

Projet ESTHER-NIGER

Mission à Niamey 7 au 12 décembre 2014

Entraide Santé 92 et GERES

Participants Entraide santé 92

Huguette Berthé, technicienne d'étude clinique, Hôpital Raymond Poincaré, AP-HP

Emmanuelle Capron, infirmière, Hôpital Raymond Poincaré, AP-HP

Pierre de Truchis, médecin, PH, Hôpital Raymond Poincaré, AP-HP

Elisabeth Rouveix, médecin, PUPH, Hôpital Ambroise Paré, AP-HP

Charlotte Glemarec, infirmière, Hôpital Ambroise Paré, AP-HP

Participants GERES

Elisabeth Bouvet, médecin, PUPH, Hôpital Bichat-Claude Bernard, APHP

Isabelle Lolom, Technicienne hygiéniste, Hôpital Bichat-Claude Bernard, APHP

Participants GIP-ESTHER

Dionke Fofana, responsable Pays NIGER, ESTHER Paris

Boubacar Madougou, médecin, correspondant ESTHER Niamey

Boureima Amadou, infirmier, correspondant ESTHER Niamey

Résumé de la mission

- **Sites d'intervention** : Centre de traitement ambulatoire (CTA), Hôpital National de Niamey (HNN), maternité Issaka Gazoby (MIG)
- **Objectifs de la mission**
 1. **Compagnonnage au CTA** (détails des observations : annexe 1) : Les constatations actuelles sont identiques depuis plus d'un an : l'activité est toujours importante mais le CTA est en grande difficulté et ne prend plus de nouveaux patients depuis mai 2014. L'appareil à CD4 fonctionne de même que l'automate de biochimie mais ces appareils datent de 10 ans et ont été réparés plusieurs fois. Les subventions accordées par l'état pour le centre sont clairement insuffisantes. Les locaux sont exigus eu égard au nombre d'intervenants médicaux et paramédicaux et au nombre de patients pris en charge. On note également un relâchement dans la tenue globale du centre (rangements des dossiers, salle de réunion envahie de cartons de dossiers, hygiène globale) et dans la motivation des intervenants. De plus, les appareils électriques récemment endommagés (tel le lave-linge) et certains locaux n'ont pas été réparés depuis l'incendie électrique. Le projet d'extension de locaux subventionné par Entraide santé 92 a été retenu. Discussion avec le Dr Yacouba Nouhou pour la restructuration des réunions de service et staffs hebdomadaires, peu fréquents ces derniers temps, et la réorganisation de l'encadrement de l'HDJ.
 2. **Mise en place de la détermination de la CV à l'HNN.**

Grace à ESTHER, l'appareil est arrivé au laboratoire de biologie moléculaire. La biologiste a été formée et la mise en fonctionnement a été réalisée lors de notre de mission grâce à la présence d'un responsable ABBOTT.

Une journée de travail pluridisciplinaire avec les médecins, les CPS et les virologues a permis de déterminer les patients prioritaires pour la détermination de la charge virale compte tenu du nombre actuellement limité de réactifs. Une demande a été faite auprès des autorités ministérielles pour que les réactifs soient pris en charge dans le cadre de l'INNARV.

Des fiches de demande de CV (adulte, enfant) ont été élaborées lors du séjour, et validées par les prescripteurs et le laboratoire HNN (annexe 2)

De même il a été décidé lors de ce staff, d'insister auprès du ministère pour l'achat des traitements de 3èmes lignes.
 3. **Rencontre MVS** :

Rencontres : médecin, responsable pharmacie, laboratoire, Assistante Sociale, et directeur de MVS. Activité toujours importante pour le dépistage et le suivi des patients avec actuellement plus de 800 patients traités ; 2 médecins actifs, impliqués, attentifs et motivés, mais travaillant encore de façon assez isolés, avec peu de formation continue ; laboratoire actif pour le dépistage, mais envoi de tous les examens à l'HNN ou au CHU Lamordé (pas

d'automates de biochimie ni d'hématologie, un « Point-of-care » CD4 PIMA avec peu de réactifs et insuffisant pour la file active). Pharmacien actif, responsable de l'ETP, et isolé (pas de remplacement possible pour vacances ou formations). A noter que MVS doit faire face à un afflux de nouveaux patients du fait de la saturation du CTA, qui y adresse ses patients dépistés. Difficultés financières du fait de la réduction des dotations associatives et institutionnelles, les seuls financements provenant actuellement de Sidaction et de Solidarité Sida. Loyer du centre MVS de plus en plus difficile à financer. Demandes réitérées d'aide pour le suivi et la formation du personnel, d'aide à la récupération de matériel informatique, médical, et de laboratoire ; souhait d'être reconnu comme un centre d'activité Esther (participation actuelle limitée au projet de suivi des CPS).

4. *Suivi de la cohorte Mère enfant de la maternité Gazoby.*

- L'équipe PTME est extrêmement mobilisée et fière de cette expérience. Depuis que l'objectif de 200 couples mères enfant VIH a été atteint l'activité se poursuit. Au total 318 femmes VIH+ ont été incluses, 225 ont accouché dont 30 par césarienne. 139 enfants sont suivis et 106 ont eu une sérologie à 18 mois. Le taux de TME semble extrêmement bas, conforme aux objectifs théoriques (2 enfants VIH+). Grace au travail des CPS, il y a peu de pertes de vue.
- En plus des 318 femmes incluses dans la Cohorte, 108 femmes ne répondant pas aux critères d'inclusion sont suivies dans le cadre de la PTME. 84 ont accouché ; 8 sérologies à 18 mois ont été réalisées et sont négatives.

Les problèmes actuels sont :

- L'absence d'accès à la charge virale, pour la mère comme pour l'enfant, va être réglé grâce à la réalisation de la CV à L'HNN
- La base de recueil : les Jo des 222 femmes de la cohorte, 62 couples mères enfants sont entièrement entrés dans la base grâce à l'aide de la mise à jour de la base lors de notre mission. La collecte des données à rentrer dans la base reste difficile. Un médecin épidémiologiste a été recruté et va suivre le projet. La fiche de recueil a été simplifiée (annexe 3) : une nouvelle base de donnée sera mise en place par la suite sur la base de cette nouvelle fiche.
- La réquisition du local des CPS par la gendarmerie suite à un problème de sécurité à la MIG
- Les difficultés de communication ont également été discutées.

5. *Suivi de l'implantation du matériel de sécurité de prélèvement sanguin ; gestion des déchets à l'HNN : visite des services (EC, IL, CG)*

Pour rappel, le matériel de sécurité de prélèvement sanguin a été implanté au fur et à mesure depuis septembre 2013 : à ce jour 12 services de l'HNN sont équipés (détails annexe 7). Accompagnées des majors respectifs, nous sommes passées dans les différents services (n = 12) avec une grille d'évaluation comprenant plusieurs critères :

- L'utilisation des réceptacles pour objets piquants, coupants, tranchants (OPCT)
- Affichage des documents : CAT en cas d'AES, tri des déchets et utilisation du dispositif de prélèvement veineux sécurisé
- Le stock des dispositifs de sécurité

Les points positifs sont (détails des observations : annexe 4) :

- Dans tous les services visités, nous avons observé la présence et l'utilisation des réceptacles pour OPCT. En pratique ce sont des réceptacles de type SAFETY BOX, généralement situés dans les postes de soins sur la paillasse / au sol ou sur un chariot dans le couloir (rarement fixé).
- Un tri correct : aucune présence d'OPCT dans des réceptacles pour déchets non infectieux n'a été constatée à l'exception d'un seul site. Absence d'objets trainants (sol/chariot/paillasse) là aussi à l'exception d'un site
- Concernant les documents : *CAT en cas d'AES/liste des référents (en date de 2009 et 2013)* ; *Affiche tri des déchets* → ils sont tous deux affichés dans les postes de soins. Rares sont les *affiches d'utilisation des dispositifs de sécurité*, seulement dans les services utilisant le dispositif d'ailettes « Pro Active » : une demande de DEVIS est en cours pour affichage dans les unités équipés de matériels de sécurité

Les points à revoir sont :

- La gestion des SAFETY BOX : beaucoup de réceptacles sont « débordants » : il faut donc sensibiliser à nouveau les professionnels
- L'absence de zone de stockage transitoire sécurisé des réceptacles (avant acheminement par les manœuvres à l'élimination finale). Les réceptacles pleins sont pour la plupart accessibles à tous (y compris aux visiteurs), au sol et présentent un réel danger d'AES.
- Le ramassage des SAFETY BOX se fait par les manœuvres affectés au service à la demande des majors : un passage systématique et quotidien pourrait être une solution à cette problématique. Ce problème a été remonté à la responsable du service d'hygiène et sera discuté avec le Dr Madougou et Hama Diaouga.

Nous avons également tenu à relever le stock des dispositifs de sécurité dans les services et leurs consommations qui varient en fonction des spécialités. En effet, certains services (comme Médecine A, Médecine B) peuvent faire jusqu'à 40 prélèvements par jour en raison de nombreux patients diabétiques et d'absence de matériel pour effectuer des glycémies capillaires (3fois/j). Les stocks sont rapidement écoulés et le personnel prélève à l'aiguille. Les majors ont été informés que le matériel de prélèvements devrait être prochainement disponible et accessible par le biais de commande à la pharmacie

6. *Traitement des déchets d'activités de soins par l'appareil SINOTEC™ (Société QIXIA SINOTEC CO LTD – CHINE - <http://www.sintotecqx.com>)*

Un appareil pour le traitement des déchets médicaux a été installé à l'HNN (*financement Ministériel*) : description de l'appareil (annexe 5). Nous avons rencontré lors de notre passage le représentant de la société (Nicola HE : 00 227 90 79 50 36) : appareil en cours de rétrocession à l'HNN. Le principe de ce type d'appareil est de combiner le broyage des déchets à une phase de stérilisation par la production de vapeur dans une même enceinte fermée et compacte. La stérilisation se fait à haute température (135°C) et sous pression (2-3 bars) : la durée d'un cycle étant de 60 minutes environ. Le produit final est donc constitué de broyats stérilisés assimilables aux déchets non infectieux. Les avantages sont nombreux, notamment dans des structures telles que l'HNN où jusqu'ici aucun traitement des déchets n'était effectif :

- gestion in situ des déchets : appareil à priori simple d'utilisation (un agent de l'HNN a été formé à son utilisation : absent lors de notre passage) : gestion automatisé
- réduction du volume des déchets
- banalisation des déchets : réduction du risque lié à la gestion
- écologique : respect de l'environnement

L'appareil est conçu pour traiter tous types de déchets solides ou liquides mais de petit volume : seringues, aiguilles, plastiques, petits équipements de laboratoires (boîtes de pétri, cône plastiques ...): détails en annexe. L'appareil semble suffisamment dimensionné pour traiter les déchets de petit volume produits dans l'établissement puisqu'il permet de traiter par cycle environ 20 kg de déchets (volume de la trémie : 200 L)

Il est cependant regrettable qu'il n'y ait pas eu de discussion en amont avant l'introduction de ce type d'appareil. En effet, même si ce dispositif répond à une problématique majeure à l'HNN, son utilisation génère pour le personnel en charge de son utilisation un risque d'exposition important. L'appareil n'est pas performant pour assurer le broyage et le traitement de matières compactes telles que les boîtes cartonnées Safety-box® : la personne doit donc ouvrir les conteneurs à la main pour en vider le contenu dans l'appareil (double manipulation lors de notre passage : contenu des Safety-box® déversé dans un sac poubelle puis placement du sac poubelle dans l'appareil : orifice d'introduction situé sur la partie supérieure du dispositif). Cette manipulation intermédiaire va à l'encontre des bonnes pratiques et expose fortement le personnel. Il reste en plus à gérer les conteneurs Safety-Box® dans lequel il reste encore des objets piquants, tranchants. Les mesures de protection ont été discutées avec H Diaouga : port de gants type ménage obligatoire, bottes plastiques.

7. *Suivi du projet de prévention du risque de transmission de tuberculose en milieu de soins à l'HNN (EB, IL)*

▪ *Volet 1 « ITL » : mesure de la prévalence de l'infection tuberculeuse latente (ITL) chez le personnel (test Quantiferon®)*

L'étude est terminée, un premier bilan a été fait avec les partenaires du sud : les Dr Saada Moussa, Madougou et Souleymane. Finalement 259 personnes ont été prélevées dont 29 dans la strate A : personnel à haut risque d'exposition (phtysiologie / maladies infectieuses) : détails par strate (tableau 1)

Tableau 1. Détails des inclusions par strate

Stratification	Effectifs/strate	Effectifs attendus ¹	Effectifs inclus
A (personnel à haut risque d'exposition)	33	33	24
B (secteur médical)	188	99 à 132	81
C (secteur chirurgical)	244	99 à 132	76
D (personnel à faible risque d'exposition)	239	99 à 132	78

¹Effectifs attendus après tirage au sort.

Appariement par personne incluse dans la strate A : 3 à 4 dans chacune des trois autres strates

Par rapport à l'objectif initial (330 personnes à inclure au minimum), le taux d'inclusion a été de 78.5%. Par ailleurs, le nombre de « témoins » attendus par personne incluse dans la strate A (au minimum 3 dans chacune des trois autres strates) est respecté. A noter que le personnel du CNAT n'a finalement pas été inclus dans cette étude.

Les résultats sont intéressants :

- 159 (61%) tests Quantiferon® négatifs (ITL < 0.35 IU/ml)
- 88 (34%) tests Quantiferon® positifs (ITL > 0.70 IU/ml)
- 66.7% des personnes dans la strate A ont un test Quantiferon® positif® (vs 32 à 42% dans les autres strates). Il semble donc qu'il existe bien un taux d'infection significativement plus élevé chez les personnels de services à haut risque, témoignant d'un sur risque lié à l'exposition professionnelle. Cette tendance devra être confirmée par une analyse plus fine après consolidation des données.
- 12 (5%) personnes ont un test Quantiferon® compris entre 0,35 et 0,70 (zone grise) : un nouveau prélèvement est prévu pour une nouvelle détermination du taux d'ITL. La liste des personnes concernées a été transmise au Dr Saada : il est aussi nécessaire de documenter à nouveau la fiche de recueil patient au moment du prélèvement. Si le test est toujours supérieur à 0,35 ils seront considérés comme positifs.

Autres points discutés :

- Rédaction faite des lettres de rendu des résultats négatif/positif (annexes 6-7) :
 - ♦ si test négatif : pas de consultation sauf à la demande du personnel,
 - ♦ si test positif : une radiologie (gratuite pour le personnel) est une consultation sont proposées. En présence d'une anomalie sur la radiologie, un suivi du personnel est prévu.
- Le nombre de personnes testées dans la strate A est inférieur à ce qui était attendu car plusieurs personnes ont refusé de participer (n=9). IL n'est pas possible de prélever de nouveaux personnels car tout l'effectif était concerné par l'étude. Pour l'analyse finale des données, il faut cependant décrire cette population sur les items suivants : âge, catégorie professionnelles ; ancienneté service, fonction et motif du refus (en cours). Par ailleurs, lors de la présentation initiale de l'étude et de la réalisation des premiers tests plusieurs personnels du laboratoire avaient été testés (entre 50 et 60 tests). Ces données complémentaires seront utilisées dans le rapport final de l'étude. Un avis sera pris auprès du Pr Yasdanpanah (Paris) pour valider les résultats et décider de la nécessité ou non de compléter l'étude.
- Restitution des données globales d'enquête : une fois l'analyse terminée, une présentation sera faite sur site
- Nettoyage de la base en cours : récupération des données manquantes, correction des données aberrantes ...
- Passage au laboratoire pour vérification des stocks : 2 coffrets de 28 tests (date de péremption 01/2015 et 06/2015) ; tubes de prélèvements suffisant (env. 100 patients). A noter que la réalisation de la technique n'a posé aucun problème.

▪ **Volet 2 circuit des patients : description des parcours des patients avec de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (Pts TP-M+).** Personnes ressources à l'HNN : Dr MoussaSaada et Alzouma Abdourrazak (phtysiologie)

Pour rappel, il s'agit d'une enquête descriptive prospective avec inclusion des Pts-TPM+ hospitalisés concernant le parcours et les modalités de prise en charge de ces patients sur trois axes : circuit du patient depuis l'admission, histoire de la maladie (cliniques et microbiologiques), et mesures (techniques, géographiques, organisationnelles) visant à éviter

la transmission nosocomiale. L'étude est terminée, les derniers questionnaires des patients inclus ont été récupérés lors de notre venue.

Au final, l'enquête qui s'est déroulée en deux temps (2012/2013 puis 2014), a permis d'inclure plus de 150 patients (analyse finale en cours). Les radiographies pulmonaires ne peuvent pas être revues car elles ne sont pas présentes dans les dossiers : souvent absentes et si faites données aux patients. Une analyse préliminaire sur 127 patients montre les résultats suivants :

- Passage par les urgences (64.5%)
- Admission en phtysiologie (service de référence) :
 - directe (35%) : concerne les Pts uniquement avec diagnostic externe à l'HNN
 - via un autres service de l'HNN (65%) : le plus souvent maladies infectieuses)
- Pts-TPM+ : 49% avec BAAR> 10/Champ (fortement baccillifère)
- Délai diagnostic après admission > 3 jrs (36%)
- Délai de mise sous traitement après diagnostic > 3 jrs (26%)
- Pas d'isolement des Pts-TPM+ en dehors de la phtysiologie, hospitalisation en salle commune, pas de masques à dispositions

Ces données intéressantes sur la durée de séjour des patients contagieux dans les services non spécifiques tuberculeux ont été obtenues et apportent des arguments forts pour inciter à limiter l'exposition des professionnels et des autres patients par des mesures simples = port de masques de soins pour les patients et port de masque de protection respiratoire pour les soignants ainsi que sur la nécessité d'accélérer le diagnostic de la tuberculose à l'HNN par la mise en œuvre de la technique rapide GeneXpert MTB/RIF®.

▪ **Volet 3 – Mise en place d'une technique rapide de diagnostic de la tuberculose – Test MTB/RIF® GeneXpert – Société Cepheid**

- Le projet est encore retardé en raison du non financement effectif de l'appareil GeneXpert : financement par Total non confirmé, réponse finale tout début 2015

- En attendant :

- Une personne du laboratoire de l'HNN (M Laouali Boubou) a été formé à Paris (CHU Bichat et par la société Cepheid en e-learning) à l'utilisation de l'appareil et à la réalisation de la technique (septembre 2014)
- Un médecin (rencontré lors de notre venue) a été identifié comme investigateur principal sur ce projet : Dr Brah Souleymane. Le recrutement d'un interne pour ce projet dans le cadre de sa thèse doit être discuté en interne
- Le protocole a été discuté sur la base de celui de l'étude actuellement en cours au Togo : il doit être adapté en tenant compte des spécificités locales (une version finale devrait être disponible en janvier)
- NB1. 5 services seront inclus : Maladies infectieuses, Médecine B1/B2/B3 et Phtysiologie
- NB2. actuellement une partie des échantillons sont traités au CNAT mais dans le cadre de ce projet, il faudra privilégier un traitement exclusif sur site, en tout cas dans les services participants (à revoir avec le CNAT)
- NB3. la procédure de traitement des échantillons au laboratoire va être rédigée par L. Boubou. Une évaluation du matériel nécessaire à la technique en dehors des kits GeneXpert est également prévu (petits équipements de laboratoire ...).

▪ **Volet 4 – Evaluation d'une stratégie d'implantation de masques de protection (masque de soin, et de respiratoire)**

Le projet reste encore à finaliser mais l'objectif est d'évaluer l'acceptabilité du port de masque dans une stratégie de prévention du risque de transmission de la tuberculose. 2 types de stratégie seront proposés : le port de masque de soin par le patient, et le port de masque de protection respiratoire par les professionnels. En effet, l'organisation des soins (nombre d'intervenant : équipe médicale et paramédicale, étudiants ...), le contexte architectural (salle commune), la présence des familles doit nous amener à évaluer plusieurs stratégies préventives.

Ce projet doit permettre :

- D'élaborer avec les partenaires du sud des recommandations de port de masque (indications, bonnes pratiques d'utilisation)
- Renforcer les connaissances des professionnels sur le mode de transmissions de la tuberculose, et les former au port de masque
- Evaluer l'acceptabilité :
 - du port de masque de soin par les patients
 - du port de masque de protection respiratoire de type FFP2 par les soignants
- Mesurer le cas échéant l'écart entre les recommandations officielles et les mesures en place dans les services : enquête d'observation de type un jour donné par exemple

Ce projet a été discuté avec l'équipe médicale en charge des aspects tuberculose (Dr Saada, Madougou et Souleymane) et devrait débuter au cours du 1^{er} semestre 2015. Il a été également présenté aux Majors des services suivants : Médecine B1, B2, B3, Phtysiologie, Maladies Infectieuses/Rhumatologie (177 lits). Tous sont d'accord pour participer à ce projet, qui devrait être piloté par Hama Diaouga. Plusieurs types de masque de protection respiratoire ont été présentés ; au final 2 seront testés

▪ **Masque à plis V-Flex (3M)**



▪ **Masque type bec de canard (Valmy)**



Les critères suivants seront évalués (par questionnaire et/ou par observation) :

- facilité d'apprentissage, facilité de mise en place, adaptations aux contours du visage (ajustement), durée de port, confort respiratoire (respirabilité), facilité pour communiquer, barrette nasale, lanière élastiques, tolérance cutanée
- impact sur la filière des déchets

Des tests complémentaires pour vérifier le bon ajustement du masque pourraient être utilisés : qualitatif (Fit-Check) ou quantitatif (Fit Test)

Ces données serviront à établir un cahier des charges et à définir une stratégie d'implantation la plus adaptée au contexte local en tenant compte également des coûts générés par l'achat de ce type de d'équipement de protection en fonction de la fréquence d'utilisation.

8. Projet Ebola : Fabrication de Solution Hydro Alcoolique à l'HNN.

En raison de l'épidémie à virus Ebola de la région Afrique de l'Ouest, un projet d'introduction des SHA à l'HNN est en cours. Ce projet est en cohérence avec les actions de protection du personnel soignant vis-à-vis des risques infectieux en milieu de soin déjà menées à l'HNN et s'intègre parfaitement avec la préparation à un éventuel risque. Dans ce projet, l'hôpital s'engagerait à mettre à disposition un local adapté et en conformité. Le financement est en cours de recherche (en particulier APPS). En particulier le Directeur Adjoint, Bawan-Allah Goubekoy est extrêmement favorable à ce projet. Il nous a conseillé de nous rapprocher d'une pharmacienne le Dr Zelika (96 77 97 64 et 90 07 43 12) de l'hôpital Lamordé qui a travaillé sur ce sujet en particulier au Mali. Nous n'avons pas pu la rencontrer lors de notre séjour car elle était en déplacement. Dr Boubacar Madougou doit la rencontrer

9. Compagnonnage a l'HDJ de l'HNN

Les besoins exprimés sont : la disponibilité des traitements ARV de 3ème ligne et du petit matériel (stéthoscopes, tensiomètres, bandelettes urinaires, SHA, thermomètres) et un fauteuil de prélèvement. Poursuite du recueil de buvards destinés à la réalisation du génotype et dosage d'ARV en France. Réflexion sur la technique de prélèvement à moindre risque d'AES car le prélèvement au bout du doigt apporte une quantité insuffisante de sang : prélèvement veineux sous vide et utilisation d'une pipette pour déposer la quantité de sang nécessaire sur le buvard. Poursuite de l'évaluation des patients traités (staffs, études des échecs de 1^{ère} et 2^e ligne).

9. Formation continue et évaluation des conseillers psychosociaux (annexe 8)

Nous avons assisté à deux jours de formation animés par Fidelia Hinson (assistante sociale, formatrice en ETP. Hôpital d'instruction des armées. Cotonou, Bénin) à l'utilisation des nouveaux outils d'éducation thérapeutique (ETP) élaborés par ESTHER à destination des adultes, des enfants et des adolescents vivants avec le VIH. Des binômes soignants / CPS de chacune des structures soutenues par ESTHER à Niamey ont participé. Formation très appréciée par tous qui a permis d'aborder le processus d'annonce et la prise en charge des enfants en ETP jusque là peu discutés au Niger.

Nous avons ensuite rencontré la plupart des CPS sur site en vue d'une évaluation qualitative ainsi que l'équipe de coordination (coordinateur adjoint ESTHER Niger et chargé de projet CPS). A partir de ces échanges nous avons constaté que la plupart des CPS étaient satisfaits de leur fonction, que la qualité du contenu de leurs interventions allait en s'améliorant et que tout était mis en œuvre pour que l'ETP soit reconnue officiellement comme une de leurs activités, au même titre que les éducateurs soignants. Certains dysfonctionnements ont été également identifiés et ont fait objet de quelques recommandations.

10. Hépatites virales :

Nous avons assisté à une journée de travail sur les hépatites virales au NIGER, organisée à l'initiative des cliniciens et soutenue par SOLTHIS. L'objectif était d'établir une feuille de route à l'intention du Ministère de la santé concernant 4 domaines :

- Prise en charge des hépatites : dépistage, évaluation des hépatopathies, traitement, définition d'un parcours de soins (2 centres de référence sur Niamey : HNN et CHR Poudrière)
- Organisation du Plateau technique : demande de création d'un comité de pilotage hépatites et de validation des tests biologiques ; définition des examens minimum nécessaires à la prise en charge (laboratoire de biologie moléculaire à HNN), et réalisation d'un algorithme de dépistage ; définition du protocole d'évaluation des hépatopathies chroniques ; organisation d'une formation des médecins aux tests biologiques de dépistage et de suivi des hépatites.
- Cadre la problématique de l'HBV chez la mère et l'enfant : dépistage des femmes enceintes, et vaccination à la naissance de l'enfant (actuellement prévue seulement à 6 semaines de vie pour l'ensemble des centres de santé)
- Place des institutionnels : DGSP, ULSS

Ce plaidoyer doit aboutir à la possibilité de prise en charge et traitement des Hépatites virales B et C (en particulier HBV, avec une prévalence de portage AgHBs d'environ 14%) au NIGER sur un mode comparable à celle de l'infection VIH.

11. Rencontres institutionnelles

- Directeur de l'HNN et Directeur Adjoint
- ULSS : coordonateur, médecin responsable des centres de soins VIH
- DOS
- Ambassade de France

12. Préparation aux stages en France :

1°) stage du médecin biologiste virologue pour CV dans les hôpitaux Bichat et A. Paré

A prévoir en janvier ++

Dr Adam Hadiza Hassane hadiza1@yahoo.fr (00 227 94 7199 57 ou 92 87 21 85)

2°) stage épidémiologie (gestion des bases de données) : à discuter avec le GERES

Dr Ramatoulaye Hamidou Lazouwan: lramatoulaye@yahoo.fr (00 227 96 13 40 73)

3°) stage hygiène/épidémiologie : à discuter avec le GERES : Hama Diaouga

13. Enfin nous avons pu fêter ensemble les 10 ans de partenariats



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



ANNEXES : AGENDA

Mission à Niamey : 7-13 décembre 2014

Décembre 2014		CG	EC	IL	HB	ER	EB	PDT
7/12	soir	Réunion de travail préparation de la semaine						
8/12	matin	ETP	ETP	HNN	MIG	CTA	HNN	CTA
	am	ETP	ETP	HNN	MIG	CTA	HNN	CTA
9/12	matin	ETP	ETP	HNN	MIG	DGS/HNN	DGS/HNN	CTA
	am	ETP	ETP	HNN	MIG	ULSS/HNN/ambassade		
10/12	matin	HNN	HNN	HNN	MIG	HNN (Hépatite)	---	HNN (Hépatite)
	am	HNN	HNN	HNN	MIG	hepatites	---	hepatites
11/12	matin	HNN/CTA	HNN/CTA	HNN	MIG	HNN HDj	---	MVS
	am	MIG	MIG	MIG	MIG	MIG	---	MIG
12/12	matin	Staff dossier organisation de la Charge virale						
	am							

AGENDA DE LA MISSION

Participants Entraide santé 92

HB : Huguette Berthé, technicienne d'étude clinique, Hôpital Raymond Poincaré, AP-HP

EC : Emmanuelle Capron, infirmière, Hôpital Raymond Poincaré, AP-HP

PdT : Pierre de Truchis, médecin, PH, Hôpital Raymond Poincaré, AP-HP

ER : Elisabeth Rouveix, médecin, PUPH, Hôpital Ambroise Paré, AP-HP

CG : Charlotte Glemarec, infirmière, Hôpital Ambroise Paré, AP-HP

Participants GERES

EB : Elisabeth Bouvet, médecin, PUPH, Hôpital Bichat-Claude Bernard, APHP

IL : Isabelle Lolom, hygiéniste, Hôpital Bichat-Claude Bernard, APHP



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



ANNEXES : DETAIL DES ACTIVITES

Mission à Niamey : 7-13 decembre 2014

ANNEXE 1 : Compagnonnage au centre de traitement ambulatoire de Niamey

1. Personnel en poste au CTA :

- personnel médical : le Dr Yacouba Nouhou, finalement nommé au CTA, dont il a l'expérience, 2 autres médecins en poste. Pas d'arrêté officiel de nomination comme médecin-chef à ce jour. Deux étudiants de 7^e année en stage, avec évaluation des patients en HDJ, et supervision par les médecins. La supervision médicale sénior des patients en HDJ non optimale actuellement, a été rediscutée avec les médecins.
- Paramédicaux : Matériel de prélèvement vacutainer sécurisé toujours en place ; une partie importante du matériel de prélèvement sécurisé de l'HNN a été livré par erreur en excès au CTA. Absence de technicien informatique pour rentrée des données patients (Fuchia). 3 infirmières présentes, mais dont l'activité et la motivation diminuent depuis l'arrêt des nouvelles inclusions de patients.
- activité des CPS difficile du fait de l'absence de suivi local des nouveaux patients dépistés ; activité trop importante sur les tâches administratives (sortie et classement des dossiers...)

1. Activité/file active

Arrêt de la prise en charge de nouveaux patients depuis mai 2014

Importante file active de patients traités : 1959 patients sous ARV (dont 199 perdus de vue encore dans la file active). La répartition des traitements ARV est la suivante :

- 1^o ligne : 1748 patients
- 2^o ligne / IP: 159 + 45 patients (= 17% des patients traités)
- 3^o ligne : 2 patients, sous DRVr, raltégravir ; plusieurs patients, en échec de 2^o ligne, actuellement en traitement suboptimal faute de traitement complet de 3^o ligne disponible.

Recommandations : favoriser les échanges sur dossiers cliniques : staffs, staffs en ligne, etc... ; poursuivre les formations sur évaluation de l'échec, afin de permettre un traitement efficace plus précoce ; provoquer rapidement la réunion du comité technique national pour obtenir les commandes de traitement de 3^o ligne

2. Situation matérielle et administrative

- Inquiétude sur le financement institutionnel du CTA, tant pour le personnel que pour le budget de fonctionnement, du fait de la lourdeur administrative de la tutelle MSP, sans personne directement responsable du CTA à la DOS.
- Difficultés de financement des 2 hommes de ménage et du gardien, jusqu'ici financés par convention avec les sociétés minières et dont les financements prennent fin probablement en 2015.
- Détérioration des locaux, mêmes si le branchement électrique a pu être refait depuis l'incendie ; absence de pièce pour l'archivage et le classement des dossiers, qui encombrant la salle de réunion, ne pouvant plus de ce fait accueillir l'ensemble de l'équipe.

Recommandations : Proposer au MSP une autonomie de gestion du CTA (personnel, fonctionnement) sur la base de la constitution d'un dossier argumenté, d'autant plus que cette proposition semblait acceptable lors de la réunion tenue à la DOS durant notre séjour ; Avancer le

projet de financement par ES 92 d'une extension de locaux par construction d'une pièce pour dossiers/archives/épidémiologiste : projet finalement retenu de construction en dur à l'arrière du bâtiment CTA, selon devis actualisé lors de notre séjour (Entreprise Mahamane Moutari Abdou : 3179500 FCFA).

3. Laboratoire :

- Facscount CD4 - Automate d'hématologie - automate de biochimie, opérationnels mais appareil anciens++, à changer prochainement.
- Automate hématologie non fonctionnel depuis 6 mois faute de réactifs ; financement de réactifs sur reliquat du budget Esther ayant permis la reprise des NFS depuis 1 semaine.
- absence de réactifs Giemsa pour recherche de plasmodium, mais antigènes plasmodium fournis par le programme national paludisme. Financement sur place d'1 litre giemsa rapide (45000 FCFA)
- pas de demandes récentes d'antigènes Cryptocoque ; examen selles pour recherche microsporidies/cryptosporidies non effectuées.

4. Pharmacie

- Fonctionnement toujours efficace de la pharmacie, avec évaluation à jour des patients traités ; participation efficace de la pharmacie à l'éducation thérapeutique et à l'évaluation des patients perdus de vue ;
- Approvisionnement en ARV assuré sans rupture depuis +2 ans, avec stocks évalués en temps réel ; manque de molécules de 3^o ligne, y compris pour les rares patients déjà sous traitement.
- manque de médicaments de traitement des IO et antibiotiques de base (actuellement absence d'amoxicilline, de ceftriaxone); disponibilité des antipaludéens (artesunate-luméfántrine et artesunate-amodiaquine).

En conclusion : malgré les difficultés majeures concernant le financement, le matériel, les locaux, et le laboratoire, le personnel du CTA continue à prodiguer des soins de qualité à un grand nombre de patients (+1600 patients traités), avec délivrance et suivi efficace des ARV. Cela dit le personnel apparait parfois démotivé. Il est certain qu'en l'absence de mise en place rapide de moyens de gestion matérielle et humaine par les autorités et institutions responsables, le CTA et les patients suivis vont très vite se retrouver dans une situation de perte de qualité du travail et de qualité des soins.

ANNEXE 2 : Feuilles de demande de la charge virale - HNN

FICHE DE DEMANDE MESURE DE PCR-VIH – HNN (DEC 2014) Nouveaux Nés

Date Prélèvement :

N° dossier:

Nom :

Prénom :

Date Naissance :

Date bilan:

PCR – 6 semaines

PCR – 6 mois

PCR – 12 mois

PRESCRIPTEUR	
DR	
CTA <input type="checkbox"/>	HNN <input type="checkbox"/>
CHR <input type="checkbox"/>	CHU <input type="checkbox"/>
MVS <input type="checkbox"/>	MIG <input type="checkbox"/>

Données mère:

- sous trithérapie : oui non
 dates Tt ARV : début : fin :
- protocole PTME grossesse : complet incomplet NSP
- protocole PTME accouchement : complet incomplet NSP
- protocole PTME post-partum : complet incomplet NSP

Données enfant:

protocole Tt PTME :

- NVP 6 semaines
- incomplet

Alimentation enfant :

- allaitement maternel sous ARV
- allaitement maternel exclusif sans ARV
- alimentation artificielle
- alimentation mixte
- Sevrage : OUI NON
 date sevrage :

RESULTAT : date :

PCR-DNA indétectable

PCR-DNA positive

signature :

FICHE DE DEMANDE MESURE DE CHARGE VIRALE – HNN
(DEC 2014)

Date Prélèvement :

PATIENT n°INAARV :

Initiales (Nom, Prénom) :

Date Naissance :

Date VIH+ :

Date 1° Traitement ARV :

CV antérieure : oui non

Résultats CD4 actuels :

Schéma ARV : 1^{ère} ligne

Traitement ARV en cours:

AZT 3TC/FTC d4T ddl
ABC TDF
EFV NVP
LPVr ATVr DRVr RAL

Motif demande CV :

Surveillance 1° ligne (1^{er} point : oui non
Surveillance 2° ligne (1^{er} point : oui non
Suspicion échec : clinique CD4 observance
Grossesse

CV prioritaire : oui non

Si oui :
• suspicion d'échec (1^{ère} ou 2^e ligne)
- survenue de nouvel événement clinique
- baisse des CD4 (-50%)
- contrôle CV après échec virologique connu
• femme enceinte 3° trimestre de grossesse

RESULTAT : date :

indéfectable (<40c/ml)
détectable :copies/ml
= log

signature :

PRESCRIPTEUR	
DR	
CTA <input type="checkbox"/>	HNN <input type="checkbox"/>
CHR <input type="checkbox"/>	CHU <input type="checkbox"/>
MVS <input type="checkbox"/>	MIG <input type="checkbox"/>
autre :	

Nadir CD4 :

Résultat CV précédente :

date CD4 :

2^{ème} ligne

ANNEXE 3 : Fiche de suivi simplifiée 2014 – Maternité Gazoby

Nom	Prénom	
Date de naissance (ou Age)		
Mariée	Veuve	Célibataire
Adresse		

Date de la 1ere consultation à MIG	Nombre de grossesses antérieures :
	Nombre d'accouchements :
ATCD césarienne :	OUI NON
Nombre d'enfants vivant :	
Grossesse actuelle : terme en SA	Grossesse multiple OUI NON

VIH+				
Connu avant prise en charge à la MIG	oui	non	si oui date ?	
Si oui : ARV	oui	non		
Si oui lequel :				
CV	non	oui :	date CV	résultats CV
CD4 :				

Décisions TT ARV
Poursuite TT antérieur, préciser lequel
Changement TT lequel
Démarrage TT ARV lequel :
Inconnu

SUIVI :
Nombre de CPN

Evènement clinique pendant la grossesse	OUI	NON
Si oui lesquels		
Fausse couche spontanée :	OUI	NON
ACCOUCHEMENT		
Terme de l'accouchement :	date	
Mode d'accouchement ; voie basse	césarienne	
TT ARV poursuivi jusqu'à l'accouchement	OUI	NON
CV avant l'accouchement	OUI	NON
Date CV	ou date inconnue	résultats CV
CD4		
Enfant (s) vivant (s)	mort-né	poids à la naissance
Décès maternel	OUI	NON

ENFANT			
Allaitement maternel : oui	durée		non
mère Traitée par ARV pendant toute l'allaitement	oui	non	
PCR : non	oui	date de la PCR	ou age en mois
Resultats : PCR +	ou	PCR-	
Suivi à M18	oui	non	
Résultat sérologie à M18			

ANNEXE 4 : DETAILS DES OBSERVATIONS VISITES SERVICES

Médecine	Affiche CAT AES ¹	Affiche Tri des déchets	Affiche Dispositifs de sécurité	Localisation	Safety-Box [®] A disposition	Localisation Emplacement	Fixé	Débordant	Perforé, déformé Détrempé	Zone de stockage ³	Commentaires
Médecine B1	Oui (2013)	Oui	Non	Poste de soins	Oui (n = 2)	Chariot Couloir	Non	Oui (n = 2)	Non	Non	Présence d'OPCT souillé dans plateau
Médecine B2	Oui (2009/2013)	Oui	Non	Poste de soins	Oui	Chariot Couloir	Oui	Non	Non	Non Couloir	
Médecine B3	Oui (2013)	Oui	Non	Poste de soins	Oui	Salles de soins Chariot	Oui	Non	Non	Non	
Médecine B4	Oui (2009/2013)	Oui	Non	Poste de soins	Oui (n = 3)	Salles de soin/sol (2). Couloir (sol)	Non	Non	Non	Non	Présence d'OPCT souillé dans Déchets non infectueux
Urgence Médicale	Oui (2013)	Oui	Non	Poste de soins	Oui	Salles de soins Chariot	Oui	Non	Non	Non	Stockage à l'extérieur : accessible aux visiteurs
Pédiatrie A	Oui (2009/2013)	Oui	Oui (Push Button)	Poste de soins Entrée service	Oui	Salles de soin sol	Non	Oui	Non	Non	
Pédiatrie B	Oui (2013)	Oui	Sans objet (SO)	Poste de soins	Oui	Chariot Couloir	Non	Non	Non	Non	
Pav. Madras Mal Inf.	Oui (2013)	Oui	Non	Non précisé	Oui	Box de Prélèvement Sol	Non	Non	Oui	Non	Marque différente du container Container ouvert (non conforme)
HDJ Mal Inf	Non	Oui	Oui	Poste de soins	Oui	Salle de soin Sol	Non	Oui	Non	Non	Stockage container A l'extérieur dans sac poubelle
Biologie Laboratoire	Oui (2013)	Oui	Non	Poste de Prélèvement	Non Poubelle plastique dédiée	Box de Prélèvement Sol	SO	SO	SO	SO	Safety-box inadapté pour l'activité du laboratoire Oblige à manipuler les déchets avant élimination finale
Biochimie Laboratoire	Oui (2013)	Oui	Non	Poste de Prélèvement		Box de Prélèvement Sol	SO	SO	SO	SO	

(Affiche « Conduite à tenir » ; liste des référents ; Safety-Box) - Niamey Décembre 2014 (CG, EC, IL)

¹Affiche CAT AES affiché dans le service, et liste des référents accessible dans le service

²Zone de stockage : existence d'une zone de stockage des boîtes OPCT avant élimination (zone sécurisée non accessible)

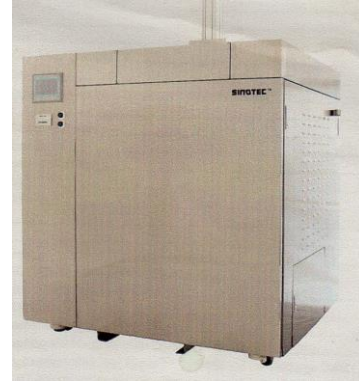
ANNEXE 5 : Présentation de l'appareil de traitement des déchets SINOTEC™

Dimensions :

- Taille totale : 2.52 m
(taille de plateforme de travail : 1.65 m)
- Longueur totale : 1.90 m
- Largeur totale : 1.10 m
- Poids : 1500 kg
- Surface au sol : 1.90*1.10 m

Capacités :

- volume efficace de la trémie : 200 litres
- capacité de traitement : 200L / cycle
- durée du cycle : 60 minutes



Principaux composants de l'appareil :

- Capot ❶ : ouverture automatique possible, zone d'accès à la « trémie » pour insertion des déchets
- Cylindre et plaque de pression ❷ : après introduction des déchets dans la trémie → la plaque de pression lors de la fermeture du cylindre permet de pousser les déchets jusqu'au broyeur
- Panneau de contact : panneau de contrôle du processus de stérilisation
- Système de broyage ❸
- Chambre de stérilisation : cylindre de capacité de 400 litres dans lequel la vapeur d'eau est pulvérisée
- Porte de décharge des déchets médicaux traités : ouverture automatique possible
- Pompe à vide : système de production de vide dans la chambre de stérilisation
- Soupape de vidange : système d'élimination des déchets (gaz et liquides) après la phase de stérilisation
- Générateur de vapeur : production de la vapeur d'eau à haute température

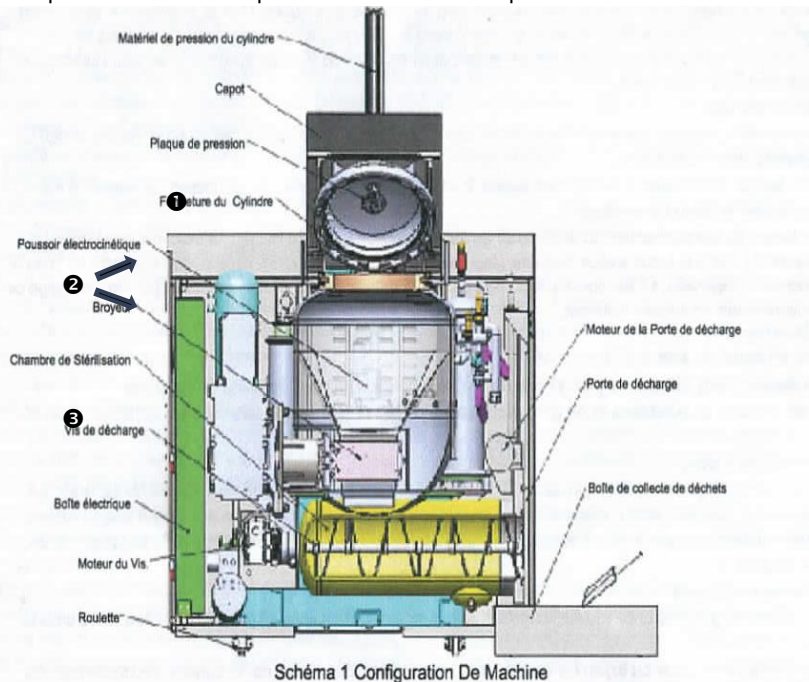


Photo 1 : vue du capot (zone d'accès à la trémie)

Photo 2 : trémie (zone d'introduction des déchets)



Photo 3 : vue du broyeur



Photo 4 : vue des déchets après traitement



▪ **Déchets médicaux éligibles :**

Plastiques, bandes, poches de sang et d'urine, seringues, verre, matériels piquants coupants tranchants (scalpel, aiguilles ...)

▪ **Déchets interdits :**

- Cytotoxiques, produits chimiques et radioactifs, déchets contenant du mercure
- Pièces anatomiques (humaine/animale),
- Pièces métalliques de gros volume,
- Pulvérisateurs (bombe par exemple),
- Déchets issus de patients suspects ou atteints de MCJ (*Creutzfeldt-Jakob*)

ANNEXE 6 : LETTRES DE RENDU DE RESULTAT QUANTIFERON NEGATIF – ETUDE ITL CHEZ LE PERSONNEL DE L'HNN

Niamey le 12 décembre 2014

Madame, Monsieur,

Suite au prélèvement qui a été effectué dans le cadre de l'enquête de prévalence de l'infection tuberculeuse latente (ITL) chez les professionnels de santé à l'Hôpital National de Niamey, l'analyse au moment **de votre prélèvement sanguin montre** que vous n'avez pas été en contact avec le bacille responsable de la tuberculose. **Une deuxième consultation avec le médecin n'est donc pas nécessaire.**

Nous tenons à vous remercier de votre participation à cette étude, et nous restons à votre disposition pour tout complément d'information. Si besoin, vous pouvez contacter l'un des médecins ayant assurés le suivi de cette étude :

- Dr Madougou
- Dr Daou
- Dr Alzouma
- Dr Moussa

Veillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dr Boubacar Madougou
Coordinateur ESTHER Niger
(Médecine B3) – HNN

Dr Saada Moussa
Investigateur principal
HDJ Maladies Infectieuses - HNN

ANNEXE 7 : LETTRES DE RENDU DE RESULTAT QUANTIFERON POSITIF – ETUDE ITL CHEZ LE PERSONNEL DE L'HNN

Niamey le 12 décembre 2014

Madame, Monsieur,

Suite au prélèvement qui a été effectué dans le cadre de l'enquête de prévalence de l'infection tuberculeuse latente (ITL) chez les professionnels de santé à l'Hôpital National de Niamey, l'analyse au moment **de votre prélèvement sanguin montre** que vous avez été exposé au bacille responsable de la tuberculose.

Un résultat positif signifie bien que vous avez été en contact avec le bacille responsable de la tuberculose, mais chez la plupart des personnes, la tuberculose maladie ne se développera jamais. **Il est cependant très important** à ce stade de réaliser des examens complémentaires, et notamment une radiologie pulmonaire de manière à ce que vous soyez pris en charge rapidement si cela s'avère nécessaire par la suite.

Je vous invite à reprendre contact avec l'un des médecins en charge du suivi de cette étude pour information et prise en charge ultérieure :

- Dr Madougou
- Dr Daou
- Dr Alzouma
- Dr Moussa

Veillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dr Boubacar Madougou
Coordinateur ESTHER Niger
(Médecine B3) – HNN

Dr Saada Moussa
Investigateur principal
HDJ Maladies Infectieuses - HNN

ANNEXE 7 : Suivi de l'implantation du matériel de sécurité de prélèvement sanguin à l'HNN. I. Lolom, E. Bouvet

L'implantation de dispositifs de sécurité pour prélèvement veineux (aiguille Eclipse® / épicroânienne Push Button® : Société Becton-Dickinson) a débuté de manière effective à l'HNN en septembre 2013. Ce programme a été soutenu par un financement extérieur à l'HNN obtenu en 2011 dans le cadre de l'initiative PASP (Partenariat africains pour la Sécurité des Patients) DGOS France / OMS. Il est à noter que l'hôpital s'est également investi dans le financement de cette action. En effet, l'argent dégagé par l'achat de dispositifs de prélèvement a été utilisé pour l'acquisition de tubes de prélèvement sous vide (environ 200 000 unités).

La dotation initiale était la suivante :

- Corps de pompe : 70 000 unités
- Aiguille de prélèvement Eclipse® (Becton-Dickinson) : 61 200 unités
- Epicrânienne Push-Button® (Becton-Dickinson) : 6 000 unités (réservés initialement à la Pédiatrie A et/ou aux patients avec capital veineux très limités)

A ce jour **12 secteurs** sont équipés et formés à l'utilisation des matériels de sécurité pour le prélèvement veineux : 2 laboratoires (Biologie, Biochimie), Urgences Médicale, pédiatrie A, 7 services de médecine adulte (A, B1, B2, B3, B4, Maladies Infectieuses, rhumatologie), et l'Hôpital de jour de Maladies Infectieuses. Les formations ont continué en 2014 (nouveaux services, nouveaux arrivants) : 53 personnes ont été formées soit un total de 183 personnes depuis le début de la campagne. Des nouvelles sessions sont au programme début 2015.

Le bilan fin juillet 2014 (Hama Diaouga) sur la base des bons de commande à la pharmacie faisait état d'une consommation à hauteur de 4 850 pour le dispositif Push-Button® et de 45 056 pour l'aiguille Eclipse®. Au mois de septembre 2014, nous sommes alertés par l'HNN sur la rupture de stock concernant le dispositif Push-Button® : une avance sur commande est effectuée de 1 600 unités. Décembre 2014, nous apprenons qu'il existe aussi une rupture sur le dispositif aiguille et que certains services utilisent à nouveau des seringues pour la réalisation du prélèvement veineux. A noter qu'il n'y a à ce jour aucun problème pour l'approvisionnement en corps de pompe.

Une première investigation nous montre qu'une partie importante du matériel a été livré par erreur au CTA (par ailleurs accord de principe en janvier 2014 pour doter le site en dispositifs de sécurité). Il y a actuellement 25 cartons de 480 aiguilles Eclipse® soit environ 12 000 unités (fréquence du geste par mois au CTA : entre 200 et 280 prélèvements). Une partie du stock va être rapatriée à l'HNN pour équiper les services formés à l'exception des laboratoires. En effet, l'activité de prélèvement est très importante dans ces 2 secteurs, et le stock à ce jour ne permet pas d'absorber la demande. D'autre part, ils ont à disposition des aiguilles de prélèvement sous vide (à associer au corps de pompe), aiguille non sécurisée mais cette technique reste moins exposante que le prélèvement à la seringue.

Un bilan des consommations par secteur a été effectué à l'occasion de la mission, sur la base des bons de commande disponible en pharmacie (H. Diaouga ; I. Lolom : détails tableau 2). La recherche à partir des cahiers de commande dans les unités n'a finalement pas été possible.

Tableau 2. Détails des quantités délivrées par service de dispositifs de sécurité

	Implantation	Aiguille Eclipse [®] (unité)	Epicrânienne Push-Button [®] (unité)
Médecine B1	09/2013	4 368	
Médecine B3	09/2013	1 728	200
Pédiatrie A	09/2013		2 450
Biochimie	09/2013	13 920	1250
Pavillon A	09/2013	4 896	
Urgences Médicales	09/2013	2 400	
HDJ Mal. Infectieuse	10/2013	1 248	1 300
Biologie	11/2013	10 080	400
Rhumatologie	04/2014	960	400
Maladies Infectieuses	04/2014	960	400
Médecine B4	04/2014	672	200
Médecine B2	09/2014	1 248	200
CTA	01/2014	2400	
Divers ¹	Sans objet	288	100
TOTAL		45168	6 900
Dotation		61 200	7 600
Stock théorique²		16 032	700
En stock³		12 000	500
Différentiel		4 032	200

¹Formation du personnel et autre ...

²Stock théorique sur la base des bons de commande

³Stock relevé pharmacie / CTA mission décembre 2014

Sur la base de ce bilan : la traçabilité de la délivrance des dispositifs est manquante pour environ 4200 des dispositifs (sachant qu'il existe encore dans certains services quelques unités en stock). Le circuit de distribution des dispositifs a été discuté : quelques propositions ont été faites mais après discussion avec le Dr Madougou et H. Diaouga, la délivrance restera sous la responsabilité du pharmacien (Dr Alhousseini). Les modalités concernant la traçabilité de la distribution doit être renforcée de manière à pouvoir à anticiper les ruptures de stock, et estimer au plus près les consommations dans les unités de soins. La mise à disposition pour l'ensemble des unités de l'hôpital ne pourra se faire qu'à cette condition. Il a été envisagé de mettre à disposition des bons de commande spécifique pour la distribution des dispositifs de sécurité : un DEVIS est en cours afin d'estimer le coût lié à ce projet.

L'introduction des dispositifs de sécurité à d'autres services de l'hôpital n'est pas à ce jour possible, faute de financement supplémentaire. Une enveloppe d'environ 8 000 euros est actuellement disponible dans le cadre de la subvention APPS 2014, et doit permettre d'acheter du matériel pour environ 30 000 unités, et permettre ainsi d'équiper à nouveau les services déjà utilisateurs pendant quelques mois. Un accord de principe de la Direction a été obtenu pour une participation financière pour l'année 2015 : montant à définir en fonction du budget (à chiffrer).

En parallèle de cette action, une réflexion concernant la surveillance des patients diabétiques (contrôle de la glycémie) nous apparaît également comme prioritaire. Ce point a déjà été soulevé dans les précédentes missions. Une étude de faisabilité et une analyse économique est à conduire en 2015 pour estimer la fréquence du geste (nombre de demande d'examen de la glycémie sur 1 an) et bâtir un cahier des charges complémentaires au financement du matériel pour le prélèvement veineux

En effet, le contrôle de la glycémie se fait aujourd'hui sur prélèvement sanguin (3 fois/jour/patient) mais une technique de prélèvement moins à risque et moins coûteuse en matériel (IV à ce jour) pourrait être envisagé. L'achat de matériel (lancette rétractable de sécurité) pour prélèvement capillaire permettrait :

- 1/de diminuer le risque d'AES au moment du prélèvement,
- 2/de gagner en rapidité d'obtention du résultat (lecture en temps réels avec dotation des services en lecteur électronique),
- 3/ et d'être moins invasifs pour le patient (technique moins douloureuse).

Enfin, le circuit d'approvisionnement en matériels de sécurité pour le prélèvement veineux au Niger reste à ce jour problématique : des contacts sont en cours avec la société BD Afrique (GERES) et les fournisseurs au Niger (Dr Alhousseini) pour identifier une filière locale. En attendant, et de manière à ne pas pénaliser le fonctionnement des unités, la prochaine dotation devrait se faire via BD Europe. Il restera à gérer les difficultés liées au passage à la douane.

ANNEXE 8 : Compagnonnage / renforcement des capacités auprès des Conseillers Psychosociaux (CPS)

Emmanuelle Capron et Charlotte Glemarec

1. Formation à l'utilisation des nouveaux outils ETP adultes, enfants et adolescents vivants avec le VIH :

Termes de Référence atelier de FORMATION

Thème : Utiliser le kit pédagogique ETP ESTHER pour l'enfant et l'adolescent vivant avec le VIH

Projet pays : ESTHER Niger

Informations générales

Durée (Nb de jours) : 2

Date : 8 et 9 décembre 2014

Lieu de la formation (Pays, ville) : Niamey

Intervenants

Nom	Fonction	Structure	Mail
Fidelia Hinson	Assistante sociale Formatrice ETP	Hôpital d'Instruction des Armées de COTONOU	

Justification de la formation

Le kit pédagogique pour l'ETP de l'enfant et de l'adolescent vivant avec le VIH développé par ESTHER comporte 8 outils adaptés à chaque âge. L'utilisation de ces outils par les professionnels de santé nécessite une bonne connaissance et appropriation des outils.

Une formation destinée aux professionnels prenant en charge des enfants et adolescents et visant à les former à l'utilisation des 8 outils du kit pédagogique est donc organisée sur 2 jours, les 8 et 9 décembre, en complément de la formation initiale ETP (adulte) du 1^{er} au 5 décembre.

Objectifs généraux de la formation

Former les professionnels de santé prenant en charge des enfants et adolescents à l'utilisation des 8 outils du kit pédagogique ETP ESTHER.

Compétences visées/Objectifs pédagogiques

A l'issue de la formation, les participants devront être capables de :

Utiliser au cours de séances d'ETP individuelles et de groupe les 8 outils du kit pédagogique ESTHER pour l'ETP de l'enfant et l'adolescent.

- 2. Evaluation qualité du travail des CPS :** nous avons dégagé 2 jours pour rencontrer individuellement les 12 CPS mais nous avons pu nous entretenir avec 8 d'entre eux pour des raisons d'emploi du temps. Malheureusement nous n'avons pas pu assister à un entretien individuel ni à un groupe de parole en raison de la formation ETP les deux premiers jours puis de la grève des médecins les jours suivants (peu de patients). Nous avons donc demandé à chacun de nous décrire une situation clinique rencontrée, les objectifs et les actions mises en œuvre vis-à-vis du patient. Beaucoup d'amélioration dans la qualité des interventions (qualité des entretiens, individualisation et personnalisation de la prise en charge, respect des choix du patient...). Dans certains cas complexes, l'analyse de la situation n'est pas suffisante et les objectifs peu adaptés. L'intérêt d'une réflexion commune avec l'équipe soignante (staff) devient évident dans ces situations difficiles.

Les objectifs fixés au départ ont été élargis : groupe de parole puis ETP de groupe jusqu'à une ETP de qualité avec utilisation d'outils et dossier d'éducation (formation et reconnaissance officielle de cette activité sont en cours). Leurs activités diffèrent selon les sites en fonction des moyens mis à dispositions (local dédié, prise en charge structurée, activités déjà existantes, ...). Il existe toujours un biais dans le choix de leurs activités lié au fait qu'ils perçoivent par exemple, des indemnités de transport en fonction du nombre de VAD qu'ils organisent. Il semble cette fois encore, indispensable d'intégrer l'activité des CPS au besoin des patients identifiés par l'équipe à l'occasion d'un staff et de favoriser le travail en binômes soignants /CPS. Les groupes de parole et séances d'ETP collectives qui ont été évalué lors de la précédente mission (mars 2014), sont plus ou moins réalisés selon les sites, à raison de 1/ mois par CPS en moyenne. Le counselling post test au CTA n'est pas bien vécu par les CPS et par les patients semble t il car ceux-ci sont aussitôt référés ailleurs n'existant plus de nouvelles inclusions dans cette structure surchargée. La recherche de perdus de vue à l'air bien menée. L'identification de ces patients se fait soit à partir de la dispensation de la pharmacie (pavillon Madras, HNN), d'une base de données informatique (HDJ, HNN) ou du cahier de RDV (pédiatrie A, HNN). Par contre certains rappellent le patient le jour même de son RDV prévu et d'autre considèrent que le patient est perdu de vue au bout de plusieurs mois. Il semble bien que le nombre des perdus de vue soit corrélé à la mobilisation des CPS et aux moyens mis à leur disposition (exemple de la maternité Gazoby : 0 perdus de vue). Enfin, l'accompagnement des patients référés dans d'autres structures reste très pratiqué.

En revanche, d'autres services sont rendus par les CPS (gestion administrative, remplir les bulletins de demande d'examens, écrire les ordonnance en cas de renouvellement, nettoyage des salles, dépannages ponctuels...). Il est rappelé à tous que cela ne doit être qu'occasionnel et ne doit pas se faire au détriment des activités prévues. Enfin il semble que certains d'entre eux aient du mal à rendre leurs rapports d'activités mensuels et l'importance de ceux-ci leur est rappelée dans un but d'évaluation indispensable à la pérennisation de leur fonction. Globalement, la plupart d'entre eux sont satisfaits de leurs fonctions et tous sont favorables à leur rotation semestrielle. Certains sites sont très formateurs et permet une répartition stratégique du groupe pour ceux qui ont besoin de plus d'encadrement.

- 3. Rencontre avec les coordinateurs :** Boureima Adamou (coordinateur adjoint ESTHER Niger), Boubacar Moumouni (chargé de projet CPS) .

Divers problèmes ont été soulevés :

- rapports d'activités mensuels non rendus par certains CPS, rapport d'activité 1^{er} trimestre 2014 non signé par le collectif associatif en voie de dissolution, manque d'analyse critique des rapports, pas de remontée à ESTHER. Au cours de cet

entretien nous apprenons par le RENIP que le rapport 1^{er} trimestre est finalement signé depuis quelques temps et qu'il est à disposition....

- Boureima, occupé par le projet AFD, semble avoir manqué de disponibilité pour encadrer Boubacar nouveau chef de projet au moment de son arrivée.
- Le paiement à l'activité des CPS semble créer un biais qui n'est pas souhaitable à la qualité de leurs actions et à leur intégration dans une équipe soignante.
- La fonction de certains ne correspond plus à celle de CPS malgré que le travail réalisé soit utile à la PEC des personnes vivants avec le VIH.
- Les compétences des CPS sont variables d'un individu à l'autre et tous ne pourront pas faire l'ensemble des activités en particulier l'ETP.

Plusieurs propositions sont faites : accompagnement hebdomadaire plutôt que sanction des CPS qui ont des difficultés à rendre leur rapport d'activité mensuel par le chargé de projet, réaliser des contrats individualisés adaptés à chaque CPS (fiche de poste), valider le rapport en souffrance (du chargé de projet ?), assurer la transition avec le RENIP suite à la dissolution du collectif associatif (Boureima ?), organiser la supervision de l'utilisation des kits pédagogiques d'ETP, organiser une conversation téléphonique 1 fois par mois pour échanger ensemble sur le suivi du projet CPS.

4. Affectation des 12 CPS selon les sites décembre 2014:

- a. CTA : Fati Ibrahim, Fati Coudo, Fati Abdou. Référent : DR Yacouba
- b. MVS : Fatoumata Issa, Oumou Katoumi Amadou, Alhouseni Boujanger. Référent : Assistante sociale MVS
- c. MIG : Habsatou Youssoufou, Ramatou Abdou. Référent : Zara Soumeyra, major sage femme
- d. HNN :
 - i. PédA : Aminata Maiga. Référent : Marou Adamou, psychologue
 - ii. Madras : Hamidou. Référent : Dr Zada Gado
 - iii. HDJ : Fatouma Garba.
Référent : Dr Sahada Moussa
 - iv. Med B : Salamatou Soumaila.
Référent : Dr Boubacar Madougou