

Partenariat ESTHER
Rapport de Mission
ENTRAIDE SANTE 92 et GERES
09 au 13 Juillet 2012
Niamey, NIGER

Mission ESTHER du 09 au Juillet 2012

Hôpital National (HNN)

Centre de traitement ambulatoire (CTA)

Maternité centrale Issaka Gazoby (MIG)

ENTRAIDE SANTE 92

GERES

Pour Entraide Santé 92 :

CHU Ambroise Paré, 92 Boulogne
Elisabeth Rouveix (ER), médecin, PU- PH,

CHU Raymond Poincaré, 92 Garches
Emmanuelle Capron (EC), infirmière
Pierre de Truchis (PDT), médecin, PH

Pour le GERES :

CHU Claude Bernard Bichat, 75 Paris
Isabelle Lolom (IL), biohygiéniste

Pour ESTHER :

Responsable pays Niger
Dionke Fofana (DK)

Les objectifs de cette mission étaient multiples et correspondaient au suivi des projets ESTHER/NIGER:

- Suivi du protocole DBS : tests buvards pour charge virale et génotype de résistance dans la gestion des échecs virologiques (P de Truchis, E. Rouveix,)
- Suivi des conseillers psycho sociaux : éducation thérapeutique (E. Capron)
- Suivi de la cohorte mère enfant à la maternité Gazoby (E. Rouveix, I. Lolom)
- Suivi des actions GERES à l'HNN (I. Lolom, E. Rouveix) :
 - o Mise en place du matériel de sécurité et formation des formateurs ((I. Lolom, E. Capron)
 - o Suivi et prise en charge des AES (I. Lolom,)
 - o Suivi du protocole tuberculose personnel soignant (E. Rouveix, I. Lolom, P. de truchis)
- Formation AES du personnel soignant de la maternité GAZOBY (E. Rouveix, I. Lolom)

Les actions se situaient à Niamey : à l'HNN, au CTA, et à la maternité I. Gazoby et concernaient à la fois la poursuite du projet Entraide santé 92/Esther et le projet GERES/Esther .

Certaines des actions prévues dans chacun des 2 projets étant complémentaires, les membres de la mission ont pu, selon leurs compétences et les besoins, participer aux actions des deux projets.

Le calendrier des activités et rencontres du 09 au 13 juillet est donné en Annexe 1.

1. Action « prise en Charge thérapeutique et prévention et gestion des échecs thérapeutiques »

1.1 Formation des prescripteurs : *Echec thérapeutique et résistance aux ARV.*

(10/07/12 : Hôpital National de Niamey)

43 participants : médecins prescripteurs de Niamey (HNN, CTA, MVS-CESIC, MIG, Hôpital militaire), prescripteurs de régions : Agadez, Tahoua, Maradi, Dosso, Terra (avec le soutien de Solthis), CPS et éducateurs thérapeutiques, coordination Esther, médecin coordonateur Solthis, Dr M Ide (directeur ULSS).

- Présentations théoriques : 9h-12h30 :
 - Objectifs du traitement ARV (Pr E Rouveix)
 - Définir l'échec thérapeutique (P de Truchis)
 - La résistance aux ARV (P de Truchis)
 - Epidémiologie de la résistance au Sud en 1^{ère} et 2^e ligne (P de Truchis)
 - Conduite à tenir en cas d'échec virologique (P de Truchis)
- Staff multidisciplinaire des prescripteurs : 14h00-17h : cas cliniques et décision thérapeutique consensuelle : 11 dossiers discutés avec évaluation virologique et conclusion thérapeutique.

Recommandations :

- Intérêt majeur de la poursuite de l'évaluation des patients en échec pour permettre un passage plus précoce en 2° ligne et éviter l'accumulation des résistances.
- Programmation de staffs VIH hebdomadaires dans les structures (CTA, HNN), et de staffs en ligne Nord-Sud à prévoir une fois par mois.
- Plaidoyer pour un accès amélioré à la mesure de CV, avec discussion sur l'implantation d'une PCR VIH sur le site de l'HNN, ce qui réduira le risque de rupture du suivi des patients en cas de nouvelles difficultés au LNR
- Plaidoyer pour obtenir la réalisation future des génotypages de résistance à Niamey (LNR), sur plasma et papier buvard.
- plaidoyer pour la mise à disposition des ARV de 3^{ème} ligne

1.2 Accompagnement et Evaluation des activités du CTA :

- Activité toujours en croissance : 4300 dossiers ouverts, 1719 patients suivis sous traitement dont 1571 patients en 1° ligne, 148 patients en 2° ligne ou équivalent (=8,7%). Capacité d'accueil des patients, de stockage des dossiers, de boxes de consultation, largement dépassées.
- Personnel médical en nombre (4 médecins TP, + 1 volontaire bénévole), ce qui permet de mieux organiser les consultations et la prise en charge des patients en HDJ; personnel infirmier en diminution (1 retraite); CPS motivés et efficaces, présents de 7h30 à 12h00, sans prolongation possible du fait de l'absence d'accès aux sanitaires.. Psychologue présent, 2 stagiaires présents avec l'assistante sociale et le psychologue. Pharmacie approvisionnée et fournie.
- Organisation des médecins avec responsabilités particulières sur des sujets propres à chacun : TB (Dr Foureratou), Toxo-crypto (Dr Hassane)), hépatite B et PTME(Dr Aïcha), Kaposi (Dr Fatouma)
- Après perte de toutes les données 2011 en raison de la destruction de l'ordinateur de l'épidémiologiste du CTA, reprise des activités de recueil de données dans la base Fuchsia depuis 1 mois; toujours aucun retour sur les données propres du CTA. Un projet pilote d'évaluation de recueil local des données sur le logiciel Esope, avec mise en réseau des ordinateurs du CTA est envisagé dans les mois à venir.
- Interruption de l'appui alimentaire par le PAM depuis un an.
- Repas et petit-déjeuner proposés aux patients chaque jour, payés par le ministère (et la plateforme associative initialement?) et préparés par un membre du collectif associatif. Pérennité ?
- Laboratoire en grande difficulté: absence de possibilité d'examen hématologiques (automate chinois SINNOWA non fonctionnel, pas de kits disponibles); Facscount à nouveau opérationnel avec plusieurs pannes prolongées en 2011 et 2012, appareil ancien en fonctionnement depuis 2004; pas de recherche de paludisme faute de réactifs; manque de pipettes mécaniques (1000 microL) et tubes à hémolyse; kit Ag cryptocoque épuisé. Efficacité ++ du laboratoire du CTA pour la réalisation des buvards (protocole DBS), avec prélèvements nombreux, de bonne qualité, et intégration rapide des résultats obtenus. Manque de formation des techniciens de laboratoire.

Recommandations :

- *Laboratoire : plaider pour le renouvellement de l'automate d'hématologie et le renouvellement prochain du Facscount. Se rapprocher du programme Paludisme pour obtenir des réactifs Giemsa ou coloration rapide. Effectuer la commande d'Ag cryptocoque.*
- *relancer le projet d'agrandissement du CTA, éventuellement par construction d'un local attenant (MSP ?)*
- *demande de renouvellement pour un échographe, utile pour l'évaluation gynécologique des patientes, ainsi que pour l'aide au diagnostic des IO/TB (recherche d'adénopathies profondes).*
- *poursuivre le compagnonnage avec le CTA pour permettre une motivation renouvelée de l'ensemble du personnel. Formation permanente par contacts internet, staffs en ligne, et participation à des journées régionales ou internationales.*
- *assurer le renouvellement de la prise en charge des repas et petit déjeuners des patients sur le site du CTA.*
- *proposer des formations complémentaires pour les techniciens de laboratoire et un programme de formation continue pour les pharmaciens.*
- *réflexion sur une future action d'amélioration de la prise en charge des IO, avec appui au diagnostic, au traitement des IO et à l'obtention des médicaments des IO ; organisation d'une formation pour soutien méthodologique et amélioration du recueil des données.*
- *envisager un audit du fonctionnement de l'HDJ et de la qualité de la prise en charge des patients.*
- *Hygiène et prévention des AES : refaire formations*

1.3 Point sur l'état d'avancement de l'étude DBS

- 193 buvards ont été actuellement analysés par le laboratoire de virologie de l'Hôpital St Louis ; parmi ceux ci, 28 patients ont une CV détectée >800 copies/ml , et 23 patients ont une CV rendue détectable entre 100 et 800 c. Le taux d'échec virologique s'élèverait donc à 26,4% des patients prélevés. Chez les patients en 1° ligne, ce taux d'échec s'élève à 27% (46/170), et chez les patients en 2° ligne à 21,7% (5/23).
- L'analyse de la résistance a pu être possible avec génotype effectué et rendu pour 21/28 patients avec CV élevée et 3/23 patients avec CV faible.
- L'analyse des dosages d'ARV sur les mêmes DBS est en cours à l'hôpital Bichat (Dr G Peytavin)
- 49 nouveaux prélèvements DBS ont été ramenés lors de cette mission ; l'analyse future de ces échantillons est à discuter en fonction de la disponibilité des kits.

Recommandations :

- *prévoir l'achat d'un kit de mesure DBS supplémentaire (Esther, ES92)*
- *préparer l'analyse des résultats et la communication de ceux ci en congrès international et publication pour permettre la valorisation de la recherche clinique dans le cadre de l'action en cours.*

1.4 Rencontre Pr M Saidou, virologue, responsable du Laboratoire National de Référence (LNR), doyen de la faculté de Médecine de Niamey :

Rencontre le 13/07/2012, pour aborder les points suivants :

- Etat des lieux de la mesure de la CV au Niger et discussion sur les options futures d'implantation d'un 2^o appareil au Niger, nécessaire pour permettre de palier les difficultés de maintenance et réparation souvent nécessaires. Discussion sur l'accessibilité du génotypage de résistance qui ne semble pas être envisageable à court terme.
- Point sur l'état d'avancement de l'étude DBS et les retombées à prévoir ; une mesure du DNA viral sur buvard pour la détermination des enfants nés de mère VIH+ sera prochainement effectuée, mais la mesure de CV sur buvard n'est pas immédiatement envisagée.
- Préparation de la mise en place de l'étude TB/personnel soignant ; accord de principe pour le projet d'implantation d'un ou 2 GenXpert TB au laboratoire de l'HNN, et dans un 2^o lieu à déterminer (CNAT ??) ; il est probable que le LNR soit lui même doté d'un GenXpert TB prochainement ; le LNR sera également en mesure de faire une recherche de TB et résistance RIF+INH par le système Haynes, plus compliqué dans sa réalisation.

2. Action « *compagnonnage et renforcement en éducation thérapeutique des Conseillers psycho sociaux (CPS) et des éducateurs thérapeutiques* »

2.1 Formation continue à l'éducation thérapeutique (1^{ère} session mercredi 11 juillet 15h - 17h30)

- **Présentation des 18 participants et présentation des attentes et besoins** de chacun . Les principales difficultés évoquées sont :
 - Conduite d'un entretien motivationnel dans les attitudes de déni, pour motiver l'observance ou amener à un changement de comportement
 - mise en doute par le patient du respect du secret par le CPS
 - Reconnaissance de la place de l'ETP par certaines équipes soignantes. Proposer l'ETP systématiquement ?
 - Comment aider le patient à informer son conjoint ?
 - Application des formations ETP sur le terrain
 - Recherche des perdus de vue
 - Absence de local dédié à l'ETP sur certains sites

- **Définir le concept d'éducation** dans notre pratique d'éducateur :

Animateur du nord : Emmanuelle Capron (IDE ETP, Entraide Santé)

Animateur du sud : Hadiza Albade (Formatrice ETP, Solthis)

Travail de groupe d'après le « Questionnaire de Peretti » (annexe 2) « Eduquer c'est... » plusieurs propositions sont à classer « d'accord, pas d'accord ». Ce questionnaire incite les participants à réfléchir sur leur pratique et leur positionnement face au patient. Le sens attribué aux mots n'est pas toujours le

même pour tous...Discussion vive et animée où l'on perçoit des attitudes plus directives, autoritaires « il faut obliger », « il ne faut pas céder aux caprices des gens » et d'autres plus empathiques vis-à-vis du patient « il faut savoir faire des concessions », « l'obligation peut amener à une rupture de suivi »...

- **La relation d'aide :**

Animateur du sud : Fati Moussa Naba, psychologue à l'HNN

Diaporama présenté par Fati Moussa Nabi : Fait émerger une réflexion sur « être disponible », notion de jugement lié aux tabous, attitude empathique, la relation d'aide est contradictoire avec la notion « éduquer c'est dresser » évoquée dans le précédent exercice

- **S'exercer à la technique d'entretien :** écoute active, reformulation, donner des explications adaptées, utiliser des outils à bon escient :

Animateur du nord : Pr Elisabeth Rouveix / Emmanuelle Capron (IDE ETP) Entraide Santé 92

jeu de rôle : Homme 30 ans, a appris sa séropositivité il y a un mois et revient en consultation médicale pour débiter le traitement ARV. Après lui avoir expliqué les modalités de prise du traitement, le médecin rédige l'ordonnance :

Zidolam 1cp matin et soir et Sustiva 600 (Efavirenz) : 1cp le soir au coucher

Il demande ensuite au conseiller psychosocial d'accompagner le patient à la pharmacie pour aller chercher son traitement pour 15 jours. Au retour de la pharmacie, il lui propose une séance d'ETP pour l'aider sur le plan pratique à la mise en route de son traitement et à le gérer au quotidien.

Jeu mis en scène par les animateurs avec attitudes caricaturales négatives. Les participants interviennent pour corriger et proposer leur approche d'éducateur. Problématique soulevée : le Sustiva est prescrit à 22h donc l'objectif de l'éducateur est de persuader le patient de se coucher à 22 h tous les soirs. Message vraisemblablement transmis lors de formations en éducation thérapeutique et intégré par de nombreux CPS participants. Réajustement grâce à l'appui médical du Dr E. Rouveix sur les modalités de prise de l'EFV (1cp / 24H au coucher) et sur sa longue demi-vie plasmatique (possibilité de décaler la prise de quelques heures si l'heure du coucher est décalée).

Mise en évidence de l'importance du diagnostic éducatif qui permet d'explorer les conditions et habitudes de vie du patient pour adapter la prise du traitement à sa « vraie vie » et favoriser à long terme une meilleure observance.

2.2 Formation continue à l'éducation thérapeutique (2^{ème} session vendredi 13 juillet 2012)

Animateur du nord : Emmanuelle Capron

10 Participants : MVS, CTA, HNN, MIG

Jeu de rôle : Homme, 35 ans, marié, 4 enfants. Il se présente en consultation médicale alors qu'il n'est pas venu depuis 18 mois. Il vit à 1 heure de marche du centre de soins. Il est fatigué et a perdu du poids. Le médecin lui fait faire un prélèvement de sang : son taux de lymphocytes CD4 a beaucoup baissé. Il est en rupture de traitement depuis au moins une année. Le médecin lui prescrit les ARV et l'adresse en consultation d'ETP pour une reprise de traitement.

Jeu mis en scène par 2 participants. Les informations données au patient sont claires et fiables mais ne tiennent pas compte de la problématique actuelle posée par le patient : tendance à passer en revue toutes les problématiques de la pathologie (modes de transmissions, prévention de la transmission, paramètres biologiques, histoire naturelle de la maladie, traitement...). Trop d'informations données. Peu d'adaptation au niveau de langage du patient : emploi de termes médicaux alors qu'on peut supposer qu'il s'agisse d'un villageois.

Cette mise en scène nous aide à mettre en évidence l'importance du diagnostic éducatif afin d'adapter le discours au patient.

Reprise de la situation par l'animateur pour présenter aux participants 4 planches du chevalet d'éducation thérapeutique de GSK dont 3 sont présentes dans le chevalet de SOLTHIS. Ces planches paraissent être un bon outil pédagogique pour expliquer au patient l'action du VIH sur les lymphocytes T4 et l'objectif du traitement. Afin de familiariser les participants à l'utilisation de ces planches, elles ont été commentées, expliquées et interprétées comme face au patient.

2.3 Rencontre des CPS sur sites (jeudi 12 juillet 2012) :

- **CTA** : rencontre à l'occasion d'un groupe de parole de 10 patients en langue Zarma Songhaï, traduit simultanément en français. On constate :
 - besoin d'harmonisation des participants dans le groupe de parole : 2 patients ont été dépistés il y a moins de 3 semaines, deux suivies après la PTME, alors que d'autres traités depuis longtemps, parlent des traitements de 2^{ème} ligne...loin de la problématique actuelle des premiers, et source d'angoisse pour ceux-ci.
 - Facilité à parler des voies de transmission et de leur prévention.
 - difficultés à motiver l'observance : peu d'arguments mis à part la menace d'un traitement de 2^{ème} ligne, pas d'utilisation d'outils pédagogiques
 - Local inadapté en raison de l'exiguïté des locaux : passages fréquents, de personnes extérieures au groupe, dans la salle de réunion pour accéder aux dossiers patients archivés.

En plus de l'organisation de groupes de parole, on constate au CTA l'importance des CPS dans leur rôle d'accueil du patient et de mise à disposition de son dossier médical (aide administrative auprès du secrétariat).

- **MIG** : Pas de groupe de parole ni de séance d'ETP à ce moment-là. Echange avec les 2 CPS et visite des locaux :

- Restent joignables par téléphone par les patientes même en dehors des heures de présence.
 - Travail de sensibilisation au dépistage au moment des consultations prénatales (séances collectives de counselling).
 - Font le lien entre la patiente et la salle d'accouchement : veillent à la mise en place de la PTME en informant la sage femme de garde au moment de l'accouchement.
 - Local exigu et partagé avec la major du service
 - Apparemment absence de travail conjoint avec la sage femme ETP
 - Roulement des CPS tous les 6 mois sur les sites : difficultés pour les patientes à changer de CPS alors que le lien est créé. Difficultés pour les CPS à ne pas répondre à leurs appels téléphoniques alors qu'ils ont changé de site...
- **HNN:** rencontre à l'hôpital de jour des CPS de l'HDJ et de la CESIC en compagnie de toute l'équipe soignante de l'HDJ. Visite de l'HDJ.
 - HDJ
 - Local disponible
 - Travail d'équipe soignants / CPS.
 - Major diplômée ETP. Nombreux échanges d'expériences major/CPS
 - Groupes de parole : difficile d'harmoniser les groupes sur un thème si nécessité atteindre l'objectif de 10 patients/semaine. Exemple : réunir des personnes célibataires pour un groupe de parole. Pas possible de faire venir le même jour 10 personnes concernées par ce sujet.
 - Recherche des perdus de vue : l'objectif fixé est de retrouver 10 perdus de vue par mois par CPS. Ces résultats chiffrés sont-ils indispensables en dehors du fait qu'ils justifient l'activité des CPS ? Cet objectif ne risque-t-il pas d'avoir un effet inverse : une trop forte intrusion dans la vie du patient (appels téléphoniques répétés) ne risque-t-elle pas d'entraîner une réponse opposée et une envie de fuir sans laisser d'adresse de la part du patient? Confirmant cela, les CPS signalent que bon nombre de numéros de téléphone « tombent dans le vide » et sont inexacts... Notre réflexion est toujours de se dire qu'il vaut peut-être mieux passer plus de temps à la prévention des perdus de vue grâce à l'éducation thérapeutique, au lien et à la relation de confiance créée avec les CPS et les soignants, plutôt qu'à la seule recherche des perdus de vue pour remplir leur quota....
 - **CESIC**
 - Pour les groupes de parole, même problématique que l'HNN

- **Pavillon R. MADRAS :**
 - Travail en binôme CPS / psychologue du service formée en ETP
 - Si absence du médecin chef, peu des patients référés en ETP.
 - Faut-il rendre l'ETP systématique ?
 - Beaucoup d'interrogations sur les « cas difficiles »
- **Pédiatrie A :** CPS absente ce jour pour formation à l'extérieur
-

CONCLUSION : Cette formation destinée à renforcer les compétences des conseillers psychosociaux a pu mettre en évidence des points forts et certaines difficultés dans la prise en charge des patients par les CPS :

Points forts :

- CPS, motivés, engagés, très investis dans leur travail. Ils sont actifs, présents sur les sites
- Appui au niveau des structures (administratif)
- Lien patient / soignants+++

Difficultés :

- Nombre de participants imposés dans les groupes de parole
- Résultats quantitatifs attendus dans la recherche des perdus de vue
- Local dédié pas toujours adéquat
- Entretien motivationnel : manque de formation et de supports pédagogiques
- Intégration difficile dans certains services de soins ou par certains professionnels formés en ETP

Cette formation a permis beaucoup d'échanges grâce à la participation active des personnes présentes.

La confrontation de points de vue divergents sur la démarche d'éducation a permis la réflexion des uns et des autres.

La participation d'un médecin a permis de réajuster certaines connaissances et recommandations transmises au patient sur les médicaments antirétroviraux.

Les mises en situation ou jeux de rôle ont permis de travailler sur le contenu, la qualité et l'impact de l'entretien avec le patient, début d'un travail sur l'entretien motivationnel.

Malheureusement le temps passé sur les sites, essentiel à l'application d'une formation sur le terrain, n'a pas ciblé suffisamment les groupes de parole ou séances d'ETP prévues cette semaine là...

Recommandations :

- *proposer une modulation des quotas d'activité des CPS selon chaque site et chaque situation*
- *favoriser les échanges entre équipes soignantes et CPS*
- *favoriser la formation continue et l'accompagnement des CPS*

Propositions d'objectifs pour une prochaine formation :

- *Evaluer et renforcer le travail de l'entretien individualisé et ciblé sur le problème actuel du patient selon le diagnostic éducatif*

- *Evaluer les capacités des CPS à utiliser le chevalet diffusé par SOLTHIS autres que les planches déjà bien familières illustrant les voies de transmission et leur prévention.*
- *Après évaluation des capacités à utiliser le chevalet, uniformiser l'outil de tous les éducateurs (soignants et non soignants) et mettre à disposition un chevalet par CPS*
- *L'entretien motivationnel avec l'appui d'un formateur psychologue*
- *Intégration des CPS dans les équipes soignantes : travail d'échanges CPS / soignants*
- *Renforcement de la formation des soignants en éducation thérapeutique (Ex : pharmaciens CTA).*
- *Renforcement des connaissances sur les ARV des pharmaciens éducateurs et des CPS*
- *Prévoir d'avance le programme des groupes de parole et séances d'ETP prévus sur les sites par les CPS et soignants éducateurs.*
- *Proposer à nouveau des jeux de rôle comme support pédagogique (très appréciés selon les réponses au questionnaire « évaluation de la formation »).*
- *Prévention du Burn-out chez les CPS : sujet non évoqué au cours de ces rencontres mais qu'il est sans doute nécessaire d'aborder ?*

3. Action « cohorte mère enfant » maternité gazoby

3.1 Point sur la cohorte en juin 2012 :

Depuis decembre 2011 :

94 femmes VIH+ enceintes ont été incluses

6 sont perdues de vues

34 ont accouché ;

- 1 mort fœtale
- 1 interruption de grossesse
- 32 nnés vivant :
 - o 11/32 PCR VIH réalisées : 10/11- et 1/11+

54 femmes en cours de grossesse

3.2 Le masque de saisie des données a été fait et le MEC formé pour la saisie des données

Points forts :

- nombre d'inclusions très satisfaisant
- Accouchements réalisés à Gazoby pour 29/34
- Allaitement protégé réalisé selon recommandations

Points faibles :

- Il a été rappelé que les femmes perdues de vues devaient rester dans l'étude et leurs données analysées.
- Le travail des CPS autour de ces femmes (sensibilisation, dépistage, accompagnement

-) doit être comptabilisé et analysé avec les résultats de l'étude. Ils doivent également participer à la recherche des pertes de vues.
- Peu d'échanges entre médecin gynécologue et MEC
 - Le remplissage des cahiers du protocole n'est pas vérifié par le Médecin d'études cliniques recruté à cet effet ; il a été rappelé qu'avant toute saisie dans la base, le travail du MEC est de vérifier les données +++
 - Il semble que la charge virale ne soit pas faite systématiquement au moment de l'accouchement ce point est à vérifier ++ pour les inclusions suivantes
 - Le cahier finalisé n'a pas encore été imprimé ;
 - La formation prévue des sages femmes n'a pas été réalisée

Recommandations :

- *Intégration du travail des CPS dans le recueil des données*
- *Vérification systématique des données par le MEC qui doit réaliser un tableau excel permettant de suivre l'avancement des recrutements et des suivis des femmes et des enfants*
- *Relancer la réalisation de staff interstructures (MIG/HNN/CTA /) et inter professionnels (médecins prescripteurs, sages femmes, pharmaciens, pédiatres etc..)*

4. Actions GERES

4.1 Projet prévention de la tuberculose en milieu de soins

Une réunion a été organisée pour présentation du projet TB le 11 juillet 2012. Etaient présents

- pour l'HNN : E. Adehossi, M. Daou, B. Madougou et le médecin chef de la radiologie
- Alberto Piubello : Fondation F. Damien et représentant PNLT (+ internes)
- Z. Tchouso : médecin chef du service de phtisio et responsable du CNAT (+ Dr A. Hadjara)
- A. boureima (coordination ESTHER)
- E. Rouveix, Pierre De Truchis, I. Lolom

La personne en charge de superviser ce projet à l'HNN est le Dr Daou Mamane.

Les autres personnes concernées mais absente lors de la réunion ont été rencontrées individuellement (ER, PDT, IL, DF) : dr Daouda responsable de la pharmacie, dr Chaibou responsable du service de microbiologie (chaiibo@yahoo.fr), le directeur de l'HNN et le Pr Saydou, responsable du laboratoire de référence et doyen de la faculté de médecine.

4.1.1. 1^{er} volet : circuit des patients à microscopie positive (volet clinique et organisation)

Protocole : Inclusion de tous les patients avec M+ (anciens ou nouveaux cas) : hospitalisés dans le service de phtisiologie sur 15 jours, et dans les autres services sur une période de 1 à 2 mois (période d'étude à revoir en fonction du nombre de sujets inclus).

L'identification des patients se fera à partir du registre de demande BK de bactériologie.

Accord de principe du Dr TCHOUSSO Zatao ; également médecin chef de la phtisiologie pour inclure les patients identifiés M+ sur un prélèvement réalisé au CNAT : *demande d'autorisation écrite à rédiger (comité de pilotage HNN) auprès du PNLT et du CNAT pour récupération des données.*

Un interne a été identifié pour assurer le suivi de ce volet d'enquête Dr Salaoudine (travail de thèse) :

La grille de recueil des données (annexe 3) a été testée par IL, PDT avec l' interne.

Le Guide de l'enquêteur (2-3 pages) pour l'interne est en cours d'écriture (IL) et sera envoyé au plus vite avec la biblio sur risque de transmission nosocomiale et mesures préventives. L'objectif est de commencer le plus tôt possible c'est à dire en août 2012.

Recommandations

Débuter dès que possible cette étude

4.1.2 2^{ème} volet : évaluation de la prévalence de la tuberculose latente chez le personnel soignant : Protocole IGRA

Protocole : Il faut revoir l'échantillonnage (auprès de Yazdan) car il est souhaité d'inclure le personnel du CNAT (env. 30 personnes).

Il a été signalé une mobilité importante et récente du personnel dans l'hôpital ce qui pourrait amener à modifier la stratification proposée initialement.

Un médecin d'étude clinique doit être identifié à l'HNN mais il y'aurait aussi peut être un médecin du CNAT qui pourrait participer

Stage des techniciens de biologie pour méthode IGRA en France :

- 2 personnes ont été identifiées par le chef de la biologie
- accord de principe du service d'Immunologie (Pr Chollet Martin) pour accueil d'un stagiaire. La période de formation proposée est la 2^{ème} quinzaine de septembre. Formation sur 1 semaine (durée suffisante pour maîtriser la technique). Une personne de Cellestis se déplacera également pour assurer une partie de la formation et mise à disposition gratuite des réactifs.

Recommandations :

- *Revoir les effectifs et la stratification des échantillons de personnels*
- *Débuter à l'automne cette étude, dès les formations de techniciens réalisées*

4.1.3 3^{ème} volet : amélioration du diagnostic de la tuberculose par l'application de méthodes moléculaires permettant également la détection de la R à la rifampicine (Genexpert) pour réduire le risque de Tuberculose nosocomiale.

Il existe actuellement plusieurs projets d'amélioration du diagnostic de la tuberculose (cultures en milieu solide, projet de genexpert et de la méthode Hain au LNR-laboratoire de référence-) mais leur financement n'est pas certain.

Le renforcement des capacités du laboratoire de l'HNN a été bien accueilli par tous les acteurs et considéré comme complémentaire des projets en cours au NIGER.

Recommandations :

- *La poursuite de la recherche des financements à cet effet est souhaitée.*
- *Le LNR fera le contrôle de qualité de l'HNN.*

4.2. formation AES

Une formation AES a été réalisée à la maternité (ER, IL) et concernait environ 30 personnes : médecins, sages femmes, major, administration, infirmière, laborantin, pharmacien.

Les connaissances sont déjà largement acquises.
Le circuit de l'accidenté est à revoir.

Recommandations :

- prévoir lors d'une prochaine mission la réalisation d'un état des lieux (hygiène/prévention des AES) et la rédaction des procédures.

4.3 Formation des formateurs au matériel sécurisé

Le matériel doit arriver en aout et sera stocké et géré par la pharmacie.
Bien que non prévu initialement il est prévu d'équiper l'HDJ en materiel securisé.

5. Autres actions

5.1 Rencontre de Mieux Vivre avec le SIDA (ER, PDT, président

Abdoulaye.soumana@yahoo.fr et issoufa)

Cette association a été crée en 1994 et regroupe divers professionnels de santé. Soutenue très tôt par SIDACTION elle participe au réseau Afrique 2000 et fut à l'origine de la creation du premier centre de dépistage du Niger puis de l'ouverture du premier centre commaunautaire de prise en charge des patients. Actuellement 600 patients sous ARV sont suivis par MVS (CESIC localisé à l'entrée de l'HNN). Le projet est de sortir de l'HNN et de devenir un centre prescripteur autonome qui sera bientôt doté d'un facscount. C'est à ce titre qu' il sollicite le soutien d'ES92 en tant que partenaire, à travers des projets ESTHER ou Non. En sachant que MVS fait partie du réseau associatif soutenu par ESTHER. Il est convenu que ce point soit porté à la discussion d'Entraide santé 92.

5.2 Visite de l'HDJ de l'HNN

Dr hanke est actuellement responsable

Du matériel est manquant et serait à prévoir dans les projets prévention des AES): fauteuil de prélèvement, chaise et lampe pour prélèvements

6. Projets

6.1 prochaines missions

- octobre 2012 mission GERES et rédaction des projets :

E. Rouveix, E. Bouvet, 1 Pneumologue, véronique friocourt (qualité des BK directs et suivi mie en place quantiferon) ??????????

- Novembre 2012 mission PTME Gazoby

Catherine crenn, corinne Floch, 1 sage femme , huguette berthe TEC (suivi des données). ??????????

6.2 Projets 2013 :

- ACTION 1 : Amélioration de la qualité de la prise en charge des patients VIH et prévention de la résistance / CHARGE VIRALE
 - o Accès à la charge virale en temps réel pour prévenir les R équiper l'HNN en appareil à charge virale et à l'utilisation de buvards
 - o Amélioration du suivi et prise en charge IO
 - o Soutien aux laboratoires HNN et CTA
 - o Formations méthodologie de suivi de cohortes
 - o Evaluation des activités CTA et HDJ
 - o Agrandissement du CTA
 - o Staff NORD SUD
 - ACTION 2 : Suivi de cohorte enfants nés de mère VIH
 - o Idem 2011 -2012
 - ACTION 3 : Protection du personnel soignant :
 - o Audit et procédures à GAZOBY
 - o Projet Genexpert
 - o Matériel de sécurité
 - o Equipement HDJ HNN
 - ACTION 4 : Suivi et accompagnement des CPS (en lien avec action 1)
-

Annexe 1 : AGENDA de la Mission à niamey 09 au 13 juillet 2012

Lundi 09 juillet 2012

Arrivée à niamey à 16h00

16H00-19H00 : Réunion de travail avec Coordination ESTHER

Mardi 10/07/2012

8H30- 17H00 :

- « Formation prise en charge de l'échec thérapeutique » à l' HNN (PDT + ER)
- Organisation de la formation des référents au prélèvement sanguin sécurisé (IL+EC)
- Bilan hygiène et évacuation des déchets HNN(IL+EC)
- Préparation enquête observation des pratiques TB (IL+EC)

Mercredi 11/07/2012

8H30-12H30 :

- Réunion projet tuberculose HNN (ER + PDT+IL)
- Compagnonnage CTA (EC)

14H00-17H00

- Formation des éducateurs thérapeutiques et des conseillers psychosociaux (EC+ER)
- Observations des pratiques Tb BK+ (IL+PDT)

Jeudi 12/07/2012

8H30-12H30 :

- AES maternité Gazoby (ER+IL)

8H30-12H30 :

- Compagnonnage HNN/CCA (PDT+EC)

13H00-17H00 :

- Staff maternité Gazoby : suivi cohorte mère enfant (ER+ IL+ PDT)
- Formation à la base de saisie du protocole PTME (IL)
- Compagnonnage CPS HNN (EC)

18H00- 20H00 / Rencontre MVS (PDT, ER)

20H00 : dîner avec les partenaires

Vendredi 13/07/2012

8H00- 9H00 : Rencontre du directeur de l'HNN : ER/IL

9H00 -12H30 : EC+II

- Formation matériel sécurité HNN

8H30-12H30 :

- Compagnonnage/STAFF CTA (PDT)
- Rencontre PR Saydou (ER+PDT)

14 h00 – 16H00 :

- Compagnonnage CPS (EC)
- Rencontre biologiste et pharmacien HNN (ER et PDT)
- Formation base de données cohorte gazoby (IL)

16H00-18H00 : synthèse de la mission dans les locaux de la coordination ESTHER (TOUS)

22H00 départ

Annexe 2. _Questionnaire (« De Peretti »)

Objectif : Clarifier les intentions éducatives et la finalité que chacun attribue à l'éducation du patient

Déroulement de l'activité : Pour chaque item êtes-vous : Le plus d'accord , D'accord ? Indifférent , Pas tout à fait d'accord ? Rejette tout à fait

Éduquer, c'est savoir attendre.

Éduquer, c'est inculquer le sens du devoir.

Éduquer, c'est permettre aux possibilités d'une personne de se révéler.

Éduquer, c'est laisser faire.

Éduquer, c'est apporter les conditionnements qui faciliteront l'apprentissage de bonnes habitudes.

Éduquer, c'est donner l'exemple.

Éduquer, c'est communiquer en profondeur avec une personne pour l'aider à communiquer avec elle-même.

Éduquer, c'est savoir se taire.

Éduquer, c'est instruire.

Éduquer, c'est dresser.

Éduquer, c'est révéler les valeurs essentielles.

Éduquer, c'est entraîner à obéir.

Éduquer, c'est accompagner les démarches tâtonnantes des personnes pour qu'elles prennent

davantage de hardiesse et de sécurité.

Éduquer, c'est présenter les modèles de comportements fondamentaux.

Éduquer, c'est apporter les contraintes immédiates qui réfrènent les instincts et les pulsions anarchiques.

Éduquer, c'est provoquer inlassablement.

Éduquer, c'est aider progressivement une personne à affronter son angoisse et à s'ouvrir aux autres.

Éduquer, c'est savoir bousculer.

Éduquer, c'est faire confiance.

Éduquer, c'est s'éduquer.

Source :

BOÎTE À OUTILS POUR LES FORMATEURS EN ÉDUCATION DU PATIENT- INPES

Activité proposée par Isabelle Vincent. Adaptation d'une activité proposée dans EdDiaS'. Guide d'aide à l'action en éducation du patient diabétique. Inpes, 2004.

Référence : Peretti (INRP, 1986). Q-sort. In : Tilman F, Grootaers D. Les Chemins de la pédagogie.

Lyon : Chronique Sociale ; 1994