins, les erreurs diagnostiques sur le statut VIH ne sont que trop courantes et leur fréquence a été évaluée à 10% par une étude dans laquelle on a ré-testé les personnes initialement diagnostiquées comme positives selon l'OMS.²³

Selon une étude menée sur 6 255 personnes au Kenya et en Ouganda, des centaines, voire des milliers de Kenyans et d'Ougandais ont probablement été déclarés à tort porteurs du virus du SIDA. L'équipe de chercheurs à l'origine de l'étude était dirigée par un éminent spécialiste kényan du sida, le Pr Omu Anzala, et comptait des experts du Virus Research Institute en Ouganda, du Joint Clinical Research Centre de Kampala, de la Kenya Aids Vaccine Initiative (KAVI) et de l'International Aids Vaccine Initiative (IAVI). Des tests de dépistage erronés, car trop rapidement réalisés, ont été incriminés pour expliquer ce résultat.²⁴

²¹ Bouchaud O. (2015), Prise en charge globale des patients VIH dans les pays à ressources limitées

²² OMS (2017), *VIH/sida aide-mémoire Actualisé*

²³ OMS (2016), Recommandation de l'OMS pour garantir la qualité des tests de dépistage du VIH

²⁴ Dagi K. (2009), *Sida : des erreurs de diagnostic par milliers*

II-1-4. Conséquences du problème

Un résultat erroné, qu'il soit positif (faux positif) ou négatif (faux négatif), peut avoir des conséquences énormes autant sur l'individu que sur la collectivité.

- **Faux positif**

- ✓ **Troubles psychologiques**

Bien que les traitements antirétroviraux aient considérablement évolué ces dernières décennies, offrant aux personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) une amélioration majeure de l'espérance de vie, le vécu psychologique de ces patients reste préoccupant.

La stigmatisation liée au VIH continue à représenter un facteur de stress conséquent pour les patients séropositifs.

Elle a été associée à une augmentation de la prévalence des symptômes dépressifs.

Ainsi, il n'est pas rare que les liens familiaux en soient affectés.

Si le dévoilement de la séropositivité permet de partager sa souffrance, trouver du réconfort et protéger son entourage (sensibilisation, dépistage, utilisation du préservatif), il peut engendrer, pour certains patients, des ruptures de liens sociaux, l'isolement, des changements de dynamique relationnelle (affective et/ou sexuelle), ou encore des violences verbales et physiques.

Les données empiriques actuelles révèlent une augmentation de la prévalence des troubles psychiques des patients vivant avec le VIH en comparaison avec une population non infectée. Les troubles les plus fréquents sont des réactions de stress, des troubles anxieux, d'adaptation, de l'humeur et des abus de substances toxiques.

L'état de santé psychique est également affecté, selon le vécu des patients, par le fait de se savoir atteint du VIH. Un sentiment de culpabilité émane et se répercute notamment sur la vie privée et sexuelle.²⁵

Cette situation de détresse psychologique peut aboutir dans des cas extrême au suicide.

- ✓ **La stigmatisation et la discrimination**

La stigmatisation naît de préjugés qui tendent à discréditer ou à rejeter une personne ou un groupe parce qu'ils sont perçus comme étant différents de soi ou de la norme. Lorsque les gens agissent selon leurs préjugés, la stigmatisation se transforme en discrimination.

²⁵ Toma S et al. (2013), Bénéfices d'un accompagnement psychologique des patients vivant avec le VIH

La stigmatisation liée au VIH résulte principalement de la peur et de l'ignorance à l'égard de la maladie et/ou de l'hostilité et des préjugés existant à l'endroit des groupes les plus touchés par le virus. On parle de discrimination liée au VIH lorsqu'une personne est traitée injustement parce qu'elle a le VIH ou est soupçonnée de l'avoir. La discrimination envers les personnes vivant avec le VIH s'étend jusqu'aux populations à risque de contracter le virus.

La stigmatisation peut donner lieu à l'isolement et nuire ainsi à la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. La stigmatisation et la discrimination risquent aussi de rendre les personnes à risque moins disposées à se faire tester et d'empêcher les personnes déjà atteintes de rechercher un traitement, des soins et du soutien. Si les personnes infectées ou affectées par le VIH sont maltraitées ou blâmées pour leur situation, l'épidémie devient clandestine, ce qui crée les conditions idéales pour la propagation continue du VIH.²⁶

▪ **Faux négatifs**

Les personnes dépistées séronégatives doivent être accompagnées pour adopter un plan de vie permettant d'éviter le risque d'une contamination.²⁷

Ces personnes, en réalité séropositives, exposent leurs partenaires au risque de contamination sans le savoir.

De plus, il peut s'avérer que le plan de vie permettant d'éviter une contamination ne soit pas toujours respecté. Ces personnes, en adoptant des pratiques à risque, vont favoriser ainsi la propagation de la maladie mettant ainsi à mal les efforts consentis en vue de freiner l'épidémie.

II-1-5. Intérêt de l'étude

L'étude va renforcer les capacités du stagiaire, et lui permettre d'appliquer les connaissances théoriques acquises durant la formation notamment les modules d'identification et analyse des problèmes de santé, la méthode de résolution des problèmes, qualité et amélioration des soins de santé.

Cette étude va permettre à la bibliothèque du CESAG de disposer de données sur le VIH et sur la qualité de la pratique des TDR VIH/sida au CHAN.

Elle va aussi permettre au CHAN de prendre des mesures dans la poursuite de sa démarche qualité.

²⁶ CATIE, *La stigmatisation et la discrimination*

²⁷ Bouchaud O. (2015), *Prise en charge globale des patients VIH dans les pays à ressources limitées*

Enfin, l'étude va permettre au Ministère de la santé de mettre en évidence les écarts qui existent dans la pratique des TDR du VIH/sida et de prendre les meilleures décisions pour éviter les non conformités.

II-1-6. Définition de concepts

- **Algorithme**

Les algorithmes sont définis par la combinaison et la séquence des tests spécifiques utilisés dans les stratégies de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).²⁸

- **Procédure**

La procédure est la «manière spécifiée d'accomplir une activité ou un processus».

Il ne faut pas confondre : procédure et processus : la procédure décrit le processus.²⁹

- **Processus**

Le processus est défini comme un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie. On peut dire également qu'il s'agit d'un ensemble complexe de tâches à réaliser dans un objectif donné.³⁰

- **Référentiel**

Un référentiel est un ensemble d'informations structurées auxquelles on se rapporte et qui constituent un modèle.³¹

- **Conformité**

La conformité c'est l'état des choses qui s'accordent, qui se trouvent en parfaite harmonie ; concordance, accord.

- **Qualité**

La qualité est d'abord un état d'esprit mais aussi une méthode de travail rigoureuse qui passe par le changement des comportements et des pratiques.³²

²⁸ OMS (2010), Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test

²⁹ ANAES (2000), Principe de la mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé

³⁰ ANAES (2000), Principe de la mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé

³¹ ANAES (1998), Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé

³² Wade B. (2016), Cours Qualité et amélioration des soins de santé

II-1-7. Objectifs de recherche

▪ **But de l'étude**

Le but de cette étude est de contribuer à l'amélioration du dépistage de l'infection à VIH/sida.

▪ **Objectif général**

L'objectif général est d'évaluer la qualité de la pratique des TDR du VIH/sida au laboratoire d'analyses biologiques du Centre Hospitalier Abass Ndao.

▪ **Objectifs spécifiques**

De manière spécifique, il s'agira de :

- Observer la pratique des TDR du VIH/sida au laboratoire ;
- Déterminer les écarts dans la procédure ;
- Mettre en œuvre la solution retenue pour l'amélioration de la qualité.

**DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE ET RESULTATS**

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

III-1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, quantitative et transversale à visée descriptive et analytique basée sur l'observation directe de la pratique des TDR du VIH/sida.

La méthodologie choisie est celle de la résolution des problèmes. Elle repose sur une logique d'étapes :

- l'identification des problèmes ;
- la priorisation des problèmes ;
- l'identification des causes ;
- la hiérarchisation des causes recensées ;
- l'identification des solutions possibles ;
- le choix de la ou des solutions adaptées.

III-2. La population de l'étude

La population de l'étude est constituée par les actes de pratique de TDR du VIH/sida.

III-3. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude tous les actes de pratique de TDR du VIH/sida effectués dans la matinée (08H à 14H) par les techniciens de l'unité d'immuno-sérologie du laboratoire d'analyses biologiques du CHAN en présence de l'évaluateur.

III-4. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude les actes de pratique de TDR du VIH/sida effectués en l'absence de l'évaluateur.

III-5. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été fixée selon le référentiel de l'ANAES qui stipule que pour l'évaluation d'un service, la taille de l'échantillon prévisionnel est de 30 à 50 actes par service.³³ Le nombre de 50 actes a été retenu pour cette étude.

³³ ANAES (1998), Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé

III-6. Méthode et outils de collecte des données

Une recherche documentaire a été réalisée au début de cette étude pour mieux cerner le problème et mener le travail. Elle a été complétée par une enquête réalisée auprès des techniciens de l'unité d'immuno-sérologie du laboratoire d'analyses biologiques du CHAN. Les données de l'enquête ont été recueillies grâce à une fiche d'évaluation que nous avons conçue à cet effet.

III-6-1. Méthodes de collecte des données

Pour collecter les informations la principale méthode utilisée a été l'observation directe du technicien. L'évaluateur renseigne la grille d'évaluation au fur et à mesure que le technicien réalise le test.

Cette évaluation a pris en compte les mesures d'hygiène, les mesures de biosécurité, la réalisation du test proprement dite et le remplissage des outils.

III-6-2. Outils de collecte des données

La fiche d'évaluation correspond à une pratique évaluée intégrant un seul acte de TDR du VIH/sida réalisé. La période d'évaluation, a permis d'atteindre l'échantillon prévu de 50 actes.

III-7. Déroulement de l'étude

Tableau II : Chronogramme des activités

ACTIVITES	PERIODE															
	AOUT				SEPTEMBRE				OCTOBRE				NOVEMBRE			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Revue de littérature	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Collecte de données					■	■	■	■	■							
Analyse des données									■	■						
Rédaction de mémoire													■	■		
Restitution													■			

Source : nous-même

III-8. Dépouillement et traitement des données

Les données ont été saisies sur Word 2013 et analysées sur Excel 2013.

III-9. Les limites et difficultés rencontrées au cours de l'étude

- Certains tests ont été pratiqués sans informer l'évaluateur ce qui a allongé le temps de collecte de l'échantillon ;
- La rupture en intrants (tubes de prélèvement) a parfois été un obstacle à la réalisation des tests.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS

Après le recueil et le dépouillement des données, nous avons présenté nos résultats dans ce chapitre. Ils sont présentés sous forme de figures et de tableaux.

IV-1. Caractéristiques sociodémographiques

✓ Age

Tableau III : Répartition des actes de TDR du VIH/sida en fonction de l'âge

Intervalle d'âges	Effectif
[18 25[11
[25 30[14
[30 50[19
[50 80[06
Total	50

Source : nous-même

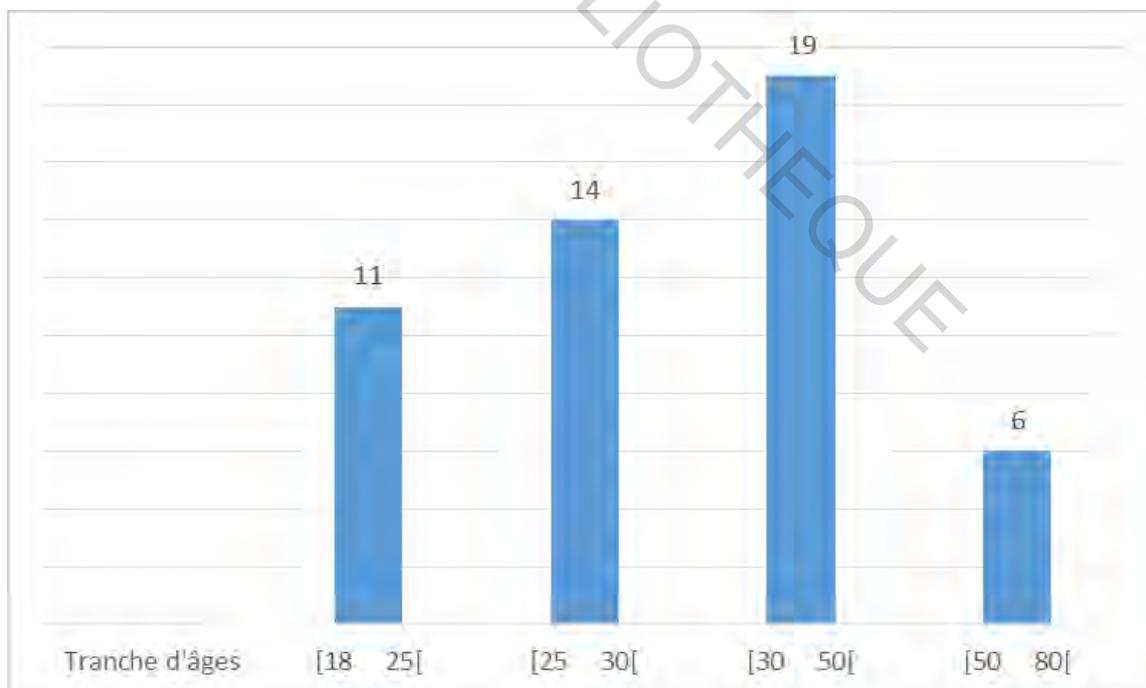


Figure 5 : Répartition des actes de TDR du VIH/sida en fonction de l'âge

Source : nous-même

Cette répartition par tranche d'âges fait apparaître que la majorité des échantillons de sang ayant fait l'objet du test du VIH/sida par TDR, provient de sujet ayant un âge compris entre 18 et 49 ans avec un pic pour les sujets ayant un âge compris entre 30 et 49 ans.

✓ **Sexe**

Tableau IV : Répartition des actes de TDR du VIH/sida en fonction du sexe

Sexe	Effectif
Masculin	08
Féminin	42
Total	50

Source : nous-même

La répartition par sexe montre que la majorité des échantillons de sang reçue pour le test du VIH/sida par TDR (84%), provient de sujet de sexe féminin.

IV-2. Mesures d'hygiène et de biosécurité des techniciens

✓ **Lavage des mains avant préparation du matériel**

Le lavage des mains avant la préparation du matériel n'a pas été pratiqué dans 100% des cas.

✓ **Port de blouse**

Dans 100% des cas, les techniciens portaient une blouse avant la réalisation des tests de dépistage rapide du VIH/sida.

✓ **Port de gants**

Sur les 50 actes de TDR réalisés, les techniciens n'ont pas porté de gants dans 09 cas, soit dans 18% des cas.

✓ **Lavage des mains après la réalisation des tests**

Dans 100% des cas, le lavage des mains à la fin du processus de réalisation des tests a été respecté.

IV-3. Procédure de réalisation du premier TDR (Determine)

✓ Quantité de sérum prélevée pour réaliser les TDR

Les techniciens ont prélevé 50 μ L de sérum pour réaliser le test dans 39 cas soit 78%, contre 75 μ L dans 11 cas soit un pourcentage de 22%.

✓ Décontamination de l'embout de la pipette

Dans 100% des cas, les embouts de pipette ayant servi pour le prélèvement du sérum ont été plongés dans une solution de décontamination.

✓ Délai de lecture des résultats des TDR

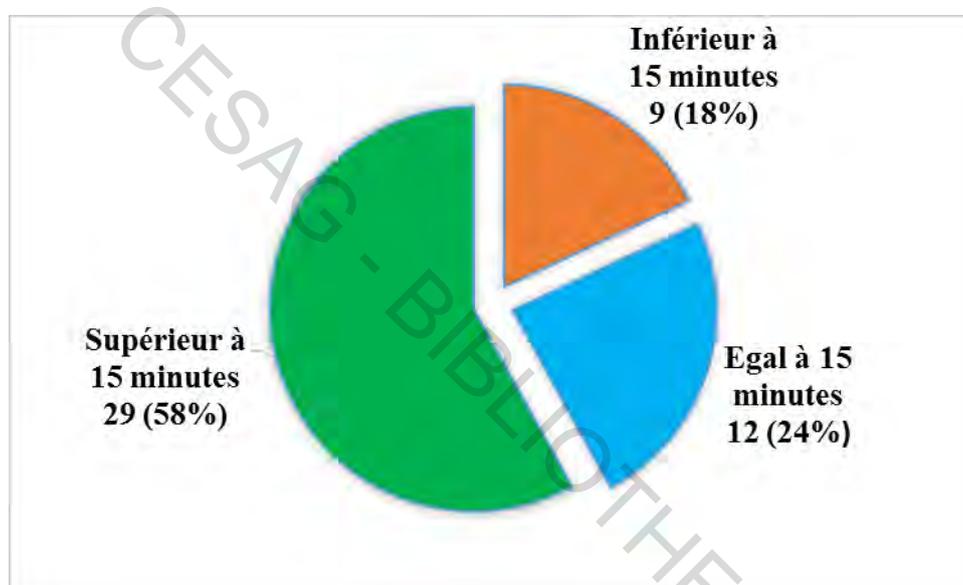


Figure 6 : Délai de lecture des résultats des TDR du VIH/sida

Source : nous-même

Dans 18% des cas, le délai de lecture était inférieur à 15 minutes.

Dans 24% des cas, ce délai était de 15 minutes et il excédait les 15 minutes dans 58% des cas.

✓ Résultat des TDR du VIH/sida

Sur les 50 actes de pratique de TDR, nous avons enregistré un seul cas positif soit 2%.

IV-4. Respect de l'algorithme

L'algorithme stipule que lorsque le premier test (Determine) est négatif, la série s'arrête. C'est lorsque celui-ci est positif qu'on réalise le deuxième test (Bispot). Dans 100% des cas, cette règle a été respectée.

IV-5. Procédure de réalisation du deuxième TDR (Bispot)

✓ Respect de la procédure

Pour le seul test réalisé, la procédure a totalement été respectée soit dans 100% des cas.

✓ Résultat final du test

Le test réalisé avec le deuxième TDR a permis de mettre en évidence un résultat de sérotype VIH 1.

IV-6. Enregistrement des résultats des tests dans le registre

Les résultats de 09 tests sur 50 n'ont pas été consignés dans le registre de dépistage, soit 18% des tests.

IV-6. Synthèse des résultats

Rappelons que pour les procédures de réalisation des deux types de TDR réalisés, le mode opératoire du fabricant a servi de référentiel dans chaque cas.

✚ Points forts

- Port de blouse dans 100% des cas ;
- Port de gants dans 82% des cas ;
- Respect de la quantité de sérum dans 78% des cas ;
- Décontamination des embouts de prélèvement dans 100% des cas ;
- Respect de l'algorithme dans 100% des cas ;
- Respect de la procédure du Bispot dans 100% des cas ;
- Lavage des mains à la fin de la réalisation des tests dans 100% des cas.

✚ Points à améliorer

- Pas de lavage des mains avant la préparation du matériel dans 100% des cas ;
- Pas de port de gant avant la réalisation des tests dans 18% des cas ;
- Non-respect de la quantité de sérum ou de plasma dans 22% des cas ;
- Délai de lecture des résultats du Determine inférieur à 15 minutes dans 18% des cas.
- Non enregistrement des résultats dans le registre de dépistage dans 18% des cas.

**TROISIEME PARTIE :
IDENTIFICATION DES CAUSES ET
SOLUTIONS DE MISE EN OEUVRE**

CHAPITRE V : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES

Au terme de la présentation des résultats, des écarts ont été constatés dans la procédure de réalisation du Determine.

Dans ce chapitre, nous procéderons à l'identification et à la priorisation des causes de ces écarts.

V-1. Identification des causes

Afin de déterminer les causes du problème, nous avons parcouru la littérature sur le non-respect de la procédure de réalisation des TDR du VIH/sida.

Florence et collaborateurs³⁴, lors d'observations issues du terrain d'intervention ont identifié des causes telles que :

- La surcharge de travail ;
- L'absence de procédures ;
- Le non-respect du mode d'emploi des tests.

La surcharge de travail entraîne inévitablement des conséquences pour les travailleurs en exigeant de leur part une mobilisation accrue de leurs capacités cognitives, psychologiques et physiques. Les conséquences de la surcharge de travail sont associées à certains troubles tels que le stress, l'anxiété, la baisse des performances et l'épuisement professionnel.

Cette situation peut entraîner un déclin de l'énergie, de la motivation et de l'estime de soi à l'origine des écarts observés dans les tâches quotidiennes.³⁵

Concernant l'étude, l'approche par recherche du consensus a permis d'identifier les causes suivantes :

- ✓ Le non affichage de la procédure de réalisation du Determine ;
- ✓ Le non-respect du mode d'emploi du Determine ;
- ✓ La charge de travail élevée ;
- ✓ L'absence de mise à niveau des capacités du personnel ;
- ✓ La non motivation des techniciens liée à leur statut de contractuel ;
- ✓ L'inadaptation de l'environnement physique de travail (défaut de climatisation).

³⁴ Huber F, Ouedraogo E et Diallo M. (2011), *Tests de dépistage rapide : Améliorer les pratiques de laboratoires*

³⁵ Fournier P-S et coll. (2010), *Etude exploratoire des facteurs de la charge de travail ayant un impact sur la santé et la sécurité*

L'outil pour visualiser les causes est le diagramme de « causes à effets ».

On l'appelle aussi le diagramme d'ISHIKAWA (ingénieur japonais à l'origine de la qualité au Japon). Il permet d'avoir une vision globale des causes.

Ishikawa propose cinq grandes familles de causes selon la méthode dite des « 5M » : Matières, Méthodes, Matériels, Main d'œuvre, et Milieu.

- Matières : ce sont les matières premières, ce qui est consommable : énergie, matières premières, l'information, etc.
- Méthodes : liées au savoir-faire ou à l'organisation : procédés, processus, procédures, les démarches, mode d'emploi, etc.
- Matériels : ce qui résulte des investissements : machines, locaux, outillage, etc.
- Main-d'œuvre : tout ce qui est relatif à l'action humaine : motivation, compétence, niveau de formation, comportement, etc.
- Milieu : ce qui est lié à l'environnement physique de travail : température, bruit, conditions de travail, ergonomie, etc.³⁶

L'adaptation du diagramme d'Ishikawa à notre étude nous donne les informations suivantes :

- Méthodes : non affichage de la procédure de réalisation du Determine, non-respect du mode d'emploi du Determine
- Main-d'œuvre : charge de travail élevée, manque de renforcement des capacités du personnel, la non-motivation du personnel liée à son statut de contractuel
- Milieu : défaut de climatisation de la salle

Pour le premier « M » (Matières) et le troisième M (Matériels), nous n'avons pas trouvé de causes qui leur sont attribuables.

³⁶ Colly J. M. (2017), Cours de Méthode de résolution des problèmes

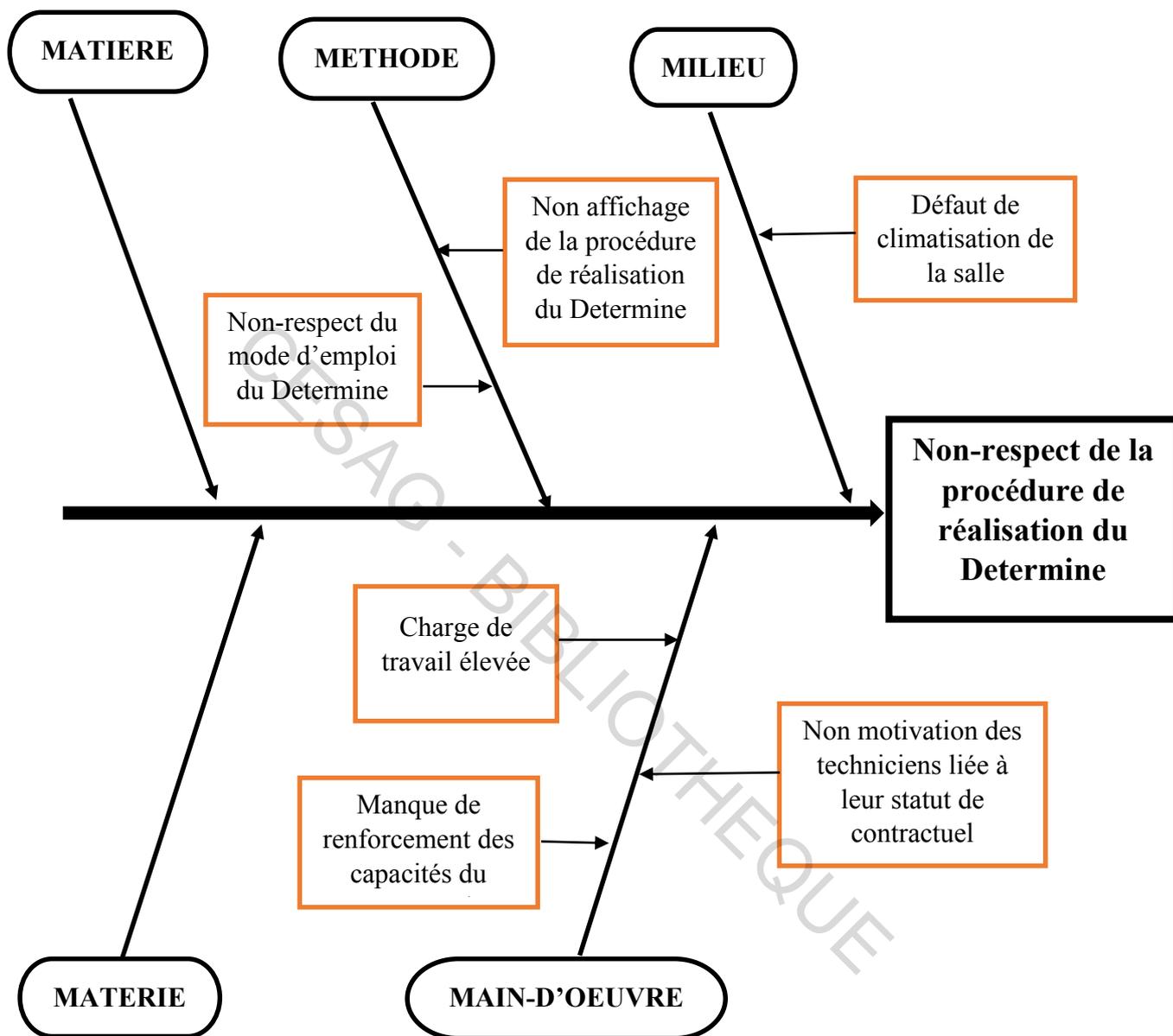


Figure 7 : Diagramme d'ISHIKAWA

Source : nous-même

V-2. Priorisation des causes

Pour la priorisation des causes, l'outil utilisé est appelé « le vote pondéré ». Il a deux avantages :

- Il permet le consensus ;
- Il est simple à mettre en œuvre.

Pour sa mise en œuvre nous avons associé les acteurs du laboratoire d'immuno-sérologie (3 membres).

La démarche est la suivante : à chaque cause identifiée, on affecte une lettre (A, B, C, D...). Chaque participant du vote pondéré dispose d'un maximum de 10 points. Chaque participant a le droit d'affecter au maximum 5 points à une même cause et le reste des points est reparti entre les autres causes.

Le principe de l'anonymat est respecté.³⁷

Effet : Non-respect de la procédure de réalisation du Determine

Cause :

- Non affichage de la procédure de réalisation du Determine : **A**
- Non-respect du mode d'emploi du Determine : **B**
- Charge de travail élevée : **C**
- Manque de renforcement des capacités du personnel : **D**
- Non motivation des techniciens liée à leur statut de contractuel : **E**
- Défaut de climatisation de la salle : **F**

Vote :

Participant 1

C : 5 points

D : 4 points

B : 1 point

Participant 2

C : 4 points

D : 3 points

A : 2 points

F : 1 point

Participant 3

C : 4 points

D : 3 points

A : 3 points

³⁷ Colly J. M. (2017), Cours de Méthode de résolution des problèmes

Résultat du vote pondéré

- A** : Non affichage de la procédure du Determine = 5 points
- B** : Non-respect du mode d'emploi du Determine = 1 point
- C** : Charge de travail élevée = 13 points
- D** : Manque de renforcement des capacités du personnel = 10 points
- E** : Non motivation des techniciens liée à leur statut = 0 points
- F** : Défaut de climatisation de la salle = 1 point

Classement

- Charge de travail élevée : **1^{er}**
- Manque de renforcement des capacités du personnel : **2^{ème}**
- Non affichage de la procédure du Determine : **3^{ème}**
- Non-respect du mode d'emploi du Determine : **4^{ème}**
- Défaut de climatisation de la salle : **4^{ème} ex**
- Non motivation des techniciens liée à leur statut de contractuel : **6^{ème}**

Après le vote de chaque membre, nous avons fait le total des points attribués à chaque cause. « La charge de travail élevée » a enregistré le plus grand score, elle a donc été retenue comme la principale cause des écarts constatés dans la procédure de réalisation du Determine. Ensuite viennent « Le manque de renforcement des capacités du personnel » et « Le non affichage de la procédure de réalisation du Determine ».

Nous avons utilisé le Diagramme de Pareto pour mettre en évidence les principales causes par ordre décroissant justifiant que 20% des causes produisent 80% des effets.

Tableau V : Hiérarchisation des causes par ordre décroissant

Ordre	Causes	Fréquence absolue	Fréquence relative en %	Fréquence cumulée en %
A	Charge de travail élevée	13	43,34	43,34
B	Manque de renforcement des capacités du personnel	10	33,33	76,67
C	Non affichage de la procédure de réalisation du Determine	5	16,67	93,34
D	Non-respect du mode d'emploi du Determine	1	3,33	96,67
E	Défaut de climatisation de la salle	1	3,33	100
F	Non motivation des techniciens liée à leur statut de contractuel	0	0	100
	TOTAL	30	100	

Source : nous-même

Après avoir hiérarchisé les causes, il faut choisir celles que nous allons résoudre en premier.

Pour cela nous disposons d'un outil graphique : « le Diagramme de Pareto ».

Il permet de visualiser l'importance relative des différentes causes d'un problème et à avoir une même vision des priorités.

Pour cela, nous avons affecté dans l'ordre une lettre alphabétique (A, B, C, D, E, F) correspondant à chaque cause, que nous reportons sur le diagramme de Pareto.

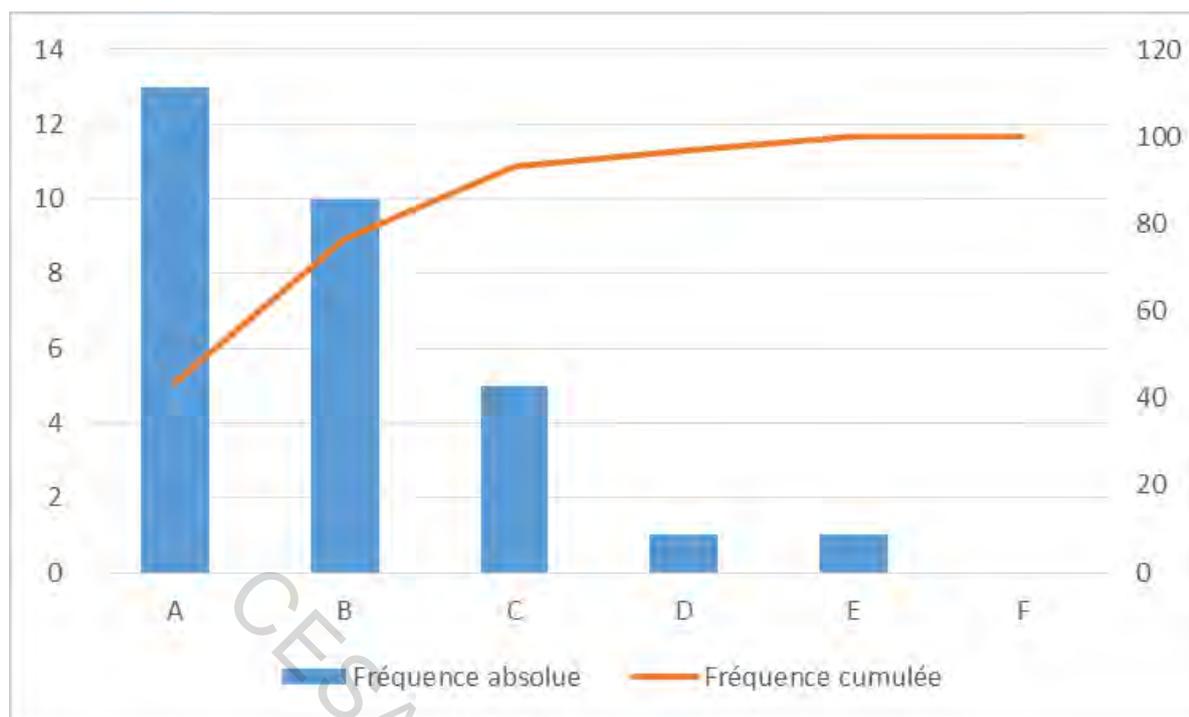


Figure 8 : Diagramme de Pareto

Source : nous-même

Nous constatons que les scores attribués aux causes, obéissent sensiblement à la loi de Pareto « 80/20 », qui stipule que dans bien des cas, 80% de l'effet résulte de 20% des causes. En appliquant cette loi à notre étude, nous remarquons que 80% du problème est dû à deux causes principales qui correspondent à la zone couverte par **A** et **B**.

Cette zone corrobore la hiérarchisation des causes par ordre de fréquence décroissante regroupant les causes suivantes: (**A**) la charge de travail élevée et (**B**) le manque de renforcement des capacités du personnel.

Cette démarche a abouti à l'identification de ces deux principales causes, dont la résolution pourrait contribuer à réduire les écarts dans la procédure de réalisation du Determine.

A ces deux principales causes, nous avons décidé d'ajouter le non affichage de la procédure de réalisation du Determine (**C**).

CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

Au terme de la hiérarchisation des causes, nous avons retenu trois causes à savoir :

- La charge de travail élevée ;
- Le manque de renforcement des capacités du personnel ;
- Le non affichage de la procédure de réalisation du Determine.

Dans ce chapitre nous allons procéder à la recherche de solutions pour ces différentes causes.

VI-1. La revue de la littérature

La revue de la littérature nous a permis d'identifier un certain nombre de solutions.

Le Centre de Prévention et de Contrôle des Maladies (CDC), basé à Atlanta aux Etats Unis, recommande qu'une formation doit être dispensée au personnel chargé du dépistage dans les laboratoires et les centres de santé, de préférence sur le site où s'effectue le dépistage plutôt qu'en un lieu centralisé.³⁸

La formation apparait donc comme un aspect important malgré la simplicité de réalisation des tests de dépistage rapide.

Une autre solution proposée par ce centre est l'établissement par écrit des procédures.

Le fait d'établir par écrit les politiques et procédures applicables pour chaque activité aide à évaluer de manière continue l'ensemble du processus d'analyse pour ce qui concerne les points où des améliorations peuvent être apportées, à identifier les contraintes et à établir des mécanismes permettant d'éviter la répétition de certains problèmes.³⁹

Un accent particulier est également mis sur le respect des procédures.

La fiabilité dépend non seulement de la qualité du test en lui-même mais aussi de la rigueur avec laquelle il est effectué en laboratoire. Tous les laboratoires doivent veiller en permanence à la qualité et au respect des normes.⁴⁰

VI-2. Identification des solutions

Une démarche participative incluant le personnel de laboratoire a permis d'identifier des solutions possibles pour la résolution du non-respect de la procédure de réalisation du Determine.

³⁸ CDC (2001), Directives pour l'évaluation appropriée des techniques de dépistage du VIH

³⁹ CDC (2001), Directives pour l'évaluation appropriée des techniques de dépistage du VIH

⁴⁰ ONUSIDA (1997), Méthode de dépistage du VIH

Les solutions possibles étaient :

- Le recrutement d'agents pour l'accroissement de l'effectif du personnel de laboratoire ;
- Le renforcement des capacités du personnel sur l'hygiène des mains et la technique de réalisation du Determine ;
- La répartition des tâches entre les deux techniciens de service ;
- La réorganisation du service ;
- L'affichage de la procédure de réalisation du Determine.

VI-3. Priorisation et choix de la solution

L'objectif pour nous était de retenir une solution consensuelle mais qui soit peu onéreuse et facilement réalisable dans le temps. Pour ce faire, nous avons procédé par une approche participative impliquant le personnel du laboratoire d'immuno-sérologie.

Chaque membre a attribué une note aux différents critères selon son appréciation. Nous avons fait la somme des notes de chaque critère qui constitue le score final attribué à cette solution par les membres.

Les critères retenus pour la priorisation sont :

- **Faisabilité** : la solution retenue doit être réaliste et réalisable en fonction des ressources disponibles ;
- **Acceptabilité** : il s'agit de la possibilité d'acceptation de la solution par les responsables et les agents ;
- **Efficacité** : c'est la possibilité de produire le maximum de résultats avec le minimum d'efforts pour la solution retenue ;
- **Coût** : le coût d'une solution est très important pour permettre sa mise en œuvre effective. La solution dont le coût sera faible sera privilégiée.

Une échelle de pondération a été attribuée aux critères :

Faisabilité : Très faisable = 5 Faisable = 3 Peu faisable = 1

Acceptabilité : Grande = 5 Moyenne = 3 Faible = 1

Efficacité : Très efficace = 5 Efficace = 3 Pas efficace = 1

Coût : Pas coûteux = 5 Coûteux = 3 Très coûteux = 1

Tableau VI : Priorisation et choix de la solution

Solutions	Faisabilité	Acceptabilité	Efficacité	Coût	Score	Rang
Le recrutement d'agents pour l'accroissement de l'effectif du personnel de laboratoire	1	1	5	1	8	5 ^{ème}
Le renforcement des capacités du personnel sur l'hygiène des mains et la technique de réalisation du Determine	5	5	5	3	18	1 ^{er}
La répartition des tâches entre les deux techniciens de service	3	3	3	5	14	3 ^{ème}
La réorganisation du service	3	3	3	3	12	4 ^{ème}
L'affichage de la procédure de réalisation du Determine	5	5	3	5	18	1 ^{er} ex

Source : nous même

Au terme de cette de priorisation, le renforcement des capacités du personnel, l'affichage de la procédure de réalisation du Determine, ainsi que la répartition des tâches entre les deux techniciens de service ont été retenus comme solutions prioritaires.

CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS

VII-1. Justification des solutions retenues

L'approche participative a servi de base pour le choix des solutions. L'enjeu pour nous était de faire le consensus autour de la solution à retenir. Notre souci est que les solutions soit pratiques et qu'elles puissent commencer dans un délai raisonnable.

Ainsi, de façon consensuelle, le renforcement des capacités du personnel, l'affichage et l'application de la procédure de réalisation du Determine, ainsi que la répartition des tâches du jour entre les deux techniciens de service ont été priorisés comme solutions.

Le choix de la première solution est justifié par les insuffisances observées en matière d'hygiène et dans la pratique même des TDR.

Notre étude a révélé que les techniciens ne se lavaient pas la main avant la préparation du matériel. Dans 18% des cas également, ce lavage n'était pas fait après la réalisation des tests. Le lavage des mains constitue la première barrière non seulement de lutte contre les infections mais aussi pour éviter la contamination du matériel.

Chaque laboratoire ou centre de dépistage doit appliquer des mesures de sécurité standard universelles destinées à éviter la transmission du VIH, de l'hépatite B et d'autres agents pathogènes diffusés par voie sanguine. L'application de ces normes de précaution universelles implique que pour tous les patients, le sang et certains liquides organiques sont considérés comme potentiellement infectieux pour le VIH, HBV et d'autres agents pathogènes diffusés par voie sanguine.⁴¹

Mais l'hygiène des mains ne pourra pas être bien appliquée si le personnel n'est pas informé et formé. L'information et l'éducation sont considérées comme des éléments majeurs de l'observance des différentes techniques et procédures.⁴²

La deuxième solution trouve sa justification dans le fait qu'une procédure affichée est toujours à portée de vue et peut être consultée à tout moment. Cette solution existe déjà pour d'autres tests au sein dudit laboratoire mais pas pour le Determine.

La troisième solution se justifie par le fait qu'une répartition des tâches permettra un allègement de la charge du travail et permettre donc à chaque technicien de se consacrer véritablement à la réalisation des examens qui lui sont dévolus en respectant les procédures.

⁴¹ CDC (2001), Directives pour l'évaluation appropriée des techniques de dépistage du VIH

⁴² Pittet D et al. (2000), « Effectiveness of a hospital wide program: to improve compliance with hand hygiene»

Le groupe de travail a choisi la mise en œuvre d'un projet d'amélioration de la pratique des TDR incluant ces trois solutions.

VII-2. Objectif général du projet

L'objectif général du projet est de contribuer à la connaissance du statut VIH de 90% des PVVIH d'ici à 2020.

VII-3. Objectif spécifique

L'objectif spécifique est d'améliorer le pourcentage de respect de la procédure de réalisation du Determine d'ici à Juin 2018.

VII-4. Résultats attendus

- Les capacités de 03 techniciens sur l'hygiène des mains et sur la technique de réalisation du Determine sont renforcées ;
- La procédure de réalisation du Determine est affichée ;
- Les tâches des techniciens sont reparties.

VII-5. Activités

- R1-A1 : Elaborer le document de formation sur l'hygiène des mains et sur la technique de réalisation du Determine
- R1-A2 : Identifier 02 formateurs
- R1-A3 : Former le personnel (03 techniciens et 01 Major) sur l'hygiène des mains et sur la technique de réalisation du Determine
- R2-A1 : Elaborer la procédure de réalisation du Determine
- R2-A2 : Imprimer la procédure de réalisation du Determine
- R2-A3 : Coller la procédure de réalisation du Determine dans la salle
- R3-A1 : Organiser une réunion d'échange sur la charge de travail des techniciens de l'unité d'immuno-sérologie
- R3-A2 : Identifier toutes les tâches des techniciens de l'unité d'immuno-sérologie
- R3-A3 : Attribuer les tâches à chaque technicien en fonction de la charge de travail

VII-6. Cadre logique

Le cadre logique est un outil de gestion de projet créé en 1970 par un bureau d'études sous l'égide de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) pour répondre aux besoins de planification, de gestion et d'évaluation des projets.

Selon les Organismes d'Aide au Développement, le cadre logique est schématisé par une matrice 4x4 ou 5x4 (c'est-à-dire 4 lignes et 4 colonnes ou 5 lignes et 4 colonnes).⁴³

Il fait intervenir une logique verticale et une logique horizontale :

Logique verticale

- ✓ l'objectif général de l'intervention ;
- ✓ l'objectif spécifique ;
- ✓ les résultats ou extrants ;
- ✓ les activités ou intrants.

Logique horizontale

- ✓ les indicateurs objectivement vérifiables ;
- ✓ les moyens de vérification ;
- ✓ les conditions critiques ou facteurs externes que l'on ne maîtrise pas et qui conditionnent la réalisation du projet.

Tableau VII : Cadre logique

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Conditions critiques
Objectif général	Contribuer à la connaissance du statut VIH de 90% des PVVIH d'ici à 2020	Pourcentage de PVVIH connaissant leur statut VIH d'ici 2020	Rapport pays VIH	Insuffisance de ressources financières
Objectif spécifique	Améliorer le pourcentage de respect de la procédure de réalisation du Determine d'ici à Juin 2018	Pourcentage de procédure de réalisation du Determine respecté	Rapport d'activités	Adhésion des techniciens

⁴³ Ba M. (2017), Cours de Planification stratégique et conception des projets

Résultats	R1 : Les capacités de 03 techniciens sur l'hygiène des mains et la sur la technique de réalisation du Determine sont renforcées	Nombre de techniciens ayant les capacités renforcées sur l'hygiène des mains et la sur la technique de réalisation du Determine	Rapport de formation	Disponibilité des formateurs
	R2 : La procédure de réalisation du Determine est affichée	Procédure de réalisation du Determine est affichée	Existence de l'affiche sur la procédure de réalisation du Determine dans la salle	
	R3 : Les tâches des techniciens du service sont réparties	Toutes les tâches sont réparties entre les techniciens de service	Note de service de répartition des tâches	Adhésion des techniciens
Activités	R1-A1 : Elaborer le document de formation sur l'hygiène des mains et sur la technique de réalisation du Determine	Document de formation sur l'hygiène des mains et sur la technique de réalisation du Determine disponible	Existence du document de formation sur l'hygiène des mains et la technique de réalisation du Determine	Disponibilité des ressources
	R1-A2 : Identifier 02 formateurs	02 formateurs sont identifiés	Termes de référence de l'activité	Implication des responsables
	R1-A3 : Former le personnel (03 techniciens et 01 Major) sur l'hygiène des mains et la technique de réalisation du Determine	03 techniciens et 01 Major sont formés sur l'hygiène des mains et la technique de réalisation du Determine	Rapport de formation	Disponibilité des formateurs

	R2-A1 : Elaborer la procédure de réalisation du Determine	Document sur la procédure de réalisation du Determine disponible	Existence du document sur la procédure de réalisation du Determine	Disponibilité Référent qualité
	R2-A2 : Imprimer la procédure de réalisation du Determine	La procédure de réalisation du Determine est imprimée	Existence de supports physiques sur la procédure de réalisation du Determine	
	R2-A3 : Coller la procédure de réalisation du Determine dans la salle	la procédure de réalisation du Determine est apostée dans la salle	Existence de l'affiche sur la procédure de réalisation du Determine dans la salle	
	R3-A1 : Organiser une réunion d'échange sur la charge de travail des techniciens de l'unité d'immuno-sérologie	Réunion d'échange sur la charge de travail des techniciens de l'unité d'immuno-sérologie organisée	Procès-verbal de la réunion	Adhésion des acteurs
	R3-A2 : Identifier toutes les tâches des techniciens de l'unité d'immuno-sérologie	Tâches des techniciens de l'unité d'immuno-sérologie identifiées	Existence d'un support sur la liste des tâches	
	R3-A3 : Attribuer les tâches à chaque technicien en fonction de la charge de travail	Tâches attribuées à chaque technicien en fonction de la charge de travail	Note de service de répartition des tâches	

Source : nous même

VII-7. Plan d'action opérationnel

Tableau VIII : Plan d'action opérationnel

Activités	Début	Fin	Responsable	Source de financement
Elaborer le document de formation sur l'hygiène des mains et la technique de réalisation du Determine	10 Nov. 2017	10 Déc. 2017	Consultant	Budget CHAN
Identifier 02 formateurs	11 Déc. 2017	20 Déc. 2017	Chef de service	Sans coût
Former le personnel (03 techniciens et 01 Major) sur l'hygiène des mains et la technique de réalisation du Determine	28 Déc. 2017	28 Déc. 2017	Formateurs	Budget CHAN
Elaborer la procédure de réalisation du Determine	02 Jan. 2018	04 Jan. 2018	Référent qualité	Sans coût
Imprimer la procédure de réalisation du Determine	05 Jan. 2018	05 Jan. 2018	Référent qualité	Budget CHAN
Coller la procédure de réalisation du Determine dans la salle	05 Jan. 2018	05 Jan. 2018	Major	Sans coût
Organiser une réunion d'échange sur la charge de travail des techniciens de l'unité d'immuno-sérologie	08 Jan. 2018	08 Jan. 2018	Major	Sans coût
Identifier toutes les tâches des techniciens de l'unité d'immuno-sérologie	09 Jan. 2018	10 Jan. 2018	Major	Sans coût
Attribuer les tâches à chaque technicien en fonction de la charge de travail	11 Jan. 2018	12 Jan. 2018	Major	Sans coût

Source : nous même

VII-8. Chronogramme d'activités

Tableau IX : Chronogramme d'activités

Activités	Période					
	2017			2018		
	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mar.
Elaborer le document de formation sur l'hygiène des mains et la technique de réalisation du Determine						
Identifier 02 formateurs						
Former le personnel (03 techniciens et 01 Major) sur l'hygiène des mains et la technique de réalisation du Determine						
Elaborer la procédure de réalisation du Determine						
Imprimer la procédure de réalisation du Determine						
Coller la procédure de réalisation du Determine dans la salle						
Organiser une réunion d'échange sur la charge de travail des techniciens de l'unité d'immuno-sérologie						
Identifier toutes les tâches des techniciens de l'unité d'immuno-sérologie						
Attribuer les tâches à chaque technicien en fonction de la charge de travail						

Source : nous même

VII-9. Budgétisation

Les activités qui ne consomment pas de ressources financières n'ont pas été intégrées dans la budgétisation.

Tableau X : Budgétisation

Rubriques	Quantité	Prix unitaire	Montant (f CFA)
Elaborer le document de formation sur l'hygiène des mains et la technique de réalisation du Determine	01	100 000	100 000
Honoraire du Consultant	01	50 000	50 000
Former le personnel (03 techniciens et 01 Major) sur l'hygiène des mains et la technique de réalisation du Determine	04	5 000	20 000
Perdiem formateurs	02	15 000	30 000
Marqueur	03	2 000	6 000
Papier padex	01	5 000	5 000
Rames	01	2 500	2 500
Imprimer la procédure de réalisation du Determine	01	17 500	17 500
TOTAL			231 000

Source : nous même

Le budget de la mise en œuvre des solutions a été arrêté à la somme de deux cent trente et un mille francs CFA (231 000 F CFA).

VII-9. Suivi et évaluation

VII-9-1. Rappels

Le suivi et l'évaluation produisent des informations qui peuvent être utilisées pour améliorer la gestion d'un projet et parvenir aux résultats escomptés à court et à long terme.

- **Le Suivi** est une fonction continue qui vise à fournir aux gestionnaires du projet et aux principales parties prenantes, des indications sur les progrès réalisés ou des difficultés rencontrées au cours de la mise en œuvre du projet.⁴⁴
- **L'évaluation** est un exercice limité dans le temps qui vise à mesurer objectivement l'impact (résultats) observé au niveau de la population, attribuable aux interventions du projet.⁴⁵

VII-9-2. Suivi et évaluation de la mise en œuvre des solutions

Pour mener à bien le suivi et l'évaluation, il est nécessaire de mettre en place un comité de suivi et d'évaluation pour apprécier l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action. Ce comité sera composé du Major, du Référent qualité et d'un représentant des techniciens.

➤ **Suivi de la mise en œuvre des solutions**

Le suivi de l'exécution se fera sur les activités prévues dans le cadre logique et le plan d'action opérationnel. Le suivi portera essentiellement sur le renforcement des capacités des techniciens, l'élaboration de la procédure de réalisation du Determine, l'affichage de la procédure de réalisation du Determine, et la répartition des tâches.

➤ **Evaluation de la mise en œuvre des solutions**

Elle portera sur le processus d'exécution des activités, et l'atteinte des résultats.

VII-9-3. Les indicateurs du suivi et de l'évaluation des solutions

Les indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation sont :

- Les indicateurs d'activités :
 - Disponibilité du document de formation sur l'hygiène des mains et sur la technique de réalisation du Determine ;

⁴⁴ Koffi A. (2017), Cours de Suivi et Evaluation des projets/programmes, CESAG-Dakar

⁴⁵ Koffi A. (2017), Cours de Suivi et Evaluation des projets/programmes, CESAG-Dakar

- Nombre de techniciens formés sur l'hygiène des mains et sur la technique de réalisation du Determine ;
 - Document sur la procédure de réalisation du Determine disponible ;
 - Tâches attribuées à chaque technicien en fonction de la charge de travail.
- Les indicateurs de résultats :
- Nombre de techniciens ayant les capacités renforcées sur l'hygiène des mains et sur la technique de réalisation du Determine ;
 - La procédure de réalisation du Determine est affichée dans la salle ;
 - Toutes les tâches sont réparties entre les techniciens de service.
- Les indicateurs d'effets :
- Proportion de techniciens appliquant correctement la procédure de réalisation du Determine ;
 - Respect de la procédure de réalisation du Determine amélioré.
- L'indicateur d'impact :
- Pourcentage de PVVIH connaissant leur statut VIH d'ici 2020.

Le suivi des activités sera fait toutes les deux semaines et une évaluation sera réalisée à la fin du projet et tous les trois mois.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous avons formulé des recommandations dans le but d'améliorer le dépistage du VIH/sida à travers la qualité de la réalisation des tests de dépistage rapide.

Ces recommandations vont à l'endroit du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, de la Direction du CHAN et au personnel du laboratoire d'analyses biologiques du CHAN.

❖ **Au personnel du laboratoire d'analyses biologiques du CHAN**

- S'approprier la démarche qualité dans laquelle le laboratoire est inscrit ;
- Afficher et respecter les procédures ;
- Renforcer les mesures d'hygiène.

❖ **A la Direction du CHAN**

- Créer les conditions d'un environnement de travail optimum ;
- Inciter l'évaluation de la qualité à travers la CME ;
- Favoriser des séances de renforcement des capacités en interne
- Recruter du personnel pour le laboratoire ;
- Assurer la motivation du personnel contractuel de laboratoire par la signature de contrat à durée indéterminée.

❖ **Au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale**

- Doter le CHAN de moyens efficaces pour un meilleur fonctionnement.

CONCLUSION

Depuis leur lancement à la 20^{ème} Conférence internationale sur le sida à Melbourne en 2014, « les objectifs 90–90–90 » sont devenus un pilier central de la quête mondiale pour mettre fin à l'épidémie de SIDA.

Le premier axe de ces objectifs repose sur le dépistage qui se fait au moyen des tests de dépistage rapide dans nos pays à ressource limitée. Ces tests obéissent à des procédures qui garantissent la fiabilité de leurs résultats. Cela implique une démarche qualité, chose dans laquelle le laboratoire d'analyses biologiques du Centre Hospitalier Abass Ndao est déjà inscrit. Notre étude à l'unité d'immuno-sérologie de ce laboratoire sur l'évaluation de la pratique des TDR du VIH/sida a permis de mettre en évidence des points forts mais aussi des points à améliorer tels que :

- L'absence de lavage des mains avant la préparation du matériel ;
- Le non-respect de la quantité de sérum ou de plasma dans 22% des cas ;
- Le délai de lecture des résultats du Determine inférieur à 15 minutes dans 18% des cas ;
- Le non enregistrement des résultats dans le registre dans 18% des cas.

Les principales causes identifiées comme étant à l'origine de ces écarts étaient la charge de travail élevée, le manque de renforcement des capacités du personnel et le non-affichage de la procédure de réalisation du Determine.

Les solutions retenues pour pallier les écarts étaient le renforcement des capacités du personnel, l'affichage et l'application de la procédure de réalisation du Determine ainsi que la répartition des tâches.

Le suivi et l'évaluation de ces solutions permettront de mesurer à court et moyen terme l'atteinte des objectifs fixés.

REFERENCES

OUVRAGES ET MANUELS

1. ANAES (1998), Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des cathéters courts veineux, *Collection Évaluation en établissements de santé*, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Paris.
2. ANAES (2000), Principe de la mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, *Collection Guides méthodologiques*, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Paris.
3. Aubry P et al. (2017), Tests de diagnostic rapide par immunochromatographie en zones tropicales, *Médecine tropicale*, 8p.
4. Bouchaud O. (2015), Prise en charge globale des patients VIH dans les pays à ressources limitées : Guide de formation à l'usage des professionnels de santé, 2^e édition révisée, 296p.
5. CDC (2001), Directives pour l'évaluation appropriée des techniques de dépistage du VIH, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.
6. CHAN (2017), Projet d'établissement 2017-2021, Centre Hospitalier Abass Ndao, Dakar.
7. CNLS (2014), Politique de prise en charge de l'infection par le VIH au Sénégal version 2014, Conseil National de Lutte contre le Sida, Dakar.
8. Fournier P-S et coll. (2010), Etude exploratoire des facteurs de la charge de travail ayant un impact sur la santé et la sécurité, 73p.
9. MSAS (2009), Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Dakar.
10. OMS (2010), Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
11. OMS (2016), Recommandation de l'OMS pour garantir la qualité des tests de dépistage du VIH, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
12. ONUSIDA (1997), Méthode de dépistage du VIH, Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA, Genève.

13. Pittet D and al. (2000), « Effectiveness of a hospital wide program: to improve compliance with hand hygiene », *Lancet*: 1307-12.
14. Toma S et al. (2013), Bénéfices d'un accompagnement psychologique des patients vivant avec le VIH, *Revue Médicale Suisse*, vol 9 : 374-7.

ARTICLES DE PRESSE ET WEBOGRAPHIE

15. CATIE, *La stigmatisation et la discrimination*, <http://www.catie.ca/fr/printpdf/vih-canada/4/4-1/4-1-1> consulté le 12/08/2017.
16. CNLS, *Le VIH au Sénégal situation épidémiologique*, <http://www.cnls-senegal.org/index.php/2013-05-28-20-19-22/situation-epidemiologique> consulté le 17/08/2017.
17. CNLS, *missions, composition, membres associés, fonctionnement, organes de coordination et de suivi*, <http://www.cnls-senegal.org/index.php/le-cnls/le-cnls> consulté le 17/08/2017.
18. Dagi K. (2009), *Sida : des erreurs de diagnostic par milliers*, <https://www.courrierinternational.com/article/2009/05/14/sida-des-erreurs-de-diagnostic-par-milliers> consulté le 10/08/2017.
19. Huber F, Ouedraogo E et Diallo M. (2011), *Tests de dépistage rapide : Améliorer les pratiques de laboratoires*, <http://vih.org/20120402/tests-depistage-rapides-ameliorer-pratiques-laboratoires/57723> consulté le 17/09/2017.
20. OMS (2017), *VIH/sida aide-mémoire Actualisé*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/> consulté le 04/08/2017.
21. ONUSIDA (2014), *Accélérer : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*, http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/fast_track consulté le 22/08/2017.

COURS

22. Ba M. (2017), Cours de Planification stratégique et conception des projets, CEASG-Dakar.
23. Colly J. M. (2017), Cours de Méthode de résolution des problèmes, CESAG-Dakar.

24. Koffi A. (2017), Cours de Suivi et Evaluation des projets/programmes, CESAG-Dakar.

25. Wade B. (2016), Cours Qualité et amélioration des soins de santé, CESAG-Dakar.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLE D'EVALUATION

Numéro de fiche :

1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Age :

Sexe : Masculin Féminin

Situation matrimoniale : En couple Non en couple

Lieu de provenance :

2. MESURES D'HYGIENE ET DE BIOSECURITE

Lavage des mains avant préparation du matériel : Oui Non

Port de blouse : Oui Non

Port de gants propres : Oui Non

Lavage des mains à la fin des tests : Oui Non

3. PROCEDURE DE REALISATION DU DETERMINE

Quantité de sérum ou de plasma prélevée pour le test :

Décontamination de l'embout de prélèvement : Oui Non

Délai de lecture du résultat du test (en minute) :

Résultat du test : Négatif Positif

4. ALGORITHMME

Respect de l'algorithme : Oui Non

5. PROCEDURE DE REALISATION DU BISPOT

Quantité de contrôle positif :

Quantité de contrôle négatif :

Quantité de sérum patient :

Délai de lecture après immersion du peigne :

- Puit A : (10 minutes)
- Puit B : (02 minutes)
- Puit C : (10 minutes)
- Puit D : (02 minutes)
- Puit E : (02 minutes)
- Puit F : (10 minutes)
- Puit E : (01 minutes)

Résultat final du test : VIH1 VIH2 VIH1&2

6. ENREGISTREMENT DES RESULTATS DES TESTS

Enregistrement des résultats dans le registre : Oui Non

Observation

.....

.....

ANNEXE II : TABLE DES MATIERES

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
SIGLES ET ACRONYMES	vi
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	ix
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE	4
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE	5
I-1. Analyse de l'environnement externe de l'étude.....	5
I-1-1. Présentation de la République du Sénégal	5
I-1-1-1. Situation géographique	5
I-1-1-2. Situation administrative	6
I-1-1-3. Situation sociodémographique.....	7
I-1-1-4. Situation socio-économique.....	7
I-1-2. Politique sanitaire sénégalaise	7
I-1-3. L'organisation du système de santé du Sénégal.....	8
I-1-3-1. La pyramide sanitaire.....	8
I-1-3-2. Les infrastructures sanitaires.....	9
I-1-4. Situation du VIH au Sénégal.....	10
I-1-5. Dépistage du VIH/SIDA au Sénégal.....	15
I-2. Analyse de l'environnement interne de l'étude	15
I-2-1. Présentation du Centre Hospitalier Abass Ndao (CHAN)	15
I-2-1-1. Historique.....	15
I-2-1-2. Situation géographique	16
I-2-1-3. Statut et missions	16
I-2-2. Organisation et fonctionnement.....	17

I-2-2-1. La structure organisationnelle.....	17
I-2-2-2. Le Fonctionnement	19
I-2-3. Les ressources humaines.....	22
I-2-4. Les ressources financières.....	23
1-3. Présentation du cadre de l'étude : le laboratoire d'analyses biologiques du CHAN	23
I-4. Synthèse de l'analyse de l'environnement.....	27
I-4-1. Environnement interne.....	27
I-4-2. Environnement externe	27
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE	28
II-1. Problématique.....	28
II-1-1. La Formulation du problème	28
II-1-2. Justification de l'étude.....	28
II-1-3. L'ampleur du problème	29
II-1-4. Conséquences du problème	30
II-1-5. Intérêt de l'étude	31
II-1-6. Définition de concepts	32
II-1-7. Objectifs de recherche	33
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS	34
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	35
III-1. Le type d'étude.....	35
III-2. La population de l'étude.....	35
III-3. Critères d'inclusion	35
III-4. Critères de non inclusion.....	35
III-5. Taille de l'échantillon.....	35
III-6. Méthode et outils de collecte des données	36
III-6-1. Méthodes de collecte des données.....	36
III-6-2. Outils de collecte des données.....	36

III-7. Déroulement de l'étude	36
III-8. Dépouillement et traitement des données.....	37
III-9. Les limites et difficultés rencontrées au cours de l'étude	37
CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS	38
IV-1. Caractéristiques sociodémographiques	38
IV-2. Mesures d'hygiène et de biosécurité des techniciens.....	39
IV-3. Procédure de réalisation du premier TDR (Determine)	40
IV-4. Respect de l'algorithme	40
IV-5. Procédure de réalisation du deuxième TDR (Bispot)	41
IV-6. Enregistrement des résultats des tests dans le registre	41
IV-6. Synthèse des résultats.....	41
TROISIEME PARTIE : IDENTIFICATION DES CAUSES ET SOLUTIONS DE MISE EN OEUVRE.....	42
CHAPITRE V : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES	43
V-1. Identification des causes.....	43
V-2. Priorisation des causes.....	52
CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	56
VI-1. La revue de la littérature	56
VI-2. Identification des solutions	56
VI-3. Priorisation et choix de la solution.....	57
CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS	59
VII-1. Justification des solutions retenues.....	59
VII-2. Objectif général du projet	60
VII-3. Objectif spécifique.....	60
VII-4. Résultats attendus	60
VII-5. Activités.....	60
VII-6. Cadre logique.....	61

VII-7. Plan d'action opérationnel	64
VII-8. Chronogramme d'activités.....	65
VII-9. Budgétisation	66
VII-9. Suivi et évaluation	67
VII-9-1. Rappels	67
VII-9-2. Suivi et évaluation de la mise en œuvre des solutions.....	67
VII-9-3. Les indicateurs du suivi et de l'évaluation des solutions.....	67
RECOMMANDATIONS.....	69
CONCLUSION.....	71
REFERENCES.....	73
ANNEXES	I