



Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau



ESTHER

Rapport de Mission

ENTRAIDE SANTE 92

Mission réalisée du
3 au 7 octobre 2010

ENTRAIDE SANTE 92 et GERES

Hôpital National (HNN) et
Centre de traitement ambulatoire (CTA)
Niamey - NIGER -

Pour Entraide Santé 92 :

Pour le Geres :

Emmanuelle Capron, infirmière,
CHU Raymond Poincaré, 92 Garches

Elisabeth BOUVET, médecin, PUPH
CHU Claude Bernard Bichat, 75 Paris

Pierre De Truchis, médecin, PH,
CHU Raymond Poincaré, 92 Garches

Isabelle Lolom, biohygiéniste
CHU Claude Bernard Bichat, 75 Paris

Véronique Friocourt, technicienne laboratoire
CHU Ambroise Paré, 92 boulogne

Philippe GENET, médecin
Hôpital 93, Argentueil

Elisabeth Rouveix, médecin PUPH
CHU Ambroise Paré, 92 Boulogne



ENTRAIDE SANTE 92 RAPPORT DE MISSION NIAMEY 3 au 7 octobre 2010

RESUME : Les objectifs de cette mission, réalisée par 3 médecins, 1 infirmière et 1 technicienne de laboratoire, avec également 2 membres du GERES (1 médecin et 1 biohygieniste), et des représentants d'ESTHER étaient multiples et Les membres de la mission ont pu, selon leurs compétences et les besoins, participer aux actions D'ES92 et à celles du GERES :

1. Compagnonnage : il a surtout concerné le CTA, où l'on constate des difficultés de fonctionnement (toujours pas d'automate de biochimie, gestion du projet Esther difficile suite au départ de la gestionnaire, règles d'hygiène à réévaluer, exigüité des locaux eu égard à la file active en augmentation). A cela s'ajoute l'absence de réalisation des charges Virales au NIGER depuis presque un an, l'annonce du départ imminent du médecin chef et probablement d'autres personnels du CTA, et les changements de gouvernement survenus en début d'année 2010 ce qui fait que les promesses de soutien du CTA par le ministère ne sont plus certaines.

Un médecin et un infirmier du CTA doivent venir en stage à paris en novembre prochain ;

2. Atelier de formation tuberculose (STOPTB) : 25 participants, tous acteurs de la prise en charge de la TB, issus des 8 régions du NIGER et en présence de représentants du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), du centre national de lutte contre le TB (CNAT) et du laboratoire de référence.

Réalisé sur 3 jours : 1 journée de mises au point théoriques et 2 jours d'ateliers sur :

- la coinfection VIH/TB,
- la multiresistance et
- les formes pédiatriques de TB

Cet atelier a permis de mettre à jour certaines difficultés de d'énoncer des recommandations (résumées ci-dessous) qui doivent encore faire l'objet de validations officielles, principalement dans le domaine de la coinfection VIH/TB, eu égard aux recommandations nationales 2010 de prise en charge de la TB et des difficultés énoncées pendant l'atelier

3. Atelier de travail sur le projet ESTHER NIGER 2011 2012

Des représentants de toutes les structures partenaires étaient réunies pendant 2 jours : ESTHER, ES92, GERES, HNN, CTA, GAZOBY, AGADEZ et TAHOUA ainsi que des représentants du collectif des associations de PVVIH.

Des travaux en groupe ont permis de rédiger les 4 axes de partenariat Esther qui avaient été préalablement identifiés comme devant faire l'objet du partenariat ESTHER:

- Evaluation de la Prise en charge thérapeutique par ARV et accès aux deuxièmes lignes de traitement dans les sites de partenariat ESTHER
- Prise en charge pluridisciplinaire des femmes enceintes VIH+ et le suivi de leurs Enfants dans un programme d'allaitement protégé : Mise en place d'une cohorte couple Mère Enfant à Niamey (Gazoby / HNN)
- AES et Sécurité des patients et des soignants (prévention de la TB en milieu de soins)
- Accompagnement social et soutien psychologique des patients en situation de vulnérabilité en vue d'une réduction du taux de perdus de vue

4. Accompagnement et suivi des actions GERES à l'HNN : évaluation du matériel de sécurité de prélèvement veineux à l'hôpital National de Niamey.



Ensemble pour une **S**olidarité **T**hérapeutique **H**ospitalière **E**n **R**éseau



En RESUME : Les 10 recommandations du groupe de travail Coinfection VIH-Tuberculose émises lors de l'Atelier Stop TB/ESTHER Niamey 4-6 octobre 2010

1. Dépistage de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH

- Pour tout patient VIH+ ayant des signes de tuberculose et ce quel que soit le nombre de CD4.
- En l'absence de preuve microbiologique ou radiologique le traitement présomptif de la tuberculose sera discuté en staff multidisciplinaire (CDT+médecins prescripteurs d'ARV)

2. Dépistage systématique du VIH chez les patients ayant une tuberculose

- mise à disposition des tests de dépistage sérologie VIH (test rapide sur sang total) dans tous les CDT et formation des agents des CDT.

3. Traitement et suivi de la TB chez les patients coinfectés VIH

- disponibilité des médicaments antiTB au niveau des sites de prescription ARV dans la région de Niamey.
- Discuter les cas de tuberculose/VIH BK- lors de réunions formalisées multidisciplinaires (médecins de lutte anti TB et médecins prescripteurs antirétroviraux).
- déclaration aux points focaux PNLT au niveau régional les cas de patients traités par les prescripteurs d'ARV

4. Traitement antirétroviral (ARV) associé au traitement antituberculeux

- mise à disposition du cotrimoxazole dans les CDT
- Le traitement antirétroviral sera débuté 15 jours après le début des antituberculeux par AZT+3TC+ Efavirenz et En cas d'intolérance à l'efavirenz, éventuellement AZT+3TC+Abacavir
- Staff multidisciplinaire
- décentralisation de la prescription des ARV dans tous les districts

5. Cas particuliers des enfants.

- Tubage gastrique pour examen direct du liquide gastrique
- Traitement présomptif si la clinique est en faveur d'une tuberculose.
- Assurer la disponibilité des formes pédiatriques d'anti TB au niveau des hôpitaux nationaux, régionaux et des districts.

6. Evaluation et prise en charge de la tuberculose résistante.

- L'infection VIH est un des facteurs de risque
- cultures en cas de persistance d'un examen direct positif sous traitement selon algorithme.

7. Prévention de la transmission dans les lieux de soin

- diagnostic précoce de tuberculose et mise en route rapide d'un traitement antituberculeux
- Isolement du patient si possible ou Regroupement des patients contagieux (Aération des locaux
- Information et éducation des patients et des personnels soignants
- Port d'un masque (« chirurgical ») par le patient et par le personnel (masque de protection respiratoire)

8. Enquête autour d'un cas

la connaissance d'un contact tuberculeux d'une personne VIH+ doit conduire à rechercher des signes de tuberculose et à initier un éventuel traitement curatif.

9. Circuit du patient

a) Patient ayant une tuberculose diagnostiquée dans un CDT :

- au CDT et/ou DOTS: Initiation du TT antituberculose , Proposition de dépistage VIH et Réalisation du test rapide de dépistage et du test de confirmation
- Initiation du Cotrimoxazole
- Bilan et suivi VIH selon les modalités habituelles du centre : au CDT de districts si possible, Dans le cas contraire : au centre prescripteur d'ARV avec une fiche de référence/contre référence de coinfection VIH/TB.

b) En cas de découverte d'une tuberculose chez un patient infecté par le VIH :

- initiation du TT Antituberculose par le médecin prescripteur d'ARV, adaptation du TT antirétroviral et déclaration du cas au point focal Tuberculose

10. Nécessité d'une étroite collaboration entre les programmes nationaux de lutte anti TB et de lutte contre le VIH/sida et la mise en place d'un comité mixte de suivi



I. OBJECTIFS DE LA MISSION

Les objectifs de cette mission, réalisée avec le GERES, étaient multiples :

- compagnonnage,
- atelier de formation tuberculose (STOPTB),
- atelier de travail sur le projet ESTHER NIGER 2011 2012
- Suivi des actions GERES (évaluation du matériel de sécurité à l'hôpital National de Niamey)

Les membres de la mission ont pu, selon leurs compétences et les besoins, participer aux actions D'ES92 et à celles du GERES.

II. ACTIVITES AU CTA

Compagnonnage infirmier :

A ce jour : 3450 dossiers patients ont été ouverts
1498 patients sont sous traitement ARV (*annexe 1*)
214 patients traités sont considérés comme perdus de vue

Trois médecins prennent en charge les consultations médicales : DR Hanki, actuellement médecin chef du CTA mais dont le départ est imminent, Dr Fatouma et Dr Adiza.

Les échographies abdominales sont toujours réalisées par un médecin venu de l'extérieur une fois par semaine pour une dizaine de patients ainsi que les échographies obstétricales. Quelques patients non suivis au CTA bénéficient de ces examens gratuits mais les patients du CTA restent prioritaires.

Le laboratoire : Le suivi biologique reste difficile car la mesure de la charge virale n'est pas effectuée depuis plus d'1 an au Niger et l'automate de biochimie n'est toujours pas en fonctionnement. Problème déjà constaté en 2009. La numération formule sanguine et le comptage des CD4 sont pratiqués de façon régulière dans le laboratoire du CTA. Bandelettes urinaires (leucocytes, nitrites, glucose, protéines) remises au laboratoire, mais à priori elles sont assez peu utilisées.

La pharmacie tenue par Hamadou et Soueba est actuellement bien approvisionnée : les ARV sont dispensés pour 3 mois à tous les patients sauf aux personnes en difficulté d'observance (1mois seulement...). Les traitements des IO sont également disponibles, financés par le projet ESTHER. En ce moment, le CTA est le seul centre prescripteur qui dispose de Cotrimoxazole (rupture dans le pays). Un don de lait maternisé et de bouillie a été reçu récemment ainsi que 4 pèse personnes et 4 toises adultes. Remise de préservatifs à la pharmacie où ils sont mis à la disposition du patient. Les patients sont accueillis un par un (confidentialité) sauf au moment de grandes affluences. Les boîtes ou tablettes sont remises au patient dans un sachet, malheureusement... transparent. Les personnes en difficultés d'observance, de compréhension ou qui commencent un traitement sont reçues plus longuement, après les autres afin que les infirmiers puissent prendre le temps de réexpliquer certains points (éducation thérapeutique) : planning de traitement à partir de dessins des comprimés, gestion des imprévus, prise hors du domicile, tolérance du traitement.... On sent une réelle implication du personnel dans ce domaine. Une formation plus poussée serait à envisager.

Planning de traitement (*annexe 2*) + gommettes d'activités (repas, prière, couché...) + stylos feutres correspondant aux couleurs des comprimés existants, remis à la pharmacie.



Le poste de prélèvement et l'hôpital de jour sont assurés par trois infirmiers : Abdoulaye, Aissata et Adiza.

L'hôpital de jour est rempli cette semaine : la majorité des patients sont atteints de paludisme et traités par perfusions de Quinine et d'antalgiques/antipyrétiques. Manque de lumière crucial surtout dans la première salle dont les persiennes sont fixes. Une seule lampe sur pied (scialytique) est disponible pour les 2 salles et le poste de prélèvement. L'aération de la salle vis-à-vis du risque de transmission de la tuberculose reste un problème : les patients referment les fenêtres ouvertes le matin par les soignants et remettent la climatisation en route, ce qui reste fort compréhensible certains jours... Les patients suspectés de tuberculose sont plus rapidement référés au CNAT et ne restent pas au CTA. Des masques chirurgicaux destinés au malade (protection de l'air ambiant) sont disponibles. L'isolement des patients est rarement possible du fait de l'affluence à l'HDJ. Les affichettes d'information au patient réalisées antérieurement ne sont pas toujours interprétables pour le patient. Pas de crachoirs (type boîtes de médicaments vides, incinérables) mis à la disposition des patients.

Toujours beaucoup de prélèvements réalisés chaque jour en un temps record. La porte du poste de prélèvement reste ouverte pour faire entrer la lumière manquante ...et les patients sensés attendre dehors. Risque d'AES majeur pour plusieurs raisons : beaucoup de prélèvements, rapidité du soin, allée et venues dans la pièce, boîte à aiguille d'un seul côté, installation inconfortable du patient. On réfléchit à des solutions : changer la disposition du fauteuil de prélèvement et le mettre dos à la fenêtre, près de la lumière, dans le coin opposé à la porte. Cela permettrait de maintenir la porte fermée afin de maintenir la climatisation, de limiter l'entrée intempestive des patients, de limiter le stress des soignants occasionné par l'impatience des soignés qui attendent, de diminuer les vas et vient autour du fauteuil. Hors du passage, il est possible de poser à terre un conteneur piquants/tranchants de chaque côté du fauteuil pour éviter les croisements de main ou passage de la main à la main au moment de l'élimination de l'aiguille.

Aspect relationnel du soin : maintenir la porte fermée pendant le prélèvement du patient favorise l'échange. Rappelons que prélèvement est un moment difficile voir douloureux pour le patient. Le seul réconfort possible en cet instant dépend du soignant. Il est le seul à pouvoir rassurer, mettre en confiance au moment du soin. Les émotions qu'il dégage, son calme, ses mots auront un impact majeur dans le vécu du soin, dans la non appréhension à revenir et donc dans l'observance de son suivi. Ce climat de confiance qui fidélise les patients est un moyen de lutter contre les perdus de vue.

Hygiène : chambranle de la fenêtre endommagé par les termites, passage de rongeurs qui viennent nicher dans le placard à linge. Cet état de fait nécessite un renforcement de l'hygiène : nettoyage quotidien des surfaces (sol par les manœuvres et meubles, chariot, fauteuil, table, armoires, lavabo par les infirmiers). Grand ménage/lessivage prévu. Éponge et eau de javel disponibles. Un récipient contenant de l'eau de javel renouvelé chaque jour est à portée de main sur le chariot de soins afin de désinfecter les corps de pompes et garrots.

Matériel : les infirmiers ne disposent que d'aiguilles de gros calibres (20G). Manque de cathéters. Sont disponibles, uniquement des lignes de perfusion montée sur une aiguille IM. Corps de pompes sécurisés Pronto et nombreuses aiguilles 22 G (plus petit calibre) remises par le GERES avec fiche de recommandations (annexes 3 et 4). Perfusites sécurisées remises par ES92. Démonstration sur modalités d'utilisation faite et fiche technique remises aux infirmiers (annexe 5).

L'assistante sociale Rabi est partie en disponibilité. Mme Rabatou est maintenant seule à faire le counselling pré et post test, l'orientation sociale des patients.... Toujours confrontée à des cas

difficiles et des situations parfois insolubles, elle trouve le travail difficile moralement. Un chevalet d'éducation thérapeutique est à sa disposition, portant essentiellement sur les modes de transmission et leur prévention. Les dossiers d'éducation thérapeutiques ne sont pas toujours remplis car tout le monde reçoit la même information au départ. Suggestion : rendre accessible ce dossier aux pharmaciens qui peuvent remplir la partie liée au traitement. Ces derniers semblent d'accord mais organisation à voir car le dossier est dans le bureau du médecin si le patient a une consultation médicale. Nous n'avons pu consulter le registre des activités du CTA car nous ne l'avons pas trouvé. Un fichier informatique sous forme de tableau Exel est remis à l'assistante sociale (*annexe 6*). Celui-ci comporte les données 2009 et une feuille 2010 en attente d'être complétée pour remplacer le registre papier. Cette tâche est confiée à Aichatou, épidémiologiste, à condition que son ordinateur soit en mesure de fonctionner (celui de l'assistante sociale ne fonctionne plus).

Recueil épidémiologique : depuis ses échanges avec notre Technicienne d'Etudes Cliniques, Aichatou n'a pu rencontrer le responsable informatique de Solthis lui permettant de résoudre quelques difficultés de saisie et d'exploitation de la base locale FUSCHIA.

D'autre part des jours se passent sans qu'elle ne puisse saisir les fiches INNARV en raison d'un mauvais fonctionnement de son ordinateur.

L'accueil et le secrétariat sont assurés par Souley Adamou. Son problème majeur est le manque de place face au nombre de dossiers à archiver. Plus d'armoires disponibles. Les dossiers sont rangés dans des cartons entreposés sur le sol dans la salle de réunion.

Six conseillers psychosociaux financés par ESTHER se relaient pour assurer une permanence associative au CTA. Ils contribuent à l'accueil et l'orientation des patients. Ils aident le secrétaire à sortir les dossiers patients au fur et à mesure des arrivées. Ils sont chargés de la recherche de 10 patients perdus de vue par mois. Ce mois-ci la situation de 6 d'entre eux a été éclaircie. Suite à une prise de contact téléphonique, une visite à domicile ou en dehors est proposée aux personnes qui le souhaitent.

Le Dr Hanki et Issoufa, psychologue du CTA ont participé cette semaine à l'atelier projet ESTHER Niger organisé à l'HNN.

Le Dr Hanki ainsi qu'une infirmière ont participé à l'atelier de formation tuberculose (stop TB) à l'HNN.

Un stage en France est prévu vers le mois de novembre 2010 pour le Dr Fatouma et l'infirmier de la pharmacie Hamadou.

Conclusion : le manque de place est un problème crucial au CTA qui est discuté depuis longtemps. La construction d'une annexe ou l'attribution de locaux voisins prévus avant le changement politique du pays début 2010 peuvent-ils être remis à l'ordre du jour ? Le nombre de patients pris en charge ne cesse d'augmenter et les conditions matérielles ne suivent pas. Une nouvelle gestionnaire a été nommée mais n'a pas encore pris ses fonctions. Certaines difficultés budgétaires demeurent (paiement de la connexion internet). Les manœuvres et gardiens ne sont toujours pas rémunérés intégralement.

On ressent un certain essoufflement de la part de l'équipe du CTA bien que la motivation de chacun soit toujours présente. Enfin, on s'attend à quelques remaniements en raison de plusieurs départs dont celui du médecin chef.



Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau



III. ATELIER STOP TUBERCULOSE/ESTHER, 4-6 octobre 2010, NIAMEY, NIGER

Dans le cadre du programme ESTHER/NIGER, et du programme STOPTB et afin d'améliorer la prise en charge de la tuberculose, un atelier de formation et d'échange s'est tenue à Niamey en octobre 2010.

Les points faibles identifiés retenus par le PNLT comme devant faire l'objet de mises au point ont été :

- La coinfection VIH/TB
- La tuberculose chez l'enfant
- Les formes multiresistantes du BK.

L'atelier s'est tenu dans la salle de réunion du conseil d'administration de L'hôpital National de Niamey, en présence des représentants Du Plan national de Lutte contre la tuberculose, du Centre National de la lutte contre la tuberculose de NIAMEY et du laboratoire de référence.

Des pédiatres, médecins généralistes, médecins responsables de la tuberculose de chaque région étaient conviés. 5 des 8 régions étaient représentées. Au total Une Trentaine de personnes ont participé à cet atelier (*cf annexe 2 liste des participants*) réalisé en partenariat avec les équipes du NORD engagées dans les partenariats ESTHER au NIGER (7 intervenants français Entraide Santé 92 et GERES).

Le programme est joint en *annexe1*.

Le premier jour était consacré à des mises au point sur les données actuelles en session plénière.

Le deuxième jour des ateliers thématiques ont été menés sur les thèmes suivants :

- Le diagnostic de la tuberculose (TB) en pratique
- Circuit du patient : dépistage VIH : prise en charge VIH, dispensations des antituberculeux et des antiretroviraux (ARV)
- Tuberculose (TB) chez l'enfant
- Prévention de la TB en milieu de soins
- Traitement de la coinfection VIH TB
- Suspecter et prévenir la résistance

Le troisième jour a été réalisée la synthèse des discussions des 2 précédents jours prenant en compte les difficultés de terrain, à la lueur des recommandations nigériennes éditées en 2010.



Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau



Coinfection VIH-Tuberculose

Atelier Stop TB/ESTHER

Niamey 4-6 octobre 2010

Discussions du groupe de travail et recommandations :

Après avoir revu les dispositions du programme national de lutte contre la tuberculose, le groupe de travail a examiné les particularités de la prise en charge de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH, notamment sur les points suivants :

- dépistage de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH
- dépistage VIH chez les patients tuberculeux
- traitement et suivi de la TB chez les patients coinfectés VIH 4. traitement antirétroviral (ARV) associé au traitement antituberculeux cas particuliers des enfants
- évaluation et prise en charge de la tuberculose résistante
- prévention de la transmission dans les lieux de soin
- Circuit du patient

1. Dépistage de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH

Le dépistage s'adresse à tous les patients VIH+ symptomatiques, quel que soit le nombre de CD4 (en sachant qu'une étude prospective devrait démarrer au NIGER afin de déterminer la pertinence d'un dépistage systématique de la TB chez les VIH+asymptomatiques).

Les symptômes évocateurs de TB conduisant au dépistage sont peu spécifiques : fièvre, sueurs nocturnes, toux >15 jours, autres signes respiratoires, amaigrissement , altération de l'état général, adénopathies localisées >2cm.....

Les examens demandés sont :

- examen direct des crachats (au moins 2 crachats de bonne qualité),
- Rx pulmonaire si possible (en sachant qu'une radiographie pulmonaire est recommandée dans le bilan initial d'une infection VIH),
- en cas de négativité, proposer selon possibilités locales une échographie abdominale à la recherche d'adénopathies profondes, d'épanchement séreux...

En cas de persistance des symptômes non expliqués par une infection associée, le traitement présomptif sera discuté en staff multidisciplinaire.

Favoriser l'organisation de réunions multidisciplinaires dans chaque région (CDT+médecins prescripteurs d'ARV) pour discussion des dossiers et décider de démarrer un traitement antiTB présomptif des cas BK-.

2. Dépistage VIH chez les patients ayant une tuberculose

L'estimation de la prévalence du VIH chez les patients ayant une tuberculose est de 11,3% au NIGER.

Le dépistage systématique du VIH est recommandé chez les patients ayant une tuberculose.

Le groupe recommande :

- la mise à disposition des tests de dépistage sérologie VIH (test rapide sur sang total) dans tous les CDT .
- et la formation des agents des CDT à cet effet.

3. Traitement et suivi de la TB chez les patients coinfectés VIH

Le traitement antiTB suit le schéma habituel recommandé par le PNLT.

Pour améliorer le système de référence entre les sites de prescription ARV et les CDT. Le groupe recommande que :

- les médicaments antituberculeux soient disponibles au niveau des sites de prescription ARV dans la région de Niamey.
- Les cas de tuberculose/VIH BK-, en particulier, soient discutés entre médecins de lutte antiTB et médecins prescripteurs antirétroviraux lors de réunions formalisées.
- Les prescripteurs d'ARV initiant les traitements antiTB déclarent aux points focaux PNLT au niveau régional les cas de patients traités, et transmettent les données de suivi.

4. Traitement antirétroviral (ARV) associé au traitement antituberculeux

La prophylaxie par cotrimoxazole sera débutée immédiatement après le dépistage VIH +(ce qui justifie la mise à disposition du cotrimoxazole dans les CDT).

Les critères de mise en route du traitement antirétroviral sont identiques à celles des patients VIH+ sans tuberculose (CD4<350/mm³). Dans ces conditions, le traitement antirétroviral sera débuté 15 jours après le début des antituberculeux.

La combinaison d'antirétroviraux recommandée en première intention est AZT + 3TC + Efavirenz. En cas d'intolérance à l'efavirenz, une combinaison triple nucléosidique par AZT+3TC+Abacavir est possible.

En cas de traitement antituberculose initié chez un patient préalablement traité par ARV, le traitement ARV sera adapté.

Ces initiations ou modifications de traitement ARV seront discutées en staff multidisciplinaire. Recommander l'accélération de la décentralisation de la prescription des ARV dans tous les districts, afin que tous les patients dépistés VIH dans les CDT puissent avoir accès à un suivi VIH.

5. Cas particuliers des enfants.

Diagnostic de la tuberculose est difficile chez l'enfant ce qui justifie la formation des pédiatres pour appliquer les recommandations nationales.

Les examens préconisés sont :

- Tubage gastrique pour examen direct du liquide gastrique
- Radiographie pulmonaire
- Ponction d'une adénopathie si adénopathie superficielle>1cm.

Traitement présomptif si la clinique est en faveur d'une tuberculose, à réévaluer selon l'évolution. Assurer la disponibilité des formes pédiatriques d'antiTB au niveau des hôpitaux nationaux, régionaux et des districts.

6. Evaluation et prise en charge de la tuberculose résistante.

L'infection VIH est un des facteurs de risque d'acquisition d'une tuberculose multi résistante. Les recommandations en ce domaine pour les patients coinfectés Tuberculose et VIH sont celles des recommandations nationales (cultures en cas de persistance d'un examen direct positif sous traitement selon algorithme).

7. Prévention de la transmission dans les lieux de soin

Le diagnostic précoce de tuberculose sensible et la mise en route rapide d'un traitement antituberculose est la mesure principale pour supprimer en une quinzaine de jours le risque de transmission.

La suspicion du diagnostic de tuberculose doit être suivie de mesures de prévention de la transmission. Les mesures préconisées suivantes sont théoriquement à appliquer d'une part pendant les 15 premiers jours du TT et d'autre part en cas de suspicion de tuberculose résistante :

- Isolement du patient si possible
- Regroupement des patients contagieux (BAAR+ au direct ou caverne à la radio non traités) sauf si suspicion de multi résistance
- Aération des locaux
- Information et éducation des patients
- Information et éducation des personnels soignants
- Port d'un masque (masque « chirurgical ») par le patient quand il est en présence d'autrui dans un espace fermé
- Port du masque par le personnel (masque de protection respiratoire) pour tout contact avec le patient (<1mètre)

8. Enquête autour d'un cas

La chimioprophylaxie n'est pas recommandée de façon systématique dans l'entourage d'un cas bacillifère (sauf pour le Nourisson ou enfant de moins de 5 ans dont 1 des parents est BAAR+ et après avoir éliminé une tuberculose active).

En revanche, la connaissance d'un possible contagé tuberculeux d'une personne infectée par le VIH doit conduire à rechercher chez cette personnes des signes de tuberculose et à initier un éventuel traitement curatif de la tuberculose.

9. Circuit du patient

a) Patient ayant une tuberculose diagnostiquée dans un CDT :

- Initiation du TT antituberculose au CDT
- Proposition de dépistage VIH
- Réalisation du test rapide de dépistage au Centre DOTS
- En cas de positivité du test : confirmation de la positivité du test au Centre DOTS
- Initiation du Cotrimoxazole
- Bilan et suivi VIH selon les modalités habituelles du centre :
 - o au CDT de districts si possible
 - o Dans le cas contraire : référer le patient au centre prescripteur d'ARV en remplissant la fiche de référence/contre référence de coinfection VIH/TB. Le suivi sera alors réalisé et par le CDT et par le centre prescripteur d'ARV.

b) En cas de découverte d'une tuberculose chez un patient infecté par le VIH :

- initiation du TT Antituberculose par le médecin prescripteur d'ARV
- adaptation du TT antiretroviral
- déclaration du cas au point focal Tuberculose

10. Ces conclusions et discussions soulignent la nécessité d'une étroite collaboration entre les programmes nationaux de lutte antiTB et de lutte contre le VIH/sida et la mise en place d'un comité mixte de suivi (Mme Ibrahim Zeinabou(ULSS), Dr SAFI (PNLT), Dr Madougou et Dr Pierre de Truchis(ESTHER), Dr mamoudou (pédiatre) Dr daouda (biologiste)

La première réunion du comité doit définir le cahier des charges du comité.



Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau



ANNEXE 1 : PROGRAMME FORMATION STOP TB DU 4 AU 6 OCTOBRE 2010

Lundi 4 octobre 2010

8heures 9heures : Accueil des participants et formalités administratives : B. Madougou , ESTHER

9 heures 9 heures 10 : Ouverture : T. Marafa , Coordinateur du PLNT

Session 1 (Modérateur : Pr E. Bouvet, GERES/ESTHER)

9heures 10- 9heures 40 : Epidémiologie de la TB dans le monde et en afrique et au NIGER : Z. Tchouso , CNAT,

9heures 40- 10 heures 10 : Recommandations nationales nigériennes de prise en charge de la TB : MB. Safi, PNLT

10 heures - 11 heures 30 : Histoire naturelle de la TB : P. Genet, Entraide santé92/ESTHER

11 heures 30- 12 heures 15 : Particularités de la coinfection VIH-épidémiologie-clinique- microbiologie-IRIS: E. Rouveix
Entraide santé92/ESTHER

12 heures 15 - 12 heures 45 : Particularités de la coinfection VIH-traitement : P. De Truchis , Entraide santé92/ESTHER

12heures 45-13heures 15 : Discussion

13heures 15-14heures 15 : Pause déjeuner/ Prière

Session 2 (Modérateur Pr S. Mamadou , Laboratoire de reference VIH/TB)

14 heures15 - 14 heures 45 : Méthodes diagnostiques : V. Friocourt, entraide santé 92/esther

14 heures 45 - 15heures 30 : Resistances aux anti TB : E. Bouvet/ Alberto , Fondation DAMIEN

15 heures 30 - 16 heures : Aspects pédiatriques : M. Kourna , HNN

16 heures - 16 heures 30 : Discussions

Mardi 5 octobre 2010 : Ateliers/cas cliniques

8heures -8heures 15 : Proposition des groupes : M. Daou

8heures 30-10heures 30 : Travaux de groupes

10heures 45-13 heures : travaux de groupe

13heures-14heures 15 : Pause déjeuner/prières

14 heures 15- 16 heures : Travaux de groupe

Groupe 1 : Coinfection

Circuit du patient : dépistage VIH : prise en charge VIH, dispensations des antitb et ARV

Traitement de la coinfection

Prévention de la TB en milieu de soins

Groupe 2 : Multirésistance

Le diagnostic de TB en pratique

Suspecter et prévenir la résistance

Prévention de la TB en milieu de soins

Groupe 3 : Prise en charge pédiatrique

Tuberculose chez l'enfant

Prévention de la TB en milieu de soins

Mercredi 6 octobre 2010 Restitution des travaux des groupes

Discussion et rédaction des recommandations.



Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau



IV. ATELIER REDACTION PROJET ESTHER NIGER 2011- 2012

Les 7 et 8 octobre 2010

En présence de représentants de tous les partenaires du Sud (HNN, CTA, Maternité GAZOBY, TAHOUA, AGADEZ et du collectif associatif) et du nord (ESTHER, ES92, GERES).

Titre du projet : amélioration de la qualité de la prise en charge des PVVIH dans les sites de partenariat ESTHER au NIGER

Responsable de projet et coordinateur pays assurant le suivi au GIP ESTHER :

- Dionké FOFANA, Responsable de Projets Togo : dionke.fofana@esther.fr
- Boubacar MADOUGOU, Coordonnateur ESTHER Niger : coordination.niger@esther.fr



SOMMAIRE

SOMMAIRE	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
RESUME DU PROJET	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
I. ELEMENTS DE CONTEXTE	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
2. Dispositif d'appui esther	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
2.1 Partenaires en présence	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
2.2 Historique du partenariat	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
3. BILAN DES ACTIONS ANTERIEURES	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
3.1 Les grands axes d'intervention année N-1	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
3.2 L'année N-1 en chiffres	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
3.3 Bilan global pour l'année N-1	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
4. ENJEUX et REPONSE PROPOSEE	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
4.1 PROJET : EXEMPLE : Poursuivre le renforcement du diagnostic et du traitement des Infections Opportunistes	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
4.2 EXEMPLE : Accompagner la mise en place d'un plan national de suivi des résistances	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
5. SUIVI DES ACTIVITES	23
5.1 Chronogramme	57



Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau



RESUME DU PROJET

Titre du projet	Amélioration de la qualité des soins des PV/VIH dans les sites de partenariat ESTHER
Localisation	Niamey : HNN / CTA / Maternité Gazoby / CEDAV / GERES / ES92 Taoua : CHR Taoua / ES 92 Agadèz : CHR Agadèz / CH St Briec / GERES
Principaux partenaires	Structures de PEC : Hôpital National de Niamey ; CTA, Maternité Issiaka Gazoby, CHR AGADEZ ; CHR Taoua ; CEDAV ; Entraide hôpitaux de 92 ; GERES Associations : MVS, RENIP+, Lafia Matassa Institutions : ULSS ; LNR
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Axe 1 : Evaluation de La PEC et renforcement de La prévention de L'échec thérapeutique chez Les patients sous traitement ARV dans Les sites de partenariat ESTHER ☞ Axe 2 : Prise en charge précoce et pluridisciplinaire des femmes enceintes VIH+ et Le suivi de Leurs Enfants dans un programme d'allaitement protégé : Cohorte observationnelle de 100 couples mères enfants suivis à La maternité de Gazoby (inclusion sur 2 ans max) ☞ Axe 3 : Protection des professionnels de santé vis-à-vis des risques infectieux <ul style="list-style-type: none"> - Prévention et prise en charge des AES - Prévention du risque de transmission de La tuberculose ☞ Axe 4 : L'accompagnement du patient : soutien social et psychologique et éducation thérapeutique des patients VIH+ en situation de vulnérabilité en vue d'une réduction du taux des perdus de vue et de La prévention des échecs thérapeutiques
Bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> - 5 000 patients suivis régulièrement dans Les sites de partenariat ESTHER - Les prestataires des Sept sites de partenariat (hospitaliers et associatifs)
Durée	Du 1 ^{ier} Janvier 2011 au 31 Décembre 2012
Budget :	
Plan de financement	<ul style="list-style-type: none"> - Médicaments ARV, IO, consommables et réactifs couverts par Le R7 et Le R10 du Fonds Mondial (75 000 000 € pour 5 ans) - Projet de formation AFD (600 000 € en Trois ans)



I. ELEMENTS DE CONTEXTE

Cf.

II. DISPOSITIF D'APPUI ESTHER

2.1 Partenaires en présence

4 sites de jumelages hospitaliers sont soutenus par ESTHER : 3 sur Niamey et un sur Agadez.

NIAMEY		AGADEZ	
Les activités visent à renforcer les capacités de prise en charge au niveau de l'Hôpital National de Niamey (HNN), du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) et de la maternité Issaka Gazobi		ESTHER s'est engagé à accompagner la politique nationale de décentralisation de l'offre de soins aux personnes vivant avec le VIH/Sida en participant à l'ouverture du centre prescripteur d'ARV au CHR d'Agadez.	
Hôpital National CTA Maternité I Gazobi	Entraide Santé 92 /CISIH 92 regroupant les hôpitaux du département 92 GERES : Groupe d'Etudes sur les Risques d'Exposition des Soignants	Centre Hospitalier Régional	Saint Briec Centre Hospitalier

3. BILAN DES ACTIONS ANTERIEURES

3.1 Les grands axes d'intervention en 2009 - 2010

- **Prise en charge ARV et prise en charge des Infections Opportunistes**
 - Renforcement de capacités des acteurs de soins :
 - Formations au diagnostic et à la prise en charge des Infections Opportunistes (en particulier la Tuberculose),
 - Soutien technique et matériel au diagnostic.
 - DIU de Bichat et Ouagadougou de 2 médecins
- **Biologie**
 - Appui en réactifs et consommables,
 - Appui à la maintenance.
 - DU de rétrovirologie de Dakar
- **Hygiène hospitalière et sécurité des soignants (AES)**
 - Formation des équipes soignantes.
 - Vaccination HBV (enquête de prévalence)

- Suivi du système de surveillance et de prise en charge des AES (référents, grilles d'observation, recueil d'AES, protocoles de PEC, ...)
- **Approvisionnement et Circuits d'approvisionnement du médicament :**
Soutien apporté lors des ruptures d'ARV au niveau national
- **Accompagnement à la décentralisation de la prise en charge**
 - Soutien au centre prescripteur du CHR d'Agadez
 - formation
 - appui en médicaments IO, consommables et réactifs
- **Soutien psychosocial et communautaire**
Soutien au continuum de soins du CTA.
Élaboration et mise en œuvre d'un projet associatif (collectif) visant
 - à former et à mettre en place au sein des structures de Niamey des conseillers psychosociaux,
 - à renforcer les capacités des associations
 - à soutenir les patients indigents
- **Appui au système national**
Participation du coordinateur ESTHER à la rédaction de la proposition Niger VIH au FM round 10

3.2 L'année N -1 en chiffres

A la fin de l'année 2009, l'Initiative ESTHER contribue à la prise en charge de près de 5 000 personnes suivies régulièrement parmi lesquelles 200 enfants.

- ☞ 355 personnels de santé formés
 - ☞ Prise en charge psychosociale :
 - Groupe de parole (160 réalisés entre Juillet et Septembre 2010),
 - VAD (90 visites réalisées entre Juillet et Septembre 2010)
 - Soutien social (1421 en 4 mois),
 - Accompagnement psychologique (1047 en 4 mois)
 - ☞ Quelques Indicateurs PTME pour la Maternité de Gazoby
 - Nombre de CPN : 14.308
 - Nombre de femmes conseillées : 5.028 (35%)
 - Nombre de femmes enceintes ayant accepté le test de dépistage : 436 (3% des consultantes et 8,5% des femmes sensibilisées)
 - Nombre de femmes ayant un résultat VIH+ : 41 (9,4%)
 - Nombre de femmes VIH+ ayant accouché à gazoby: 15 (36,5% des femmes VIH+ dépistées au CPN)
- Nombre de dépistages réalisés en secteurs soins autres à la maternité (accouchement, hospitalisation...) : à déterminer



4. PROPOSITION D'AXES D'INTERVENTION 2011 - 2012

- ☞ *Axe 1 : Evaluation de La PEC et renforcement de La prévention de L'échec thérapeutique chez Les patients sous traitement ARV dans Les sites de partenariat ESTHER*

- ☞ *Axe 2 : Prise en charge précoce et pluridisciplinaire des femmes enceintes VIH+ et Le suivi de Leurs Enfants dans un programme d'allaitement protégé : Cohorte observationnelle de 100 couples mères enfants VIH+ suivis à La maternité (inclusion sur 2 ans max)*

- ☞ *Axe 3 : Protection des professionnels de santé vis-à-vis des risques infectieux*
 - *Prévention et prise en charge des AES*
 - *Prévention du risque de transmission de La tuberculose*

- ☞ *Axe 4 : L'accompagnement du patient : soutien social et psychologique et éducation thérapeutique des patients VIH+ en situation de vulnérabilité en vue d'une réduction du taux des perdus de vue et de La prévention des échecs thérapeutiques*

4. ENJEUX ET REPONSE PROPOSEE

4.1 AXE 1: *Evaluation de La PEC et renforcement de La prévention de L'échec thérapeutique chez Les patients sous traitement ARV dans Les sites de partenariat ESTHER*

☞ *Ce projet associe Les partenaires suivants : HNN, ES 92, CHR AGAEZ, CTA, CHR TAOUA, ULSS et Le LNR*

☞ *Personnes responsables du suivi du Projet :*

- *Au Nord : Dr Pierre de Truchis (ES 92), Virologue de St Louis, Pr Elisabeth Rouveix (ES 92), Dr Claude Beuscart (St Briec)*
- *Au Sud : Dr Maman Daou (HNN), Dr Hanki Yahayé (CTA), Dr Garba Amadou (CHR Agadez), Pr Seydou (LNR)*

1. Contexte

Le traitement ARV est disponible au Niger depuis 2004, d'abord au CTA de Niamey, puis à L'HNN, puis dans Les régions (actuellement 14 centres prescripteurs), avec environ 6500 patients sous ARV au Niger. Parmi Les centres Esther, Les files actives de patients traités comprennent :

HNN : file active : 1036 dont 909 sous Tt ARV ; CTA Niamey : 1498 patients sous ARV (1° Ligne : 1395, 2° Ligne : 44, autres : 59), Agadez : 342 patients, 303 traités + 170 perdus de vue, (Tahoua : 603 patients, 470 traités) ; CEDAV 1400 SOUS ARV. Soit 4580 patients enregistrés sous ARV.

Il existe une procédure INAARV qui définit Les modes de PEC des patients et Les modalités du suivi avec surveillance des CD4 4 fois/an et réalisation de La CV à 6 mois du début du traitement, et ensuite tous Les 6 mois.

L'échec thérapeutique est défini par La directive nationale de PEC des personnes vivant avec Le VIH/Sida : échec clinique : apparition d'une nouvelle IO >6 mois après début des ARV, échec immunologique : $CD4 < 100$ ou $CD4 <$ valeur initiale, ou chute $CD4$ de + 50% de La valeur maximale atteinte, après 6 mois du début des ARV ; échec virologique détectable après 6 mois de traitement. Un comité de résistance ARV national a été institué pour définir La prise en charge des patients avec résistance virologique.

2. Organisation actuelle

Les prélèvements effectués dans les différents sites (sang total ou plasma) 2 fois par semaine, sont acheminés au laboratoire National de référence LNR (Hôpital Lamordé). Les envois de CV venant des régions sont moins fréquents. Il n'y a pas de mise en place d'évaluation de la résistance par géotypage actuellement au Niger ;

- **Points forts :**

- Suivi clinique de qualité pour l'ensemble des centres prescripteurs concernés
- Formation d'éducateurs thérapeutiques et de CPS pour l'accompagnement des patients, avec soutien à l'observance et recherche de perdus de vue, effectif sur les sites Esther de Niamey
- Disposition satisfaisante des traitements ARV, sans rupture d'approvisionnement
- Accès gratuit à la mesure des CD4 et à la biologie de routine possible dans tous les centres concernés
- Fonctionnement effectif des hôpitaux de jour de l'HNN et du CTA ; salle commune de consultation identifiée pour les patients VIH (Agadez)
- Existence d'une base de données pour le suivi des patients sous ARV (Fuchia)
- Fonctionnement de staffs médicaux pluridisciplinaires pour la discussion des dossiers cliniques problématiques

- **Points faibles :**

- Identification trop tardive des échecs thérapeutiques sur des symptômes cliniques ou CD4, du fait de la rareté du rendu effectif de la mesure de CV
 - Absence de contrats de maintenance technique pour les appareils de mesure de CV
 - Difficultés du système de référence et contre-référence entre les centres
 - Difficultés d'acheminement des prélèvements de CV, et de conservation des prélèvements en périphérie
 - Insuffisance de diagnostic des IO survenant chez les patients des files actives : insuffisance de la recherche active des IO chez les patients suivis, rupture fréquente d'approvisionnement des médicaments anti IO
 - Insuffisance de formation d'éducateurs thérapeutiques et CPS pour le soutien à l'observance et la recherche de perdus de vue dans certains centres (Agadez, Tahoua)
- Insuffisance de communication entre les différents acteurs, peu de mise en commun des expériences

3. Objectifs spécifiques Identifiés

- ☞ *Renforcer l'accessibilité aux mesures de CV et CD4 pour Les patients sous traitement ARV*
- ☞ *Identifier Les patients en échec et améliorer leur prise en charge thérapeutique*

- ☞ *Faciliter l'accessibilité des acteurs nigériens à l'information scientifique et appuyer leur initiative de recherche opérationnelle pour les 2^e et 3^e lignes thérapeutiques*
- ☞ *Renforcement du cadre de suivi/évaluation de la PEC des patients sous ARV*

4. Cadre Logique

<u>Objectifs Spécifiques</u>	<u>Activités</u>	<u>Indicateurs de processus</u>	<u>Indicateurs de Résultats</u>
<p>1. Renforcer l'accessibilité aux mesures de CV et CD4 pour les patients sous traitement ARV</p>	<p><u>Agadez /</u> Assurer le transport réfrigéré des prélèvements entre le centre d'Agadez et le LNR - contrat de transport avec compagnie privée -frais communication pour transport CV - consommables prélèvements (600/an) -mission d'évaluation sur l'efficacité des traitements ARV : compagnonnage Nord-Sud (2/an), mission Niamey-Agadez (2/an) -assurer un stock tampon de réactifs CD4 (3 coffrets/an)</p> <p><u>Tahoua-</u> -congélateur -20°C -frais communication pour</p>	<p>Nombre d'envois réalisés (15 prelevements par semaine)</p> <p>Nombre de CV réalisées</p> <p>Mission N-S compagnonnage 2/an Mission S-S 2/an</p> <p>% patients avec CD4 réalisés à M6 M12</p> <p>1 congélateur</p>	<p><u>% patients sous traitement avec CV indétectable</u></p>

	<p>transport CV -contrat transport lié à celui Agadez</p> <p><u>Niamey (HNN CTA MIG)</u></p> <p>assurer le transport des prélèvements de tous les sites de Niamey au LNR (carburant)</p> <p>-Réalisation d'une étude pilote de faisabilité de mesure de la CV sur papier buvard DBS financement viro StLouis(HNN+CTA) + génotypage de résistance (collaboration ES92-LNR-Virologie St Louis - Esther) cf protocole</p> <p>-maintenance appareil CV du LNR</p> <p>- stock tampon réactifs pour la CV (mise à disposition par le programme ?) (LNR)</p> <p>-stock tampon réactifs CD4 HNN et CTA</p>	<p>Nombre d'envois réalisés</p> <p>N de transports/mois</p> <p>l'étude pilote est réalisée (200 tests)</p> <p>Contrat annuel 1 maintenance chaque 6 mois</p> <p>2 kits</p> <p>2 kits/an</p>	<p><u>% patients sous ARV avec CD4 réalisés 2 fois/an</u></p>
--	---	---	--

<p>2. Renforcement des capacités pour l'identification des patients en échec et leur prise en charge thérapeutique</p>	<p>2. a Formation des prescripteurs à l'identification et au suivi des patients en échec (mission NordSud de compagnonnage médical)</p> <p>2. b Organisation d'un staff multidisciplinaire mensuel par internet entre les centres prescripteurs et les centres du Nord</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrat société de communication informatique - Assurer la connexion ADSL des centres : CTA Niamey (abonnement), CHR Agadez (pris en charge par l'hopital), Tahoua (abonnement), HNN (pris en charge coordination esther), pour staff en ligne <p>2. c PEC des patients en échec clinique : aide au diagnostic des IO (TB, cryptococcose, toxoplasmose, infections bactériennes) et leur prise</p>	<p>1 mission /an ES92 (2 formateurs), Sud :2 formateurs: 15participants (Niamey,Agadez,Tahoua)</p> <p>N de staffs en ligne réalisés</p> <p>1 contrat annuel en France 1 abonnement annuel par site et par an</p> <p>1 mission ES92 (2 formateurs) 15 participants</p>	<p><u><i>n patients et % passés en 2° Ligne de traitement</i></u></p> <p><u><i>n patients et % passés en 3° Ligne de traitement</i></u></p>
---	---	---	---

<p>3. Faciliter l'accessibilité des acteurs nigériens à l'information scientifique et appuyer leur initiative de recherche opérationnelle pour les 2^e et 3^e lignes thérapeutiques</p>	<p>en charge thérapeutique pour les patients traités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mission de compagnonnage Nord Sud - compagnonnage paramédical CTA HNN - soutien réalisation Ag cryptocoque (labo CTA) -surveillance hépatique des patients sous ARV au CTA <p>stock de médicaments contre les IO (HNN et CTA, Agadez): fluconazole, cotrimoxazole cps, Amoxiclav, coartem (mise à disposition par le programme ?)</p> <p>3. a Participation d'une personne par site d'intervention du programme à une conférence internationale ou sous régionale (à condition de soumission d'un abstract)</p> <p>3. b stage en France de formation sur l'évaluation de l'échec</p>	<p>2missions/an (x2 formateurs du nord)</p> <p>2 kits /an (pour 100 tests/an)</p> <p>1 automate biochimie CTA</p> <p>3 participations/an</p> <p>2 stages/an en France</p>	<p><u><i>N d'abstracts présentés aux congrès à N+1</i></u></p>
--	---	---	--

<p>4. Renforcement du cadre de suivi-évaluation de la PEC des patients sous ARV</p>	<p>et la méthodologie de recherche-évaluation</p> <p>4. a Réalisation d'un programme informatique de gestion de la file active, évaluation des échecs et perdus de vue (HNN, CTA, Agadez)</p> <p>mission d'évaluation du recueil des données des patients</p> <p>organisation d'un grand staff pluridisciplinaire et multi site semestriel (couplé avec mission de compagnonnage ES92)</p>	<p>1 ordinateur/HNN-CTA-Tahoua</p> <p>mission 1/an du TEC ES92</p> <p>2 staffs/an (30 participants)</p>	<p><u><i>Nombre de patients en échec et nombre de perdus de vue</i></u></p>
--	---	---	---

4.2 AXE 2: *Prise en charge précoce et pluridisciplinaire des femmes enceintes VIH+ et Le suivi de Leurs Enfants dans un programme d'allaitement protégé : Cohorte observationnelle de 100 couples mères enfants VIH+ suivis à La maternité (inclusion sur 2 ans max)*

☞ **Ce projet associe les partenaires suivants :** Maternité Issiaka Gazoby, ES 92, HNN, CTA, Collectif associatif, virologie de St Louis, ULSS et Le LNR

☞ **Personnes responsables du suivi du Projet :**

- Au Nord : Pr Elisabeth Rouveix (ES 92), Pédiatre + Gynécologue (ES 92)
- Au Sud : Dr Moussa Djibo (Gynécologue à Gazoby), Dr Zara Diallo (Prescripteur à Gazoby), Dr Zara (Pédiatre à Gazoby) Pr Seydou (LNR)

2.1 Contexte de la PTME

Estimation prévalence VIH à 0,7% au NIGER

Nombre d'accouchement : 5400/mois

On estime que 434 mères VIH+ accouchent chaque mois

Et donc Sans PTME 130 enfants infectés devraient naître chaque mois

Il existe 390 sites PTME au NIGER. Dans les centres PTME : prescription des ARV PTME selon recommandations actuelles, les sages femmes ne sont autorisées à prescrire que la monothérapie

12 maternités à Niamey toutes SITES PTME

2.2 Organisation actuelle de la PTME à Gazoby

GAZOBY est une Maternité de référence, 90% des accouchements à gazoby sont des urgences référées. 7000 Accouchements par an dont 55% par voie haute

A la maternité gazoby : pas de PTME jusqu'en 2008

Depuis février 2009 : Ouverture d'un local à la consultation externe (moyenne 75 consultations/jour) qui sert aux activités PTME (counselling, dépistage rapide sur place) :

1 assistante sociale, 1 Sage femme : counselling de masse, les femmes se désignent volontaires pour le dépistage. Pour les femmes VIH+ suivies à gazoby le bilan : aux frais de la patiente, à gazoby sauf CD4 et CV qui sont fait à CTA ou HNN.

Les ARV sont fournis par l'ONPPC (OFFICE NATIONAL DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET CHIMIQUES) Même si la maternité n'est pas officiellement un centre prescripteur d'ARV. Certaines des femmes dépistées à la maternité ont été suivies au CTA et ou à l'hôpital. La majorité de ces femmes ont accouché à gazoby

Les enfants sont pris en charge par la néonatalogie de gazoby jusqu'à l'âge de 15 JOURS

Puis adressés en pédiatrie à l' HNN ou à la poudrière.

En salle de travail : dépistage pendant le travail depuis cette année : existence d'un registre à cet effet de même que dans toutes les unités de soins la maternité. Centralisation des données depuis 2010

- **Points forts :**

- Compétences (11 gynéco dont 1 professeur agrégé, 2 pédiatres dont 1 néo-natologiste, 1 anesthésiste réanimateur, 1 radiologue, 1 médecin biologiste, xx sages femmes etc.)
- Volonté de la direction et des professionnels pour s'engager dans la PTME
- Mise en place d'une cellule PTME depuis 2008
- Formations à la PTME sages femmes et équipes (tests rapides sur sang total et counselling) par ESTHER/ES92, Formation nationales, solthis...
- Stage en France d'un gynécologue (ESTHER)
- Proximité et collaboration avec le CTA déjà établie
- Potentiel de Laboratoire à la maternité

- **Points faibles :**

- La maternité n'est pas un centre prescripteur (donc pas de formations spécifiques des médecins à la prescription ni des pharmaciens à la gestion des ARV, pas de mise à disposition des ARV, pas de biologie d'accompagnement y compris CD4 et CV)

- Pas de disponibilité de diagnostic néo natal (PCR)
- Perte de vue des enfants nés de mère séropositive ET pas d'estimation du taux de TME
- Locaux de dépistage non adaptés
- Circuit des femmes enceintes VIH+ et des enfants nés de mère séropositive imprécis et non formalisé
- Pas de base de données électronique pour le Recensement des activités PTME
- Pas d'implication de la Pharmacie ni dans le stockage ni dans la gestion ni dans la dispensation
- peu d'implication des gynécologues pour les suivi des femmes infectées par le VIH
- Pas de Staff interdisciplinaire CTA/GAZOBY/HNN
- Pas de volet d'accompagnement psychosocial dans la prise en charge des PVVIH enceintes
- Pas de stratégie définie pour le dépistage des conjoints

2.3 Objectifs spécifiques Identifiés

Cohorte observationnelle de 100 couples mères enfants VIH+ suivis à la maternité (inclusion sur 2 ans max)

- ☞ **Mise en place d'une organisation axée sur la PTME à la maternité Gazoby avec prise en charge pluridisciplinaire**
- ☞ **Mise en place d'un protocole de PEC précoce, coordonné et pluridisciplinaire des femmes enceintes VIH+ à la maternité Gazoby**
- ☞ **Mise en place d'un protocole de suivi des enfants nés de mère séropositive à la maternité Gazoby.**

2.4 Cadre logique

<u>Objectifs Spécifiques</u>	<u>Activités</u>	<u>Indicateurs de Processus</u>	<u>Indicateurs de Résultats</u>
<p>1. Mise en place d'une organisation axée sur la PTME à la maternité Gazoby avec prise en charge pluridisciplinaire</p>	<p>1. Organisation d'une équipe de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désignation des investigations et Co-investigateurs - Recrutement d'un TEC à Gazoby - Passage devant le comité d'éthique - Impression de cahiers d'observation mère - Impression de Cahiers d'observation enfant - Mise en place d'un logiciel pour la gestion des données - Mise en place d'un comité de suivi sud - Comité de suivi nord sud 	<p>3 investigateurs du Nord et du Sud (1 pédiatre ; 1 Gynécologue ; 1 Infectiologue)</p> <p>1 kit informatique</p> <p>Avis favorable du comité d'éthique</p> <p>120 cahiers</p> <p>130 Cahiers</p> <p>1 réunion tous les 2 mois de Six personnes</p> <p>1 Réunion/an au cours d'une mission de compagnonnage</p>	<p><u><i>Démarrage effectif du protocole</i></u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un staff hebdomadaire intra gazoby pluridisciplinaire (médecins, gynéco, pédiatres pharmacie, biologistes, associatifs etc.) - Mise en place d'un staff mensuel multi site <p>2. Formations continue des agents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ateliers de formations à la PTME du personnel de la maternité par 2 facilitateurs nationaux et ES92 - Stage de formation d'un pédiatre et d'un Gynécologue à Bamako au Mali (Année 1) - Formation du TEC au COREVIH Idf Ouest / ES 92) - Année 2 : participation à 1 Conférence pour présenter les premiers résultats - l'exploitation des données en année 2 	<p>48 Réunions de 10 personnes par an</p> <p>12 Réunions de 15 personnes par an</p> <p>30 Personnes soit 3 Ateliers de 10 personnes / 5 Jours, la première au cours d'une mission de compagnonnage de 2 pers d'ES 92</p> <p>2 personnes pendant 1 mois</p> <p>1 personne pendant 1 mois</p> <p>1 personne à 1 congrès international</p> <p>1 mission du TEC en France pendant 2 semaines</p>	<p><u>Nombre de recrutement femmes / enfants dans La cohorte pendant Les deux années</u></p>
--	---	--	--

<p>2. Mise en place d'un protocole de PEC précoce, coordonné et pluridisciplinaire des femmes enceintes VIH+ à la maternité Gazoby</p>	<p>-missions de compagnonnage NORD/SUD :</p> <p>- Année 1 : Stage de formation du pharmacien</p> <p>- Année 1 : Stage de formation d'un biologiste de gazoby au CTA</p> <p>- (Techniquage des prélèvements de Gazoby par le biologiste de Gazoby au labo du CTA</p> <p>- Année 1 : formation des médecins prescripteurs aux ARV</p> <p>1. Assurer l'efficience du dépistage</p> <p>-amélioration des conditions matérielles des locaux pour le dépistage</p> <p>- Counselling</p> <p>- Assurer la confidentialité en salle d'accouchement</p>	<p>2 missions/ an mère enfant</p> <p>stage de 2 semaines du pharmacien de gazoby à l'HNN</p> <p>1 personne pendant 2 semaines</p> <p>1 fois par semaine (frais de transport de 3 000 FCFA)</p> <p>10 Médecins pendant 5 jours par 2 formateurs nationaux au cours d'une mission de compagnonnage</p> <p>Aménagement d'un local adapté</p>	<p><u>% de femmes enceintes VIH+ avec une charge virale négative à</u></p>
---	--	---	--

	<p>- Reconnaissance des cas de femmes VIH+ nécessitant la PTME en Salle d'accouchement</p> <p>2. Assurer la réalisation du bilan complémentaire :</p> <p>si besoin A J0 et suivant le protocole national de suivi: NFS, transa, glycémie, créatininémie CD4, CV, ag HBS, BW, groupe sanguin</p> <p>Echographie précoce (datation de la grossesse) au 7^{ème} mois de grossesse : CV</p> <p>3. Assurer le TT ARV par une trithérapie adaptée :</p> <p>- Dès la 14^{ème} semaine d'aménorrhée chez les femmes naïves d'ARV ou la poursuite du TT ARV adapté chez les femmes préalablement traitées :</p> <p>- Disponibilité des traitements adjuvants fer et cotrimoxazole et sulfadoxine - pyriméthamine</p> <p>- Optimiser l'observance (Voir projet APS)</p>	<p>Disponibilité des tests en salle accouchement par l'ULSS</p> <p>Stock tampon de Réactifs pour le bilan d'initiation et de suivi Stock tampon de réactif CV et CD4 (2 kits)</p> <p>40 échographies la première année et 60 la deuxième année</p> <p>Disponibilité par l'ONPPC et dispensation des ARV à la pharmacie de la maternité</p> <p>Stock Tampon de traitements adjuvants</p> <p>accompagnement psychologique et social et éducation thérapeutique</p>	<p><u>L'accouchement</u></p>
--	--	--	-------------------------------------

	<p>- PTME en salle d'accouchement</p> <p>1. Traitement prophylactique par ARV de l'enfant</p> <p>2. Réduction du risque de transmission par l'allaitement</p> <p>Expliquer à la mère les différentes modalités d'allaitement et leurs bénéfices respectifs</p> <p>Traitement de l'enfant le temps de l'allaitement maternel si la mère n'est pas traitée</p> <p>Nutrition artificielle exclusive pour les enfants dont les mamans ne peuvent allaiter</p> <p>3. Suivi pédiatrique VIH des enfants nés de mère séropositive</p> <p>- PCR VIH entre la naissance et l'âge de 3 semaines</p>	<p>Disponibilité des ARV en salle d'accouchement par l'ULSS</p> <p>Rendre disponible les formes pédiatriques d'ARV en salle d'Accouchement et à la maternité(ULSS)</p> <p>Counselling Formation continue des sages femmes</p> <p>Rendre disponible les ARV à la maternité (ULSS)</p> <p>Stock Tampon de lait la première année pour 10 enfants et pour 15 enfants la deuxième année jusqu'à 6 mois de vie</p> <p>Stock tampon de réactifs PCR</p>	<p><u>% d'enfants ayant une sérologie négative à 18 mois (dossiers clos)</u></p>
--	--	---	---

<p>3. Mise en place d'un protocole de suivi des enfants nés de mère séropositive à la maternité Gazoby.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PCR VIH à 6 mois - PCR VIH 2 mois après le sevrage - Sérologie VIH à 18 mois <p>En cas de sérologie positive, réalisation d'un génotypage de résistance aux Antiviraux à St Louis</p> <p>5. Suivi pédiatrique des enfants nés de mère séropositive et infectés par le VIH (PCR+)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rendre disponible les formes pédiatriques de cotrimoxazole <p>Counselling des femmes pour l'intérêt du suivi</p>	<p>Modalités identique à l'étude pilote de Résistance chez l'adulte (30 Prélèvements maximum)</p> <p>Stock tampon de cotri pédiatrique</p> <p>Voir projet APS</p>	
--	--	---	--

4.3 AXE 3: *Protection des professionnels de santé vis-à-vis des risques infectieux*

Cet axe comporte deux volets ci-dessous mentionnés :

- *Prévention et prise en charge des AES*
- *Prévention du risque de transmission de La tuberculose*

Ce projet associe Les partenaires suivants : Maternité Issiaka Gazoby, GERES, HNN, CTA, CHR Agadez, Personnes responsables du suivi du Projet :

- *Au Nord : Pr Elisabeth BOUVET (GERES), Isabelle LOLOM (GERES)*
- *Au Sud : Dr Maman Daou (HNN), Dr Boubacar Madougou (ESTHER), Point focal Hygiène (ULSS)*

Volet 1 : Prévention et prise en charge des AES dans les sites de partenariat ESTHER

3.1.1 Contexte National :

le cadre stratégique national 2008-2012 prévoit de réduire de 50% les risques de transmission des agents infectieux lors des pratiques invasives en milieu de soins. Le Niger ne dispose pas de directives nationales en matière de surveillance, de prévention et de prise en charge des Accidents Exposant au Sang (AES). Les activités actuelles sont essentiellement orientées sur les mesures de précautions universelles. Il n'existe pas de plan de prise en charge organisée à l'échelle nationale.

Initiative locale :

Une politique de prévention des AES à été mise place dans le cadre du partenariat ESTHER/ES92/GERES depuis 2006 à l'HNN/CTA, et associe :

- une surveillance des AES est en place uniquement à l'HNN et au CTA depuis décembre 2006 (env. 70 AES rapportés juin 2010) : nécessité de moyens humains
 - *Mise en place d'un registre de déclaration d'AES dans les services et utilisation d'un questionnaire standardisée type GERES : Questionnaire documenté par le médecin référent lors de la consultation avec l'agent accidenté*
 - *Saisie et analyse des questionnaires effectués par Le GERES (1 fois par an)*
- Circuit AES : accès à un médecin référent 24h/24, et disponibilité de kits ARV (à la pharmacie des urgences)*
- Des actions de formations du personnel (sensibilisation au risque, précautions standard ...)
- la révision du circuit des déchets avec mise à disposition de boîte de sécurité pour l'élimination des piquants, tranchants
- Une enquête de prévalence des marqueurs de l'hépatite B chez les professionnels (90% sont porteurs de marqueurs biologiques) suivis d'une campagne de vaccination des personnels réceptifs (70 sur 100 prévus)
- Des études d'observations de pratiques en 2007 et 2008 dans plusieurs services (gestes réalisés et situations à risque)
- la mise en place d'une étude de faisabilité de mise en place d'une technique de prélèvement veineux sous vide (en cours)
- Un projet d'introduction à l'échelle de l'HNN

3.1.2 Organisation Actuelle

- **Points forts :**
 - Un Comité AES multidisciplinaires a été créé avec pour rôle de définir les actions préventives et de veiller à leur mise en œuvre en lien avec le GERES

- Liste médecins référents et Conduite à tenir plastifiés et affichés dans tous la majorité des services (env. 90% des services)
- Bon taux de réalisation du test rapide du patient source en cas d'AES
80% des accidents déclarés sont vus dans les 4 heures qui suivent l'exposition
- Identification des situations à risques et définition des priorités d'action
- **Points faibles :**
 - Le nombre d'accident déclaré est certainement très inférieur au nombre d'accident réellement survenu (sous déclaration importante)
 - Les AES survenus au contact de patients infectés par le VIH sont probablement plus déclarés (30 à 40% des AES dont certains Co-infectés)
 - Pas de gestion locale des données, ni d'intégration de ces données dans le rapport annuel de l'hôpital
 - Un tiers d'arrêt précoce de traitement des personnes mises sous arrêt
 - Recours insuffisant à l'utilisation des boîtes de sécurité, pratiques à risque lors de leur manipulation et lors de l'élimination, et absence de destruction adapté
 - Exposition importante des professionnels à l'occasion de la réalisation du prélèvement veineux : pas de matériels de sécurité disponible
 - Dotation en gants insuffisant
 - Actions limitées à l'HNN

Volet 2 : Prévention du risque de transmission de la tuberculose

3.2.1 Contexte :

Incidence élevée de la tuberculose pulmonaire (env. 25 000 cas par an) potentiellement contagieuse. Mise à disposition du traitement antituberculeux uniquement dans les CAT. Peu de radiologie pulmonaire effectué : diagnostic et mise sous traitement souvent tardif.

- ☞ En milieu de soins : Pas de mesures de prévention du risque respiratoire en dehors de regroupement des patients une fois dépisté dans des secteurs dédiés. Vis-à-vis du personnel aucunes mesures de prévention visant à réduire la contamination

3.2.2 Organisation actuelle

- **Points forts :**
 - Traitement disponible sous forme combiné et accès gratuit
- **Points faibles :**
 - Manque de données concernant le circuit des patients et des délais de diagnostic et thérapeutique
 - Pas de surveillance de l'ITL chez les professionnels
 - Absence d'équipement de protection individuelle (masque)
 - Contexte architectural inadapté (consultation, secteur d'hospitalisation ...)
 - Absence de vigilance par rapport à la multi résistance

4. Objectifs Spécifiques identifiés pour la protection des professionnels de santé vis-à-vis des risques infectieux

Volet 1 : Prévention et PEC des AES

- Etendre les actions de prévention et de PEC AES conduites à l'HNN à d'autres structures partenaires d'ESTHER (Gazoby et Agadez)
- Améliorer la prévention et la surveillance à l'HNN

Volet 2 : Réduire le risque de contamination des professionnels par le bacille de la tuberculose (Etude voir Sysposis)

- Améliorer les connaissances sur le risque de transmission chez les professionnels et évaluer les possibilités en terme de prévention (masques, isolement)
- Connaître la prévalence de l'infection TB latente chez les professionnels de santé de l'HNN

5. Cadre logique Volet 1 : Prévention et PEC des AES

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs de Processus	Indicateurs de Résultats
<p>1. Poursuite des actions de prévention à l'HNN</p>	<p>Traitement local des données de surveillance AES (mise en place d'un logiciel d'épidémiologie et formation à l'utilisation) ; An 1</p> <p>Redynamisation du comité AES : An1, An 2</p> <p>Formation continue AES : An1, An2</p> <p>Introduction matériels sécurisés pour IV sous vide</p>	<p>1 mission de formation (1 formateur Equipe du Nord)</p> <p>Réunions 2 fois par an 10 participants (au moins 1 /secteur d'activité, 1 pharmacien) Réfèrent médecins GERES (1/4 ETP)</p> <p>3 sessions d'une journée / an animées par 2 référents nationaux pour 30 personnes</p>	<p><u>% des patients ayant déclarés un AES et PEC</u></p>

<p>2. Elargissement des actions de prévention aux autres sites (Gazoby/CHR Agadez)</p>	<p>-Etude de faisabilité de l'introduction : An1</p> <p>-Création d'un Comité de Pilotage : An1</p> <p>-Rédaction d'un cahier des charges An1 (choix matériel, circuit d'approvisionnement, répercussion : déchets ...) et évaluation du coût</p> <p>-Formation : manipulation au prélèvement veineux sécurisé : An1 formateur référent (1 /secteur d'activité)</p> <p>du personnel des services</p> <p>-Achat de matériels : An1, An2</p> <p>Surveillance et Prise en charge post AES An1 Création des Comités AES / site Identification et formation des référents</p>	<p>1 mission du Nord (2 pers pendant 5j.)</p> <p>1 réunion de 6 personnes par mois au HNN</p> <p>1 formation d'un jour pour 50 personnes au cours d'1 mission de compagnonnage</p> <p>Formation assurée par les formateurs référents locaux 250 000 corps de pompe et 250 000 aiguilles de sécurités / an</p> <p>1 mission de compagnonnage Maternité (Equipe du Nord) de 2 jours au cours d'une des missions plus haut</p>	<p><u>% d'AES PEC</u></p>
---	---	--	---------------------------

	spécifique Elaboration d'affiche : An1	1 réunion annuelle inter site de 2 jours pour 15 personnes (HNN, Agade, CTA, Gazoby)	
--	---	--	--

6. Cadre logique Volet 2 : Réduire le risque de contamination des professionnels par le bacille de la tuberculose

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs de Processus	Indicateurs de Résultats
-----------------------	-----------	--------------------------	--------------------------

<p>Année 1 Enquête de prévalence de l'ITL à l'HNN</p>	<p>1) Création de l'équipe de coordination projet Nord/Sud -présentation au Comité d'Ethique</p> <p>-désignation d'un point focal</p> <p>-création d'un comité de pilotage projet local</p> <p>-missions référents nord pour la mise en œuvre et pour l'évaluation</p> <p>2) Plan de sondage Echantillonnage de 250 PS (1/5 du personnel) -information du personnel par voie d'affiche</p> <p>-information ciblée par courrier</p> <p>3) réalisation des tests -formation des techniciens</p> <p>-mise à disposition des réactifs et consommables de labo</p>	<p>Frais de dossier</p> <p>1 interne en médecine 50% (6 mois) 3 réunions de 6 personnes /an</p> <p>2 missions de 3 personnes par an (6)</p> <p>Statisticien (1 journée)</p> <p>Affiches (50)</p> <p>Consentement écrit (250) Lettres (250)</p> <p>2 techniciens pendant 1 jour au cours d'une mission de compagnonnage)</p> <p>Dispositif de prélèvement veineux (250) Tubes QFR (750) Réactifs (5 coffrets)</p>	<p><u>% positifs par services</u></p>
--	---	--	--

<p>Année 2 Mise à disposition de masques pour les Personnels à l'HNN</p>	<p>4) Rendu des résultats. Si positif = consultation médicale et radio à l'HNN (estimation si prévalence = 40%) assurées par l'hôpital</p> <p>5) analyse des résultats et présentation des résultats par le comité.</p> <p>1) Enquête observationnelle un jour donné des patients touseurs > 2s et des patients tuberculeux</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifier et formation des enquêteurs (n = 4) -Elaboration d'une grille d'observation <p>2) Formation au port de Masques pour les Patient Suspects</p> <ul style="list-style-type: none"> -Elaboration de recommandations locales -formation = 500 personnes <p>3) Evaluation des 2 types de masques</p> <ul style="list-style-type: none"> -questionnaire d'acceptabilité -grille d'observation du port de masques en situation réelle pendant une semaine. 	<p>Consultations spécialisées + Rx pulmonaires (100 pers. Si prévalence = 40%)</p> <p>Réunion de restitution pour 100 personnes</p> <p>1 mission du Nord (2 pers pendant 5 jours)</p> <p>Rémunération enquêteurs 3 jours X 4 pers Au cours de la mission du Nord déjà prévue</p> <p>½ journée (2 sessions/250 pers au cours d'une mission de compagnonnage prévue plus haut)</p> <p>4 enquêteurs (5 jours (100 observations) Achat des masques de PR et</p>	<p><u>Taux de port de masques /patients tuberculeux</u></p> <p><u>Taux de port de masque /suspects</u></p>
---	--	--	--

		de soins (1000 masques avec aide de l'industrie)	
--	--	--	--

4.4 AXE 4: L'accompagnement du patient : soutien social et psychologique et éducation thérapeutique des patients VIH+ en situation de vulnérabilité en vue d'une réduction du taux des perdus de vue et de la prévention des échecs thérapeutiques

☞ Ce projet associe Les partenaires suivants : RENIP+, MVS, LAFIAMATASSA, ESTHER, HNN, CTA, GAZOBY, ES 92

☞ Personnes responsables du suivi du Projet :

- Au Nord : Mamadou Dieng (ESTHER), Anne BEUGNY (ESTHER), Emmanuelle (ES 92)
- Au Sud : Issoufa (Collectif ESTHER), Boubou (Collectif)

4.1 Contexte :

Au Niger à Niamey depuis 2009 une plate forme hospitalo-associative facilitée par ESTHER regroupant les associations MVS, Lafia Matassa et RENIP+ travaille sur l'accompagnement psycho social des patients au niveau des sites du CTA (1498 patients traités dont 15% de perdus de vue), du CEDAV et de l'hôpital National de Niamey.

Activités principales des associations du collectif

- **MVS** : Sa file active est de 1400 patients environ. Elle développe une prise en charge communautaire à travers des visites à domicile , des enquêtes sociales , l'appui alimentaire, l'octroi et le suivi des AGR , la prise en charge psychologique , l'éducation thérapeutique , la prise en charge des frais de transport des personnes démunis...
- **Lafia Matassa** : prise en charge psychologique, prévention (groupes cibles : jeunes), dépistage, orientation, référence, sensibilisation à travers d'animations Environ 24 530 personnes sensibilisées au travers de 1103 animations au Niger entre décembre 2009 et octobre 2010. 1765 dépistages réalisés entre février 2009 et octobre 2010.
- **RENIP+** : accompagnement communautaire au niveau de 12 centres prescripteurs du Niger. Activités de prévention et de sensibilisation, d'éducation thérapeutique, visites à domicile, témoignages...
-

Activités au niveau des sites de prise en charge CTA, MVS et Hôpital national de Niamey dans le cadre de projet ESTHER :

- Prise en charge psychosociale : groupe de parole (16 groupes de 10 personnes/mois), VAD (30 /mois), recherche des perdus de vue (30 recherches/mois), soutien sociale (1421 en 4 mois), écoutes et entretiens, consultations et accompagnement psychologique (1047 en 4 mois)...
- Prise en charge des frais médicaux (examens complémentaires non pris en charge par l'INAARV, traitements contre les I.O et ordonnances supplémentaires...)
- PTME : appui aux nouveaux nés et aux enfants de plus de 6 mois en produits laitiers et en farine enrichie... Activité en cours de réalisation.
- L'éducation thérapeutique : Club d'observance, entretiens d'éducation thérapeutique... Activité en cours de réalisation.
- Appui juridique. Activité en cours de réalisation

Résultats des activités recensées de juin à septembre 2010 sur les 3 sites opérationnels (CTA, HNN, CEDAV)

LIBELLES	NOMBRE
1- ACCOMPAGNEMENT sur les sites	750
2- DEMARCHES SOCIALES	671
3- ECOUTE/TEMOIGNAGE/RECONFORT	1047
4- SERVICES AUX PERSONNES	275
5- SOUTIEN AU SERVICE MEDICAL	940
6- ORDONNANCES PRISES EN CHARGES	200
7- EXAMENS PRIS EN CHARGES	159

Un psychologue de formation est recruté pour l'accompagnement des équipes en prévention du burn out.

4.2 Organisation actuelle

- Points forts :

- Formation des conseillers psychosociaux (20 personnes) et des éducateurs thérapeutiques (10).
- Formation du comité de pilotage en gestion du projet (12), en comptabilité (8).
- Elaboration et mise en place d'outils de suivi
- Accompagnement des patients sur les sites
- Visites à domicile de médiation
- Groupes de paroles et repas communautaires
- Prise en charge des frais médicaux

- Points faibles : Difficultés/Goulots, GAP (justification)

- Informations sur le traitement et la maladie, mal intégrées par les patients (difficulté de langue, niveau de compréhension socioculturel, problèmes de stigmatisation...)
- Repérage difficiles des Perdus de vue sous ARV et non repérage des patients non traités. Manque de systèmes d'alerte précoce.
- Recherches des perdus de vue : absence notoire des contacts des patients, difficulté des RPV des patients résidents en région...
- Activités non encore effectives (PTME, Education thérapeutique, appui juridique)

4.3 Objectifs spécifiques

- Renforcement de la prévention et recherche des perdus de vue
- Mise en place un système d'alerte précoce pour l'identification des perdus de vue
- Mise en place d'un mécanisme de suivi et d'évaluation

4.4 Cadre Logique

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs de Processus	Indicateurs de Résultats
<p>1- Renforcement de la prévention et recherche des perdus de vue</p>	<p>Accompagnement psychosocial :</p> <p>1.1 : Maintien des CPS à partir du 1^{er} mai 2011 : CEDAV(3), HNN(5), CTA(5), Gazoby(3)</p> <p>1.2 formation continue des CPS sur la prise en charge du VIH et la relation d'aide</p> <p>1.3 activités des CPS: accompagnement, animations, groupes de parole, counselling individualisé et/collectif, VAD.</p> <p>☞ Maternité I.Gazoby : 3 CPS présents sur le site</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupes de Sensibilisation - Groupe de paroles - Counselling et accompagnement individuel - Recherche de perdus de vues - Visites à domicile pour accompagnement et/ou pour la rechercher des perdus de vue 	<p>1 journée par trimestre pour 16 CPS</p> <p>50 femmes 2 fois par semaine</p> <p>1 fois par semaine de 10 personnes: 40 femmes (frais de transport 750 FCFA /pers)</p> <p>2jours / sem</p> <p>Relance téléphonique par les CPS</p> <p>10 VAD /mois et 10 kits VAD/mois</p>	<p><u>% de perdus de vue retrouvés</u></p>

	<p>☞ HNN: 5 CPS présents sur le site</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe de parole - Permanence hospitalière tous les jours - Recherche de perdus de vues - Visites à domicile pour accompagnement et/ou pour la recherche des perdus de vue <p>☞ CTA: 5 CPS présents sur le site</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe de parole - Permanence hospitalière tous les jours - Recherche de perdus de vues - Visites à domicile pour accompagnement et/ou pour la recherche des perdus de vue 	<p>1 groupe de parole par semaine de 20 personnes = 80 personnes/ mois (frais de transport 750 FCFA /pers)</p> <p>1 CPS / service / jour</p> <p>Relance téléphonique par les CPS 10 VAD /mois et 10 kits VAD/mois</p> <p>1 groupe de parole par semaine de 20 personnes = 80 personnes/ mois (frais de transport 750 FCFA /pers)</p> <p>1 CPS / service / jour</p> <p>Relance téléphonique par les CPS 10 VAD /mois et 10 kits VAD/mois</p>	
--	---	---	--

	<p>☞ CEDAV : 3 CPS présents sur le site</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe de parole - Permanence hospitalière tous les jours - Recherche de perdus de vues - Visites à domicile pour accompagnement et/ou pour la recherche des perdus de vue <p>Education thérapeutique :</p> <p>1-1 : mission d'évaluation Nord/sud en vue d'une coordination, développement et renforcement de l'ETP au sein des 4 sites</p> <p>1-2 : Formation des équipes de soins et éducateurs des 4 sites en ETP</p> <p>1-3 : Recyclage en ETP des équipes de soins et éducateurs thérapeutiques des 4 sites</p>	<p>1 groupe de parole par semaine de 10 personnes = 40 personnes/ mois (frais de transport 750 FCFA /pers)</p> <p>1 CPS / service / jour</p> <p>Relance téléphonique par les CPS</p> <p>10 VAD /mois et 10 kits VAD/mois</p> <p>2 personnes (1 membre d'ES 92 et responsable formation Esther) pendant 5 jours la première année</p> <p>1 formateur local Solthis, 1 formateur ES 92, 1 formateur Format Santé pour 25 participants pour 5 jours en année 1</p> <p>1 formateur local Solthis, 1 formateur ES 92, 1 formateur Format Santé pour 25 participants pour 5 jours en année 2</p>	<p><u>Nombre de patients</u> <u>CV indétectable</u></p>
--	--	--	---

<p>2- Repérage des perdus de vue et mise en place de systèmes d'alertes précoces</p> <p>3- Mise en place d'un Mécanisme de coordination et de suivi</p>			
---	--	--	--

5. SUIVI DES ACTIVITES

Description des modalités de suivi

- *Le coordinateur ESTHER Le Docteur Boubacar Madougou est la personne référent ESTHER sur place. A cet égard il doit être informé à l'avance de toute visite Nord-Sud ou Sud-Nord et en faciliter le bon déroulement.*
- *Le coordinateur effectue des visites de supervision régulières des sites et relaye auprès des partenaires les difficultés rencontrées ou l'état d'avancement du projet (notamment dans son rapport trimestriel)*
- *Les partenaires français en déplacement au Niger transmettent un mémo au responsable de projet et au coordinateur ESTHER à leur retour de mission. Il en est de même pour les Nigériens de retour de stage en France*

- *Chaque institution bénéficiaire des financements ESTHER s'engage à transmettre un rapport technique et financier au GIP : tous les 6 mois si le financement est > 43 000 € et tous les ans s'il est < 43 000 €*
- *Le rapport technique et le mémo doivent renseigner dans la mesure du possible les indicateurs inscrits dans ce projet*
- *Toute communication publique concernant l'activité soutenue par ESTHER dans le projet devra mentionner la contribution d'ESTHER, en porter le logo et associer les partenaires concernés par le projet.*

Indicateurs d'activité de formation

- Nombre de journées d'atelier de formation et de mission de compagnonnage
- Nombre de personnes formées lors d'un atelier de formation ou d'une mission de compagnonnage
- Nombre de personnes formées lors d'un stage dans une structure hospitalière tierce

Indicateurs Systématiques à renseigner pour tout site d'intervention ESTHER

Conseil dépistage

1. Nombre de personnes ayant bénéficié d'un conseil dépistage au cours de la période

Prise en charge antirétrovirale

2. Nombre de patients en file active sur le site soutenu par ESTHER dans la période
3. % de patients ayant initié un traitement antirétroviral dans la période
4. % de patients recevant un traitement antirétroviral dans la période
5. % de patients vivants et sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral au cours de la période

Pédiatrie

6. Nombre de patients < 15 ans dans la file active dans la période
7. % de patients < 15 ans ayant initié un traitement antirétroviral dans la période (si disponible)
8. % de patients < 15 ans recevant un traitement antirétroviral dans la période (si disponible)
9. % de patients < 15 ans vivant et sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral au cours de la période (si disponible)
10. Nombre de patients < 2 ans dans la file active dans la période
11. % de patients < 2 ans ayant initié un traitement antirétroviral dans la période
12. % de patients < 2 ans recevant un traitement antirétroviral dans la période
13. % de patients < 2 ans vivant et sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral au cours de la période

PTME

- 14. % de femmes enceintes VIH+ qui ont reçu toute ou partie de PTME conforme OMS dans la période
- 15. % de femmes enceintes VIH+ qui ont reçu intégralement une PTME conforme OMS au cours de la période
- 16. % de nouveaux nés de mère VIH+ qui ont été dépistés avant 6 mois dans la période

Laboratoire

- 17. % de sites où la mesure des CD4 est réalisée sur site au cours de la période
- 18. % de sites où la mesure de la Charge Virale est réalisé sur site au cours de la période
- 19. Nombre de mesure de CD4 effectuée au cours de la période
- 20. Nombre de mesure de CV effectuée au cours de la période

Suivi évaluation

- 21. % de dossiers patient saisis dans base de données électronique
- 22. % de sites soutenus par ESTHER pour lesquels une base de données à jour est effectivement disponible