

Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida

Département de la Coordination de la Riposte Nationale au VIH/Sida



Rapport de mission de supervision des UPEC, nouvellement mises en place :

**Aioun, Aleg, Atar, Tidjikja ,
Sélibabi et Akjoujt .**

Equipe de la mission :

MSc. Lemrabott Mohamed Mahmoud ;

Dr. Ely Cheikh Heyine ;

Dr. Abdallahi M'hamed Sidi ;

Dr. Cheikh Tijany Khaled.

Préambule

Dans le cadre du suivi de la qualité de PEC des PVVIH dans le pays, une mission de supervision du SENLS s'est rendue du 17 au 25 novembre 2024 à Akjoujt, Atar, Tidjikja, Selibaby, Aioune et Aleg dans le but d'évaluer l'opérationnalité des UPEC nouvellement mises en place par le MS, en partenariat avec le SENLS.

I. Composition de la mission

1. Axe Nord : Akjoujt-Atar- Tidjikja

- MSc. Lemrabott Mohamed Mahmoud, CDCRVIH ;
- Dr. Ely Cheikh Heyine, CDGAS.

2. Axe sud : Sélibabi-Aioune-Aleg

- Abdellahi M'hamed Sidi, Chargé Programme et S&E VIH ;
- Cheikh Tijani Khaled, chargé GAS ;

II. Déroulement de la mission

1. Préparation de la mission

Conformément au Référentiel National de Supervision, la mission a pris connaissance des TDR avant d'entrer en contact avec les DCHR et les MC des UPEC concernées par la supervision. Par la suite, et en commun accord avec la société INTERLINK, un chronogramme détaillé a été établi et partagé avec les UPEC. Un message RAC a été adressé aux Walis concernés pour informations et dispositions à prendre pour la réussite de la mission de supervision.

2. Méthodologie

En plus de l'objectif principal qui est l'évaluation de l'opérationnalité des nouvelles UPEC, les missionnaires ont procédé à des séances de renforcement des capacités des équipes en place, et ce en matière de PEC, de suivi évaluation, de gestion des produits de santé et de gestion des unités. Un cadre de concertation dans les CHR, dont l'objectif est de responsabiliser davantage les directeurs des CHR et de booster leur niveau d'appropriation des UPEC a été mis en place, tout en montrant l'importance des rôles de tout un chacun des différents intervenants dans le processus de PEC. Cette approche s'est concrétisée par les actions suivantes :

- a. Organisation (dès le début de la mission) d'une réunion de travail avec les directeurs des CHR, abritant les UPEC ;
- b. Organisation des réunions de travail avec les équipes des UPEC ;
- c. Organisation des appels téléphoniques à distance avec les techniciens de l'Interlink ;

- d. Formation sur place des équipes sur le logiciel AMNIR à travers des manipulations directes de la plateforme ;
- e. Organisation d'une séance de travail avec le responsable des aspects liés à la pharmacie ;
- f. Organisation d'une séance de travail avec le responsable du laboratoire ;
- g. Organisation d'une séance de restitution de la mission avec toute l'équipe en présence du directeur du CHR ;
- h. Dotation des MC des UPEC d'un support électronique contenant l'ensemble de documentations et outils, relatifs au domaine du Sida dans le pays, y compris les formations antérieures en matière de PEC ;
- i. Organisation des séances de travail (questions réponses) sur tous les aspects du VIH et du Sida.

III. Aspects de l'évaluation

III.1. Les cinq aspects d'évaluation retenus sont :

- 1. La qualité du dépistage ;
- 2. La qualité de la PEC ;
- 3. Le Suivi évaluation ;
- 4. Le stockage et la gestion des produits de santé ;
- 5. La gestion de l'UPEC.

Chacun des cinq critères d'évaluation se compose de deux sous critères, dont la notation est identique, soit 10 points maximum par sous critère.

Echelle d'appréciation quantitative

De 0 à 30 points	Echec
De 31 à 50 points	Non satisfaisant
De 51 à 70 points	Satisfaisant
De 71 à 90 points	Bon
De 90 à 100 points	Excellent

IV. Constats et synthèses

1. UPEC Akjoujt

a) Constat

Les visites des lieux et les séances de travail organisées avec le directeur du CHR, le responsable du laboratoire et l'équipe de l'UPEC ont permis de faire les constats suivants :

Points forts et opportunités

- Conformité du protocole de PEC utilisé par le médecin traitant avec les orientations de La Stratégie Nationale de PEC du Sida ;
- Bonne disponibilité des ARV (pour adultes) ;
- Bonnes conditions de stockage de médicaments et produits de santé ;
- Bonne gestion des médicaments et produits de santé ;

• Points faibles et obstacles

- Le laboratoire de l'hôpital a dépisté 284 personnes et l'UPEC n'a mis sous TAR qu'un seul patient le 18/10/2024, deux années après son inauguration en date du 17/11/2022 ;
- Absence du document de la Stratégie Nationale du Dépistage VIH dans la structure ;
- Absence du document de La Stratégie Nationale de PEC du VIH/Sida dans la structure ;
- Absence de l'affichage du protocole de PEC dans le bureau du médecin traitant ;
- Non-conformité du dépistage de confirmation du statut sérologique avec la SND et celle de la PEC du Sida en vigueur dans le pays ;
- Absence du registre VIH ;
- Absence de dossier physique du patient ;
- Absence de rapports ;
- Absence d'outils de rapportage ;
- Enregistrement de l'unique patient dans la plateforme AMNIR non complet ;
- Non disponibilité du "Névirapine sirop" pour la PEC précoce des enfants ;
- Occupation du poste de l'assistant social par une personne n'ayant pas le profil adéquat et sans formations spécifiques antérieures ;
- Manque de coordination entre les différents staffs de l'UPEC ;
- Existence physique partielle du matériel bureautique et informatique livré par le SENLS.

b) Synthèse des risques et recommandations

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
1	Dépistage			
	1.1. Conformité avec la Stratégie Nationale du Dépistage (SND)	1.1.1. La seule personne dépistée positive lors d'un dépistage diagnostic et dans le cadre de la PTME réalisé entre novembre 2022 et novembre 2024 ne sont confirmées qu'après 15 jours en nette contradiction avec les directives de la Stratégie nationale du dépistage (SND) et la Stratégie nationale de prise en charge du Sida (SNPS), ce qui engendre un risque de déperdition de cette personne nouvellement dépistée positive avant la confirmation de son statut réel.	Nous recommandons à l'ensemble des soignants et prestataires de services, notamment le responsable de l'UPEC et l'assistant social de prendre connaissance de La SND et de se conformer à cette dernière, notamment la confirmation du statut des cas dépistés positifs le plutôt possible.	PNLS/DCHR
		1.1.2. Les 284 cas dépistés par le laboratoire sont des cas issus du dépistage diagnostic ou dans le cadre de la PTME. La SND encourage le dépistage initié par le soignant (DIS) et le dépistage initié par le prestataire (DIP), ce qui n'a pas été pris en considération par les responsables de l'UPEC, notamment le MC et l'infirmier.	Le MC de l'UPEC et l'infirmier devraient faire la promotion du dépistage lors des consultations. Nous encourageons les deux staffs de faire la promotion du DIS, conformément à la SND.	DCHR
	1.2. Qualité du dépistage	1.2.1. Sur 284 personnes qui se sont faites dépister (diagnostic et FE), une seule personne s'est révélée positive. Ce résultat est non cohérent avec les normes du dépistage diagnostic. Malheureusement le	Nous recommandons au DCHR de prendre les dispositions nécessaires pour s'assurer de (i) la désagrégation des données du dépistage par (type) ; (ii) de la qualité des tests et/ou	DCHR

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		laboratoire du CHR ne dispose pas d'informations sur la désagrégation des données du dépistage par (type), permettant ainsi de connaître le taux du dépistage diagnostic par rapport au dépistage des FE. Dans l'ensemble, si ce taux de (1/284) est accepté pour les FE dans notre contexte, il nécessiterait une profonde analyse dans le cadre d'un dépistage diagnostic.	(iii) de leur bonne exploitation par le personnel du laboratoire.	
2	Prise en charge			
	2.1. Documents normatifs de PEC au niveau de l'UPEC	2.1.1. La Stratégie Nationale de PEC du Sida (SNPS) est le document de référence en matière de directives de PEC du Sida. Son absence au niveau de l'UPEC constitue un risque potentiel pour la qualité de cette PEC.	Le personnel de l'UPEC doit prendre connaissance de ladite Stratégie pour mener à bien la PEC des PVVIH.	PNLS/DCHR
		2.1.2. Le Protocole de PEC est une partie intégrante de la SNPS et doit être affiché au niveau du bureau du médecin traitant. Son absence constitue un risque d'erreurs lors du processus de PEC des PVVIH.	Pour remédier à cette situation, nous recommandons fortement l'affichage du protocole dans le bureau du médecin traitant pour servir d'algorithme dans les différents cas qui peuvent se présenter.	DCHR
		2.1.3. Du fait que la TB constitue la première cause de mortalité chez les PVVIH, les documents normatifs du Sida recommandent la recherche systématique de la TB chez les PVVIH, ce qui n'a pas été le cas chez le seul patient mis sous TAR. Le risque donc d'une	Il est très recommandé de chercher systématiquement la TB chez toutes les PVVIH, conformément à la SNPS.	PNLS/DCHR

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		IO impactant la santé du PVVIH est réel.		
		2.1.4. La rétention des PVVIH dans les structures de PEC est capitale et l'assistant social (AS) joue un rôle primordial dans cela. Ce poste doit être réservé à une personne, ayant une formation en sociologie et/ou psychologie ou formée pour occuper ledit poste.	A défaut d'avoir un sociologue ou psychologue, la personne désignée pour ce poste doit avoir un niveau d'instruction suffisant, permettant d'être formée pour faire le counseling et le suivi de la rétention des PVVIH dans les structures de PEC.	PNLS
3	Suivi Evaluation			
	3.1. Complétude des données	3.1.1. Absence du registre VIH : Le registre VIH est la source principale pour toute information sur le patient. Sa non utilisation ou l'utilisation partielle de ses colonnes ne permet pas la collecte de l'information sur le patient le long du processus de PEC.	Nous recommandons fortement de renseigner toutes les colonnes du registre et de le faire d'une manière lisible pour qu'on ait une information complète sur le patient. Ces informations sont indispensables pour - entre autres- le suivi biologique du patient, sa rétention et pour évaluer l'efficacité du traitement.	DCHR
	3.2. Dossier physique	3.2.1. Absence du dossier physique du patient. Le dossier physique du patient contient son historique, l'ensemble des analyses et ordonnances. C'est un outil indispensable pour le suivi du patient, facile à exploiter, à classer et à archiver. C'est le gage des informations du patient. Les supports électroniques peuvent être	L'utilisation et la bonne tenue du dossier physique du patient est une forte recommandation, qui nécessite d'être prise en considération. Sans une information complète sur le malade, la PEC risque d'être compromise.	DCHR

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		endommagés et/ou impactés par plusieurs effets extérieurs. Le risque de perdre toute l'information sur le patient est réel, ce qui impactera négativement sa PEC.		
	3.3. Rapports périodiques	3.3.1. Le rapportage des activités est l'élément crucial dans le processus de suivi évaluation. Une activité non rapportée est considérée comme non réalisée. Un rapport mensuel devrait être envoyé au SENLS, ce qui n'a pas été le cas. En l'absence des rapports périodiques, le SENLS prendra note de la non opérationnalité de l'UPEC au cours de la période.	Nous recommandons de veiller au rapportage mensuel des activités de l'UPEC, et ce conformément au canevas mis à votre disposition.	DCHR
	3.4. Plateforme "AMNIR"	3.4.1. Elle est fonctionnelle. Cependant, elle demeure non synchronisée en raison du câble internet endommagé traversant la façade du CHR. La direction du CHR a déjà contacté sans succès l'opérateur concerné afin d'y remédier. Cet état ne permet pas d'avoir les données en temps réel, ni de bénéficier des performances de la plateforme.	Nous recommandons de trouver une solution alternative en attendant le rétablissement de la connexion.	DCHR
4	Gestion des médicaments et produits de santé			
	4.1. Disponibilité des ARV(Adultes)	RAS		
	4.2. La mise précoce sous ARV des nouveaux nés	4.2.1. Absence du "Névirapine sirop" dans la pharmacie. Cette forme d'ARV doit être administrée au NN le plus tôt possible (48 heures)	Nous recommandons au MC de l'UPEC de faire la commande du produit auprès du SENLS.	DCHR

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		après la naissance. Sa non disponibilité à la pharmacie de l'UPEC constitue un risque sur le futur statut sérologique du NN.		
	4.3. Stockage des médicaments	4.3.1. Les médicaments sont stockés dans une armoire au sein du bureau du médecin de l'UPEC. Cette pratique risque d'impacter négativement la qualité des produits médicaux. Les normes de stockage stipulent de les conserver dans la pharmacie, afin de les faire bénéficier de bonnes pratiques de stockage. A noter que la pharmacie de l'hôpital dispose de compartiments aux normes.	Nous vous recommandons de stocker les médicaments et les produits médicaux dans la pharmacie du CHR, afin de conserver leurs qualités.	DCHR
5	Gestion de l'UPEC			
	5.1. Fonctionnalité des différents staffs	5.1.1. Tout le staff est en place. Toutefois les différentes tâches dans le processus de PEC ne sont pas bien définies, particulièrement le rôle de l'assistant social (AS). Le rôle de l'AS et sa place dans le processus de PEC ont été clarifiés lors d'un débriefing organisé pour le staff de l'UPEC à la fin de la mission.	Nous recommandons de former l'AS sur le counseling et le suivi des patients.	DCHR
	5.2. Matériel bureautique & informatique	5.2.1. Un bureau avec retour et une unité informatique complète, assortie de la plateforme AMNIR ont été déchargés par le DCHR en 2022. Le bureau ne figure pas parmi le matériel physique	Excepté le bureau, tout le matériel livré par le SENLS est en place. Il est donc recommandé au DCHR de remplacer le bureau en question.	DCHR

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		qui nous a été présenté. Le personnel déclare qu'il n'a pas été livré. L'absence de ce matériel pourrait compromettre la qualité de l'accueil des malades.		

2. UPEC ATAR

a) Constat

Les visites des lieux et les séances de travail organisées avec le directeur du CHR, le responsable du laboratoire et l'équipe de l'UPEC ont permis de faire le constat suivant :

Points forts et opportunités

- Le médecin de l'UPEC est le référent épidémiologique du CHR ;
- Dépistage de 984 personnes en 2024 et mise sous TAR de cinq (5) patients parmi six (6) dépistés positifs ;
- Conformité du protocole de PEC utilisé par le médecin traitant avec les orientations de La Stratégie Nationale de PEC du Sida ;
- Bonne disponibilité des ARV ;
- Bonnes conditions de stockage de médicaments et produits de santé ;
- Bonne gestion des médicaments et produits de santé ;
- Existence physique du matériel bureautique et informatique livré par Le SENLS.

Points faibles et obstacles

- Présence de registre VIH partiellement renseigné et non lisible ;
- Absence du dossier physique du patient ;
- Absence de rapports ;
- Absence d'outil de rapportage ;
- Absence de la Stratégie Nationale du Dépistage VIH dans la structure ;
- Absence de La Stratégie Nationale de PEC du VIH/Sida dans le bureau du médecin ;
- Absence de l'affichage du protocole de PEC dans le bureau du médecin traitant ;
- Plateforme AMNIR non fonctionnelle ;
- Non-conformité du dépistage de confirmation du statut sérologique avec la SND et celle de PEC du Sida ;
- Occupation du poste de l'assistant social par une personne n'ayant pas le profil adéquat et sans formation spécifique antérieure ;
- Manque de coordination entre les différents staffs de l'UPEC ;

b) Synthèse des risques et recommandations

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
1	Dépistage			
	1.1. Conformité avec la Stratégie Nationale du Dépistage (SND)	<p>1.1.1. Les personnes dépistées positives lors d'un dépistage diagnostic et dans le cadre de la PTME ne sont confirmées qu'après 15 jours en nette contradiction avec les directives de la SND et la SNPS. Ce qui engendre un risque de déperdition de ces personnes nouvellement dépistées positives avant la confirmation de leurs statuts sérologiques.</p> <p>1.1.2. Les 984 cas dépistés par le laboratoire sont des cas issus du dépistage diagnostic ou dans le cadre de la PTME. La SND encourage le dépistage initié par le soignant (DIS) et le dépistage initié par le prestataire (DIP), ce qui n'a pas été pris en considération par les responsables de l'UPEC, notamment les MC et l'infirmier.</p>	<p>Nous recommandons à l'ensemble des soignants et prestataires de services, notamment le responsable de l'UPEC et l'assistant social de prendre connaissance de la SND et de se conformer à elle, notamment la confirmation du statut des cas dépistés positifs le plutôt possible.</p> <p>Le MC de l'UPEC et l'infirmier étant des personnels soignants devraient faire la promotion du dépistage lors des consultations. Nous encourageons les deux staffs de faire la promotion du DIS, conformément à la SND.</p>	<p>PNLS/DCHR</p> <p>DCHR</p>
	1.2. Qualité du dépistage	1.2.1. Sur 984 personnes qui se sont faites dépister (diagnostic et FE), seule six (6) personnes se sont révélées positives. Ce résultat est non cohérent avec les normes du dépistage diagnostic. Malheureusement le laboratoire du CHR ne dispose pas d'informations sur la désagrégation des	Nous recommandons au DCHR de faire le nécessaire pour s'assurer de (i) la désagrégation du dépistage par cible ; (ii) de la qualité des tests et/ou (iii) de leur bonne exploitation par le	DCHR

		données du dépistage par type, permettant de connaître le taux du dépistage diagnostic par rapport au dépistage des FE. Dans l'ensemble, si ce taux de (6/984) est accepté pour les FE dans notre contexte, il nécessiterait une profonde analyse dans le cadre d'un dépistage diagnostic.	personnel du laboratoire.	
2	Prise en charge			
	2.1. Documents normatifs de PEC au niveau de l'UPEC	2.1.1. La Stratégie Nationale de PEC du Sida (SNPS) est le document de référence en matière de PEC du Sida. Son absence au niveau de l'UPEC constitue un risque potentiel sur la qualité de cette PEC.	Le personnel de l'UPEC doit prendre connaissance de ladite Stratégie pour mener à bien la PEC des PVVIH.	PNLS/DCHR
		2.1.2. Le Protocole de PEC est une partie intégrante de la SNPS et doit être affiché au niveau du bureau du médecin traitant. Son absence constitue un risque d'erreurs lors du processus de PEC des PVVIH.	Pour remédier à cette situation, nous recommandons fortement l'affichage du protocole dans le bureau du médecin traitant pour s'orienter dans les différents cas qui peuvent se présenter.	DCHR
		2.1.3. Du fait que la TB constitue la première cause de mortalité chez les PVVIH, les documents normatifs du Sida recommandent la recherche systématique de la TB chez les PVVIH, ce qui n'a pas été le cas. Le risque donc d'une IO impactant la santé du PVVIH est réel.	Il est impératif de rechercher systématiquement la TB chez toutes les PVVIH, conformément à la SNPS.	PNLS/DCHR
		2.1.4. Dans les structures de PEC du Sida, l'assistant social joue un rôle primordial dans le suivi et la rétention des PVVIH dans	A défaut d'avoir un sociologue ou un psychologue, la personne désignée pour ce poste doit	

		les structures. Ce poste doit être réservé à une personne, ayant une formation en sociologie et/ou psychologie ou formée pour occuper ledit poste.	avoir un niveau d'instruction permettant d'être formée, car son poste est de grande importance dans la mesure où il est chargé - entre autres du counseling et du suivi et de la rétention des PVVIH dans les structures de PEC.	PNLS
3	Suivi Evaluation			
	3.1. Complétude des données	3.1.1. Les colonnes du registre sont partiellement renseignées. Le registre VIH est la source principale pour toute information sur le patient. L'utilisation partielle de ses colonnes ne permet pas la collecte de l'information sur le patient, le long du processus de PEC.	Nous vous recommandons fortement de renseigner toutes les colonnes du registre et le faire d'une manière lisible pour qu'on ait une information complète sur le patient. Ces informations sont indispensables pour -entre autres- le suivi biologique du patient, sa rétention et l'efficacité du traitement.	DCHR
	3.2. Dossier physique	3.2.1. Absence du dossier physique du patient. Le dossier physique du patient contient son historique, l'ensemble des analyses et ordonnances. C'est un outil indispensable pour le suivi du patient, facile à exploiter, à classer et à archiver. C'est le gage des informations du patient. Les supports électroniques peuvent être endommagés et/ou impactés par plusieurs	L'utilisation et la bonne tenue du dossier physique du patient est une forte recommandation, qui nécessite d'être prise en considération. Sans une information complète sur le malade, la PEC risque d'être compromise.	DCHR

		effets extérieurs. Le risque de perdre toute l'information sur le patient est réel, ce qui impactera négativement sa PEC.		
	3.3. Rapports périodiques	3.3.1. Le rapportage des activités est l'élément crucial dans le processus de suivi évaluation. Une activité non rapportée est considérée comme non réalisée. Un rapport mensuel devrait être envoyé au SENLS, ce qui n'a pas été le cas. En l'absence des rapports périodiques, Le SENLS prendra note de la non opérationnalité de l'UPEC dans cette période.	Nous vous recommandons de bien rapporter mensuellement vos activités, conformément au canevas mis à votre disposition.	DCHR
	3.4. Plateforme "AMNIR"	3.4.1. Non utilisée. A l'issue d'une séance de travail à distance avec les techniciens d'AMNIR, il a été décidé de rendre la machine à Nouakchott pour son dépannage.	Nous recommandons au DCHR de rendre la machine au SENLS le plutôt possible pour son dépannage.	DCHR
4	Gestion des médicaments et produits médicaux			
	4.1. Disponibilité des ARV(Adultes)	4.1.1. RAS		
	4.2. La mise précoce sous ARV des nouveaux nés	4.2.1. Absence du "Névirapine sirop" dans la pharmacie. Cette forme d'ARV doit être administrée au NN le plus tôt possible (48 heures) après la naissance. Sa non disponibilité à la pharmacie de l'UPEC constitue un risque majeur sur le futur statut sérologique du NN.	Nous recommandons au MC de l'UPEC de faire la commande du produit auprès du SENLS.	DCHR
	4.3. Stockage	4.3.1. RAS		
5	Gestion de l'UPEC			
	5.1. Fonctionnalité des différents staffs	5.1.1. Tout le staff est en place. Toutefois les différentes tâches dans le processus de PEC ne sont pas bien définies,	Le rôle de l'AS et sa place dans le processus de PEC ont été clarifiés lors d'un débriefing	

		particulièrement le rôle de l'assistante sociale (AS). Cette situation a son impact négatif direct sur la qualité de la PEC et sur la rétention des PVVIH dans la structure.	organisé pour le staff de l'UPEC à la fin de la mission. Nous recommandons de former l'AS sur le counseling et le suivi des patients.	DCHR
	5.2. Matériel bureautique & informatique	5.2.1. La totalité du matériel livré est en place.		

3. UPEC de Tidjikja

a) Constat

Les visites des lieux et les séances de travail organisées avec le directeur du CHR, le responsable du laboratoire et l'équipe de l'UPEC ont permis de faire le constat suivant :

Opportunités et points forts

- Dépistage de 1249 personnes en 2024 et mise sous TAR de quatre (4) patients parmi six (6) dépistées positifs ;
- Mise sous traitement précoce de deux (2) nouveaux nés ;
- Conformité du protocole de PEC utilisé par le médecin traitant avec les orientations de La Stratégie Nationale de PEC du Sida ;
- Bonne disponibilité des ARV ;
- Bonnes conditions de stockage de médicaments et produits de santé ;
- Existence physique du matériel bureautique et informatique livré par Le SENLS.

Obstacles et points faibles

- Absence de l'affichage du protocole de PEC dans le bureau du médecin traitant ;
- Absence de la Stratégie Nationale du Dépistage VIH dans la structure ;
- Absence de La Stratégie Nationale de PEC du VIH/Sida dans le bureau du MC ;
- Non-conformité du dépistage de confirmation du statut sérologique avec la SND et celle de PEC du Sida ;
- Registre VIH partiellement renseigné et non lisible ;
- Absence de dossier physique du patient ;
- Absence de rapports ;
- Absence d'outil de rapportage ;
- Plateforme AMNIR non fonctionnelle ;
- Occupation du poste de l'assistant social par une personne n'ayant pas le profil adéquat et sans formation spécifique ;
- Manque de coordination entre les différents staffs de l'UPEC.

b) Synthèse des risques et recommandations

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
1	Dépistage			
	1.1. Conformité avec la Stratégie Nationale du Dépistage (SND)	1.1.1. Les personnes dépistées positives lors d'un dépistage diagnostic et dans le cadre de la PTME ne sont confirmées qu'après 15 jours en contradiction avec La SND et la SNPS. Ici le risque de perdre ces personnes nouvellement dépistées positives avant la confirmation de leurs statuts est réel.	Nous recommandons à l'ensemble des soignants et prestataires de services, notamment le responsable de l'UPEC et l'assistant social de prendre connaissance de La SND et de se conformer à elle, notamment la confirmation du statut des cas dépistés positifs le plutôt possible.	PNLS/DCHR
		1.1.2. Les 1249 cas dépistés par le laboratoire sont des cas issus du dépistage diagnostic ou dans le cadre de la PTME. La SND encourage le dépistage initié par le soignant (DIS) et le dépistage initié par le prestataire (DIP), ce qui n'a pas été pris en considération par les responsables de l'UPEC, notamment les MC et l'infirmier.	Le MC de l'UPEC et l'infirmier devraient faire la promotion du dépistage lors des consultations, ce qui n'est pas le cas. Nous encourageons les deux staffs de faire la promotion du DIS, conformément à la SND.	DCHR
	1.2. Qualité du dépistage	1.2.1. Sur 1249 personnes qui se sont fait dépister (diagnostic et FE), seules six (6) personnes se sont révélées positives. Ce résultat est non cohérent avec les normes du dépistage diagnostic. Malheureusement le laboratoire du CHR ne dispose pas d'informations sur la désagrégation des données du dépistage par cible, permettant de savoir	Nous recommandons au DCHR de faire le nécessaire pour s'assurer de (i) la désagrégation du dépistage par cible ; (ii) de la qualité des tests et/ou (iii) de leur bonne exploitation par le personnel du laboratoire.	DCHR

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		le taux du dépistage diagnostique par rapport au dépistage des FE. Dans l'ensemble, si ce taux de (6/1249) est accepté pour les FE dans notre contexte, il nécessite une profonde analyse dans le cadre d'un dépistage diagnostique.		
2	Prise en charge			
	2.1. Documents normatifs de PEC au niveau de l'UPEC	2.1.1. La Stratégie Nationale de PEC du Sida (SNPS) est le document de référence en matière de PEC du Sida. Son absence au niveau de l'UPEC constitue un risque potentiel pour la qualité de cette PEC.	Le personnel de l'UPEC doit prendre connaissance de ladite Stratégie pour mener à bien la PEC des PVVIH.	PNLS/DCHR
2.1.2. Le Protocole de PEC est une partie intégrante de la SNPS et doit être affiché au niveau du bureau du médecin traitant. Son absence constitue un risque d'erreurs lors du processus de PEC des PVVIH.		Pour remédier à cette situation, nous recommandons fortement l'affichage du protocole dans le bureau du médecin traitant pour s'orienter dans les différents cas qui peuvent se présenter.	DCHR	
2.1.3. Du fait que la TB constitue la première cause de mortalité chez les PVVIH, les documents normatifs du Sida recommandent la recherche systématique de la TB chez les PVVIH, ce qui n'a pas été le cas. Le risque donc d'une IO impactant la santé du PVVIH est réel.		Il est très recommandé de chercher systématiquement la TB chez tous les PVVIH, conformément à la SNPS.	PNLS/DCHR	
2.1.4. Dans les structures de PEC du Sida, l'assistant social joue un rôle primordial dans le suivi et la rétention des PVVIH		A défaut d'avoir un sociologue ou psychologue, la personne désignée pour ce poste doit	PNLS	

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		dans les structures. Ce poste doit être réservé à une personne, ayant une formation en sociologie et/ou psychologie ou formée pour occuper ledit poste.	avoir un niveau d'instruction permettant d'être formée, car son poste est de grande importance dans la mesure où il est chargé - entre autres du counseling, de suivi et de la rétention des PVVIH dans les structures de PEC.	
3	Suivi Evaluation			
	3.1. Complétude des données	3.1.1. Les colonnes du registre sont partiellement renseignées et souvent non lisibles. Le registre VIH est la source principale pour toute information sur le patient. L'utilisation partielle de ces colonnes et la non lisibilité de informations y afférentes ne permettent pas la collecte de l'information complète sur le patient, si nécessaire le long du processus de PEC.	Nous vous recommandons fortement de renseigner toutes les colonnes du registre et le faire d'une manière lisible pour qu'on ait une information complète sur le patient. Ces informations sont indispensables pour - entre autres- le suivi biologique du patient, sa rétention et l'efficacité du traitement.	DCHR
	3.2. Dossier physique	3.2.1. Absence du dossier physique du patient. Le dossier physique du patient contient son historique, l'ensemble des analyses et ordonnances. C'est un outil indispensable pour le suivi du patient, facile à exploiter, à classer et à archiver. C'est le gage des informations du patient. Les supports électroniques peuvent être endommagés et/ou impactés par plusieurs	L'utilisation et la bonne tenue du dossier physique du patient est une forte recommandation, qui nécessite d'être prise en haute considération. Sans une information complète sur le malade, la PEC risque de ne pas être optimisée.	DCHR

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		effets extérieurs. Le risque de perdre toute l'information sur le patient est réel, ce qui impactera négativement sa PEC.		
	3.3. Rapports périodiques	3.3.1. Le rapportage des activités est l'élément crucial dans le processus de suivi évaluation. Une activité non rapportée est considérée comme non réalisée. Un rapport mensuel devrait être envoyé au SENLS, ce qui n'a pas été le cas. En l'absence des rapports périodiques, Le SENLS prendra note de la non opérationnalité de l'UPEC dans cette période.	Nous vous recommandons de bien rapporter mensuellement vos activités, conformément au canevas mis à votre disposition.	DCHR
	3.4. Plateforme "AMNIR"	3.4.1. Non opérationnelle. A l'issue d'une séance de travail à distance avec les techniciens d'ITERLINK, le MC de l'UPEC ont su travailler sur le logiciel.		
4	Gestion des médicaments et produits médicaux			
	4.1. Disponibilité des ARV(Adultes)	4.1.1. RAS		
	4.2. La mise précoce sous ARV des nouveaux nés	4.2.1. Absence de "Névirapine sirop" dans la pharmacie. Cette forme d'ARV doit être administrée au NN le plus tôt possible (48 heures) après la naissance. Sa non disponibilité à la pharmacie de l'UPEC constitue un risque sur le futur statut sérologique du NN.	Nous recommandons au MC de l'UPEC de faire la commande du produit auprès du SENLS.	DCHR
	4.3. Stockage	4.3.1. RAS		
5	Gestion de l'UPEC			
	5.1. Fonctionnalité des différents staffs	5.1.1. Tout le staff est en place. Toutefois les	Le rôle de l'AS et sa place dans le	DCHR

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		différentes tâches dans le processus de PEC ne sont pas bien définies, particulièrement le rôle de l'assistant social (AS). Cette situation a son impact négatif direct sur la qualité de la PEC et sur la rétention des PVVIH dans la structure.	processus de PEC ont été clarifiés lors d'un débriefing organisé pour le staff de l'UPEC à la fin de la mission. Nous recommandons de former l'AS sur le counseling et le suivi des patients.	
	5.2. Matériel bureautique & informatique	5.2.1. Le matériel livré en 2023 par le SENLS est en place, mais le bureau est cassé.	Il est recommandé au DCHR de réparer le bureau ; Ce matériel appartient au FM et il est sous haute surveillance.	DCHR

4. Selibaby

a) Constat

Les visites des lieux et les séances de travail organisées avec le directeur du CHR, le responsable de l'UPEC et l'équipe de l'UPEC ont permis de faire le constat suivant :

Points forts et opportunités

- 19 personnes ont été dépistées positives et ont commencé les ARV (dont 2 décédées) ;
- En plus, 08 anciens patients ont été transférés à cette UPEC avec leurs codes du CTA et UPEC de Kaédi ;
- Conformité du protocole de PEC utilisé par le médecin traitant avec les orientations de La Stratégie Nationale de PEC du Sida ;
- Bonne disponibilité des ARV ;
- Bonne gestion et bonnes conditions de stockage de médicaments et produits de santé ;
- Existence physique du matériel bureautique et informatique livré par Le SENLS.

Points faibles et obstacles

- AMNIR n'a jamais été utilisé depuis son installation
- Absence des registres de dépistage VIH au niveau du laboratoire de l'hôpital
- Le registre de PEC utilisé (au lieu de AMNIR) est partiellement renseigné ;
- Absence du dossier physique du patient ;
- Absence de rapports ;
- Absence d'outil de rapportage ;
- Absence de la Stratégie Nationale du Dépistage VIH dans la structure ;
- Absence de La Stratégie Nationale de PEC du VIH/Sida dans le bureau du médecin ;
- Absence de l'affichage du protocole de PEC dans le bureau du médecin traitant ;

- Non-conformité du dépistage de confirmation du statut sérologique avec la SND et celle de PEC du Sida ;

b) Synthèse des risques et recommandations

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
1	Dépistage			
	1.1. Conformité avec la Stratégie Nationale du Dépistage (SND)	1.1.1. Les personnes dépistées positives lors d'un dépistage diagnostic et dans le cadre de la PTME ne sont confirmées qu'après 15 jours en contradiction avec La SND et la SNPS. Ici le risque de perdre ces personnes nouvellement dépistées positives avant la confirmation de leurs statuts est réel.	Nous recommandons à l'ensemble des soignants et prestataires de services, notamment le responsable de l'UPEC et l'assistant social de prendre connaissance de La SND et de se conformer à elle, notamment la confirmation du statut des cas dépistés positifs le plutôt possible.	PNLS/DCHR
	1.2. Qualité du dépistage	1.2.1 Les données sur le dépistage au niveau du laboratoire ne sont pas récupérables au niveau du registre, ce qui empêche de pouvoir vérifier les données (nombre total de dépistage, nombre de tests positifs). Ceci impact la qualité des données sur le dépistage dans cette UPEC.	Il est recommandé de tenir un registre spécial pour le dépistage VIH ou à défaut d'inclure les résultats des tests dans le registre commun tout en signalant les résultats positifs en rouge.	DCHR
2	Prise en charge			
	2.1. Documents normatifs de PEC au niveau de l'UPEC	2.1.1. La Stratégie Nationale de PEC du Sida (SNPS) est le document de référence en matière de PEC du Sida. Son absence au niveau de l'UPEC constitue un risque potentiel sur la qualité de cette PEC.	Le personnel de l'UPEC doit prendre connaissance de ladite Stratégie pour mener à bien la PEC des PVVIH.	PNLS/DCHR
		2.1.2. Le Protocole de PEC est une partie intégrante de la SNPS et doit être affiché au niveau du bureau du	Pour remédier à cette situation, nous recommandons fortement l'affichage	

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		médecin traitant. Son absence constitue un risque d'erreurs lors du processus de PEC des PVVIH.	du protocole dans le bureau du médecin traitant pour s'orienter dans les différents cas qui peuvent se présenter.	DCHR
		2.1.3. Dans les structures de PEC du Sida, l'assistant social joue un rôle primordial dans le suivi et la rétention des PVVIH dans les structures. Ce poste doit être réservé à une personne, ayant une formation en sociologie et/ou psychologie ou formée pour occuper ledit poste.	A défaut d'avoir un sociologue ou un psychologue, la personne désignée pour ce poste doit avoir un niveau d'instruction permettant d'être formée, car son poste est de grande importance dans la mesure où il est chargé - entre autres du counseling et du suivi et de la rétention des PVVIH dans les structures de PEC.	PNLS/DCHR
3	Suivi Evaluation			
	3.1. Complétude des données	3.1.1. Les colonnes du registre sont partiellement renseignées (surtout pour la date de la dernière prescription ARV). Le registre VIH est la source principale pour toute information sur le patient. L'utilisation partielle de ses colonnes ne permet pas la collecte de l'information sur le patient, le long du processus de PEC.	Nous vous recommandons fortement de renseigner toutes les colonnes du registre et le faire d'une manière lisible pour qu'on ait une information complète sur le patient. Ces informations sont indispensables pour - entre autres- le suivi biologique du patient, sa rétention et l'efficacité du traitement.	DCHR
	3.2. Dossier physique	3.2.1. Absence du dossier physique du patient. Le dossier physique du patient contient son historique, l'ensemble des analyses et	L'utilisation et la bonne tenue du dossier physique du patient est une forte recommandation, qui	DCHR

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		ordonnances. C'est un outil indispensable pour le suivi du patient, facile à exploiter, à classer et à archiver. C'est le gage des informations du patient. Les supports électroniques peuvent être endommagés et/ou impactés par plusieurs effets extérieurs. Le risque de perdre toute l'information sur le patient est réel, ce qui impactera négativement sa PEC.	nécessite d'être prise en considération. Sans une information complète sur le malade, la PEC risque d'être compromise.	
	3.3. Rapports périodiques	3.3.1. Le rapportage des activités est l'élément crucial dans le processus de suivi évaluation. Une activité non rapportée est considérée comme non réalisée. Un rapport mensuel devrait être envoyé au SENLS, ce qui n'a pas été le cas. En l'absence des rapports périodiques, Le SENLS prendra note du non opérationnalité de l'UPEC dans cette période.	Nous vous recommandons de bien rapporter mensuellement vos activités, conformément au canevas mis à votre disposition.	DCHR
	3.4. Plateforme "AMNIR"	3.4.1. Non utilisée. La non utilisation d'AMNIR est un signe d'arrêt du travail de l'UPEC !	Nous avons recommandé de tenir le logiciel connecté et à jour lors de chaque passage d'un patient et de faire des sauvegardes mensuelles.	DCHR
4	Gestion des médicaments et produits médicaux			
	4.1. Disponibilité des ARV(Adultes)	4.1. RAS		
	4.2. La mise précoce sous ARV des nouveaux nés	4.2. RAS		
	4.3. Stockage	4.3. RAS		
5	Gestion de l'UPEC			
	5.1. Fonctionnalité des différents staffs	5.1.1. Tout le staff est en place. Toutefois les	Nous recommandons de former l'AS sur le	

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		différentes tâches dans le processus de PEC ne sont pas bien définies, particulièrement le rôle de l'assistante sociale (AS) et de l'infirmier. Cette situation a son impact négatif direct sur la qualité de la PEC et sur la rétention des PVVIH dans la structure.	counseling et le suivi des patients. L'infirmier doit aussi être capable de remplacer le médecin dans la tenue à jour du logiciel AMNIR.	DCHR
	5.2. Matériel bureautique & informatique	5.2.1. La totalité du matériel livré est en place.		

5. Aleg

a) Constat

Les visites des lieux et les séances de travail organisées avec le gestionnaire du CHR, le responsable de l'UPEC et l'équipe de l'UPEC, ont permis de faire le constat suivant :

Points forts et opportunités

- 06 personnes ont été dépistées positives et ont commencé les ARV (dont 1 décédée) ;
- En plus, 04 anciens patients ont été transférés du CTA à cette UPEC avec leurs codes ;
- Conformité du protocole de PEC utilisé par le médecin traitant avec les orientations de La Stratégie Nationale de PEC du Sida ;
- Bonnes conditions de stockage de médicaments et produits de santé ;
- Existence physique du matériel bureautique et informatique livré par Le SENLS.

Points faibles et obstacles

- AMNIR n'a jamais été utilisé depuis son installation ;
- Absence des registres de dépistage VIH au niveau du laboratoire de l'hôpital ;
- Le registre de PEC utilisé (au lieu de AMNIR) est partiellement renseigné ;
- Les ARV et les réactifs de dépistage (1^{er} et 2^{ème} test) sont en rupture ;
- Le médecin ne connaît pas le circuit d'approvisionnement en intrants VIH ;
- Absence du dossier physique du patient ;
- Absence de rapports ;
- Absence d'outil de rapportage ;
- Absence de la Stratégie Nationale du Dépistage VIH dans la structure ;
- Absence de La Stratégie Nationale de PEC du VIH/Sida dans le bureau du médecin ;
- Absence de l'affichage du protocole de PEC dans le bureau du médecin traitant ;

- Non-conformité du dépistage de confirmation du statut sérologique avec la SND et celle de PEC du Sida ;

b) Synthèse des risques et recommandations

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
1	Dépistage			
	1.1. Conformité avec la Stratégie Nationale du Dépistage (SND)	1.1.1. Les personnes dépistées positives lors d'un dépistage diagnostic et dans le cadre de la PTME ne sont confirmées qu'après 15 jours en contradiction avec La SND et la SNPS. Ici le risque de perdre ces personnes nouvellement dépistées positives avant la confirmation de leurs statuts est réel.	Nous recommandons à l'ensemble des soignants et prestataires de services, notamment le responsable de l'UPEC et l'assistant social de prendre connaissance de La SND et de se conformer à elle, notamment la confirmation du statut des cas dépistés positifs le plutôt possible.	PNLS/DCHR
	1.2. Qualité du dépistage	1.2.1 Les données sur le dépistage au niveau du laboratoire ne sont pas récupérables au niveau du registre, ce qui empêche de pouvoir vérifier les données (nombre total de dépistage, nombre de tests positifs). Ceci impact la qualité des données sur le dépistage dans cette UPEC.	Il est recommandé de tenir un registre spécial pour le dépistage VIH ou à défaut d'inclure les résultats des tests dans le registre commun tout en signalant les résultats positifs en rouge.	DCHR
2	Prise en charge			
	2.1. Documents normatifs de PEC au niveau de l'UPEC	2.1.1. La Stratégie Nationale de PEC du Sida (SNPS) est le document de référence en matière de PEC du Sida. Son absence au niveau de l'UPEC constitue un risque potentiel sur la qualité de cette PEC.	Le personnel de l'UPEC doit prendre connaissance de ladite Stratégie pour mener à bien la PEC des PVVIH.	PNLS/DCHR
		2.1.2. Le Protocole de PEC est une partie intégrante de la SNPS et doit être affiché	Pour remédier à cette situation, nous recommandons	

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		au niveau du bureau du médecin traitant. Son absence constitue un risque d'erreurs lors du processus de PEC des PVVIH.	fortement l'affichage du protocole dans le bureau du médecin traitant pour s'orienter dans les différents cas qui peuvent se présenter.	DCHR
3	Suivi Evaluation			
	3.1. Complétude des données	3.1.1. Les colonnes du registre sont partiellement renseignées (surtout pour la date de la dernière prescription ARV). Le registre VIH est la source principale pour toute information sur le patient. L'utilisation partielle de ses colonnes ne permet pas la collecte de l'information sur le patient, le long du processus de PEC.	Nous vous recommandons fortement de renseigner toutes les colonnes du registre et le faire d'une manière lisible pour qu'on ait une information complète sur le patient. Ces informations sont indispensables pour -entre autres- le suivi biologique du patient, sa rétention et l'efficacité du traitement.	DCHR
	3.2. Dossier physique	3.2.1. Absence du dossier physique du patient. Le dossier physique du patient contient son historique, l'ensemble des analyses et ordonnances. C'est un outil indispensable pour le suivi du patient, facile à exploiter, à classer et à archiver. C'est le gage des informations du patient. Les supports électroniques peuvent être endommagés et/ou impactés par plusieurs effets extérieurs. Le risque de perdre toute l'information sur le patient	L'utilisation et la bonne tenue du dossier physique du patient est une forte recommandation, qui nécessite d'être prise en considération. Sans une information complète sur le malade, la PEC risque d'être compromise.	DCHR

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
		est réel, ce qui impactera négativement sa PEC.		
	3.3. Rapports périodiques	3.3.1. Absence du rapport périodique. Le rapportage des activités est l'élément crucial dans le processus de suivi évaluation. Une activité non rapportée est considérée comme non réalisée. Un rapport mensuel devrait être envoyé au SENLS, ce qui n'a pas été le cas. En l'absence des rapports périodiques, Le SENLS prendra note du non opérationnalité de l'UPEC dans cette période.	Nous vous recommandons de bien rapporter mensuellement vos activités, conformément au canevas mis à votre disposition.	DCHR
	3.4. Plateforme "AMNIR"	3.4.1. Non utilisée. La non utilisation d'AMNIR est un signe d'arrêt du travail de l'UPEC !	Nous avons recommandé de tenir le logiciel connecté et à jour lors de chaque passage d'un patient et de faire des sauvegardes mensuelles.	DCHR
4	Gestion des médicaments et produits médicaux			
	4.1. Disponibilité des ARV(Adultes)	4.1.1. Les ARV et les réactifs de dépistage (1 ^{er} et 2 ^{ém} test) sont en rupture.	Nous recommandons de prendre contact en urgence avec le département GAS du SENLS pour l'approvisionnement des ARV	DCHR
	4.2. La mise précoce sous ARV des nouveaux nés	4.2.1. Absence du "Névirapine sirop" dans la pharmacie. Cette forme d'ARV doit être administrée au NN le plus tôt possible (48 heures) après la naissance. Sa non disponibilité à la pharmacie de l'UPEC constitue un risque majeur sur le futur statut sérologique du NN.	Nous recommandons au MC de l'UPEC de faire la commande du produit auprès du SENLS.	DCHR

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
	4.3. Stockage	4.3.1. RAS		
5	Gestion de l'UPEC			
	5.1. Fonctionnalité des différents staffs	5.1.1. Tout le staff est en place. Toutefois les différentes tâches dans le processus de PEC ne sont pas bien définies, particulièrement le rôle de l'assistante sociale (AS) et de l'infirmier. Cette situation a son impact négatif direct sur la qualité de la PEC et sur la rétention des PVVIH dans la structure.	Nous recommandons de former l'AS sur le counseling et le suivi des patients. L'infirmier doit aussi être capable de remplacer le médecin dans la tenue à jour du logiciel AMNIR.	DCHR
	5.2. Matériel bureautique & informatique	5.2.1. La totalité du matériel livré est en place.		

6. Aioun

a) Constat

Les visites des lieux et les séances de travail organisées avec le DCHR, le laborantin (délégué par le médecin responsable de l'UPEC pour assurer son intérim) et l'équipe de l'UPEC ont permis de faire les constats suivants :

Points forts et opportunités

- 07 personnes ont été dépistées positives et ont commencé les ARV ;
- En plus, 08 anciens patients ont été transférés à cette UPEC avec leurs codes à partir du CTA et l'UPEC de NDB ;
- Conformité du protocole de PEC utilisé par le médecin traitant avec les orientations de La Stratégie Nationale de PEC du Sida ;
- Bonne gestion et bonnes conditions de stockage de médicaments et produits de santé ;
- Existence physique du matériel bureautique et informatique livré par Le SENLS.

Points faibles et obstacles

- AMNIR n'a jamais été utilisé depuis son installation ;
- Absence des registres de dépistage VIH au niveau du laboratoire de l'hôpital ;
- Le registre de PEC utilisé (au lieu de AMNIR) est partiellement renseigné ;
- Les ARV sont en pré-rupture (une seule boîte de 30 cp et une seule boîte de 90 cp)
- Absence du dossier physique du patient ;

- Absence de rapports ;
- Absence d’outil de rapportage ;
- Absence de la Stratégie Nationale du Dépistage VIH dans la structure ;
- Absence de La Stratégie Nationale de PEC du VIH/Sida dans le bureau du médecin ;
- Absence de l’affichage du protocole de PEC dans le bureau du médecin traitant ;
- Non-conformité du dépistage de confirmation du statut sérologique avec la SND et celle de PEC du Sida ;

b) Synthèse des risques et recommandations

N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
1	Dépistage			
	1.1. Conformité avec la Stratégie Nationale du Dépistage (SND)	1.1.1. Les personnes dépistées positives lors d’un dépistage diagnostic et dans le cadre de la PTME ne sont confirmées qu’après 15 jours en contradiction avec La SND et la SNPS. Ici le risque de perdre ces personnes nouvellement dépistées positives avant la confirmation de leurs statuts est réel.	Nous recommandons à l’ensemble des soignants et prestataires de services, notamment le responsable de l’UPEC et l’assistant social de prendre connaissance de La SND et de se conformer à elle, notamment la confirmation du statut des cas dépistés positifs le plutôt possible.	PNLS/DCHR
	1.2. Qualité du dépistage	1.2.1 Les données sur le dépistage au niveau du laboratoire ne sont pas récupérables au niveau du registre, ce qui empêche de pouvoir vérifier les données (nombre total de dépistage, nombre de tests positifs). Ceci impact la qualité des données sur le dépistage dans cette UPEC.	Il est recommandé de tenir un registre spécial pour le dépistage VIH ou à défaut d’inclure les résultats des tests dans le registre commun tout en signalant les résultats positifs en rouge.	DCHR
N°	Aspects à évaluer	Risques potentiels	Recommandations	Responsable
2	Prise en charge			
	2.1. Documents normatifs de PEC au niveau de l’UPEC	2.1.1. La Stratégie Nationale de PEC du Sida (SNPS) est le document de référence en matière de PEC du Sida. Son absence au niveau de	Le personnel de l’UPEC doit prendre connaissance de ladite Stratégie pour	PNLS/DCHR

		l'UPEC constitue un risque potentiel sur la qualité de cette PEC.	mener à bien la PEC des PVVIH.	
		2.1.2. Le Protocole de PEC est une partie intégrante de la SNPS et doit être affiché au niveau du bureau du médecin traitant. Son absence constitue un risque d'erreurs lors du processus de PEC des PVVIH.	Pour remédier à cette situation, nous recommandons fortement l'affichage du protocole dans le bureau du médecin traitant pour s'orienter dans les différents cas qui peuvent se présenter.	DCHR
		2.1.3. Dans les structures de PEC du Sida, l'assistant social joue un rôle primordial dans le suivi et la rétention des PVVIH dans les structures. Ce poste doit être réservé à une personne, ayant une formation en sociologie et/ou psychologie ou formée pour occuper ledit poste.	A défaut d'avoir un sociologue ou un psychologue, la personne désignée pour ce poste doit avoir un niveau d'instruction permettant d'être formée, car son poste est de grande importance dans la mesure où il est chargé - entre autres du counseling et du suivi et de la rétention des PVVIH dans les structures de PEC.	PNLS
3	Suivi Evaluation			
	3.1. Complétude des données	3.1.1. Les colonnes du registre sont partiellement renseignées (surtout pour la date de la dernière prescription ARV). Le registre VIH est la source principale pour toute information sur le patient. L'utilisation partielle de ses colonnes ne permet pas la collecte de l'information sur le patient, le long du processus de PEC.	Nous vous recommandons fortement de renseigner toutes les colonnes du registre et le faire d'une manière lisible pour qu'on ait une information complète sur le patient. Ces informations sont indispensables pour -entre autres-	DCHR

			le suivi biologique du patient, sa rétention et l'efficacité du traitement.	
	3.2. Dossier physique	3.2.1. Absence du dossier physique du patient. Le dossier physique du patient contient son historique, l'ensemble des analyses et ordonnances. C'est un outil indispensable pour le suivi du patient, facile à exploiter, à classer et à archiver. C'est le gage des informations du patient. Les supports électroniques peuvent être endommagés et/ou impactés par plusieurs effets extérieurs. Le risque de perdre toute l'information sur le patient est réel, ce qui impactera négativement sa PEC.	L'utilisation et la bonne tenue du dossier physique du patient est une forte recommandation, qui nécessite d'être prise en considération. Sans une information complète sur le malade, la PEC risque d'être compromise.	DCHR
	3.3. Rapports périodiques	3.3.1. Le rapportage des activités est l'élément crucial dans le processus de suivi évaluation. Une activité non rapportée est considérée comme non réalisée. Un rapport mensuel devrait être envoyé au SENLS, ce qui n'a pas été le cas. En l'absence des rapports périodiques, Le SENLS prendra note du non opérationnalité de l'UPEC dans cette période.	Nous vous recommandons de bien rapporter mensuellement vos activités, conformément au canevas mis à votre disposition.	DCHR
	3.4. Plateforme "AMNIR"	3.4.1. Non utilisée. La non utilisation d'AMNIR est un signe d'arrêt du travail de l'UPEC !	Nous avons recommandé de tenir le logiciel connecté et à jour lors de chaque passage d'un patient et de faire des sauvegardes mensuelles.	DCHR
4	Gestion des médicaments et produits médicaux			

	4.1. Disponibilité des ARV(Adultes)	4.1.1. L'inventaire montre que les ARV sont en pré-rupture (une seule boîte de 30 cp et une seule boîte de 90 cp)	Nous recommandons de prendre contact en urgence avec le département GAS du SENLS pour l'approvisionnement des ARV	DCHR
	4.2. La mise précoce sous ARV des nouveaux nés	4.2.1. Absence du "Névirapine sirop" dans la pharmacie. Cette forme d'ARV doit être administrée au NN le plus tôt possible (48 heures) après la naissance. La non disponibilité à la pharmacie de l'UPEC constitue un risque majeur sur le futur statut sérologique du NN.	Nous recommandons au MC de l'UPEC de faire la commande du produit auprès du SENLS.	DCHR
	4.3. Stockage	4.3.1. RAS		
5	Gestion de l'UPEC			
	5.1. Fonctionnalité des différents staffs	5.1.1. Tout le staff est en place (excepté le médecin qui était en déplacement à Tiguint pour une formation) place). Toutefois les différentes tâches dans le processus de PEC ne sont pas bien définies, particulièrement le rôle de l'assistante sociale (AS) et de l'infirmier. Cette situation a son impact négatif direct sur la qualité de la PEC et sur la rétention des PVVIH dans la structure.	Nous recommandons de former l'AS sur le counseling et le suivi des patients. L'infirmier doit aussi être capable de remplacer le médecin dans la tenue à jour du logiciel Amnir.	DCHR
	5.2. Matériel bureautique & informatique	5.2.1. La totalité du matériel livré est en place.		

V. Echelle de notation

Critère d'évaluation	Unité de prise en charge (UPEC)					
	Akjoujt	Atar	Tidjikja	Sélibabi	Aioune	Aleg

Dépistage						
Conformité avec la Stratégie Nationale du Dépistage (SND)	2	2	2	2	4	2
Qualité du dépistage	6	6	6	2	4	2
Prise en charge						
Existence des documents normatifs du Sida sous mains	2	2	2	2	2	2
Gestion de la coïnfection TB/VIH	2	2	2	2	2	8
Suivi évaluation						
Complétude des données	4	2	2	4	6	4
Périodicité du rapportage des données	2	2	2	2	2	2
Gestion des produits pharmaceutiques						
Disponibilité des ARV	6	6	6	10	6	2
Stockages et gestion des produits de santé	10	6	10	8	2	2
Gestion de l'UPEC						
Etat du matériel livré par le SENLS	4	6	6	4	10	10
Implication de l'ensemble du personnel	6	6	6	6	6	6
Total	36	40	44	42	44	40

Cette évaluation des UPEC nouvellement mises en place a permis aux équipes de faire le constat sur le niveau d'opérationnalité de ces unités et d'identifier leurs points forts et leurs points faibles afin d'améliorer le processus de PEC des PVVIH.

Il est constaté que, malgré la disponibilité du personnel ainsi que des équipements et intrants dans la plupart des UPEC, la qualité du dépistage, celles de la PEC des PVVIH et du rapportage des données, connaissent encore d'importantes lacunes. En effet les notes globales de ces UPEC se situent entre 36 et 44 points et ces six unités se retrouvent donc dans la zone "Non satisfaisant".

VI. Recommandations générales

En rappel, les UPEC se doivent de proposer une prise en charge globale des PVVIH, comprenant le dépistage, le suivi clinique et biologique, la dispensation des médicaments (antirétroviraux), les consultations d'éducation thérapeutique et d'observance au traitement, le suivi psychosocial, le soutien nutritionnel et l'accompagnement communautaire. Par ailleurs, elles doivent développer des activités de surveillance épidémiologique et remplir le rôle de référence au niveau régional.

A la lumière des constats relevés plus haut, il y'a lieu de souligner la nécessité que le MS et le PNLS en particulier doivent veiller à ce que les UPEC soient complètement intégrées dans les CHR et bénéficier des opportunités du système de santé tout en proposant les services en relation avec la PEC globale du Sida.

Aussi, l'équipe formule les recommandations suivantes :

Recommandations	Institution/Structure
1. Recycler les équipes sur le dépistage, la PEC et le suivi des PVVIH	SENLS/PNLS
2. Former les assistants sociaux sur le counseling et le suivi des PVVIH	SENLS/PNLS
3. Multiplier les supervisions formatives aux UPEC pour s'assurer de la prise de conscience des recommandations actuelles	SENLS/PNLS
4. Renforcer la collaboration entre les UPEC et le CDT dans les hôpitaux régionaux	PNLS/PNLT
5. Elaborer et MEO un outil de suivi des actuelles recommandations	SENLS/PNLS
6. Créer un groupe WhatsApp pour échanger de l'information, dont les membres sont : le CTA, les 15 UPEC, le PNLS, le DCR/VH (SENLS) et le DPSE (SENLS)	DCR/VIH
7. Refaire l'évaluation tous les ans.	SENLS/PNLS
8. Réviser les Contrats pour mettre en avant la performance	SENLS

Equipe de rédaction :

MSc. Lemrabott Elghassem Mohamed Mahmoud (CDCRVIH) ;

Dr. Abdallahi M'Hamed Sidi (CSEVIH).