

**Partenariat ESTHER
Rapport de Mission
Hôpital National (HNN) et
Centre de traitement ambulatoire (CTA) à
Niamey - NIGER -**

26 juin au 3 juillet 2007

ENTRAIDE SANTE 92 et GERES

Pour Entraide Santé 92 :

Emmanuelle Capron, infirmière, CHU Raymond Poincaré, 92 Garches

Elisabeth Delière, PH hygiéniste, CHU Louis Mourier 92, Colombes

Patricia Paillet, psychologue, CHU Raymond Poincaré, 92 Garches

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

Pour le Geres :

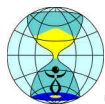
Christian Rabaud, médecin, PU-PH, CHU Nancy

Sylvie Legac, technicienne études cliniques, CHU Claude Bernard
Bichat, 75 Paris



PLAN

| | |
|--|---------|
| Compte rendu de la mission : synthèse | page 3 |
| 1. Introduction | |
| 2. Entraide Santé 92 | |
| 3. Geres | |
| 4. Autres actions et suivi du partenariat | |
| 5. Conclusions | |
| Agenda de la mission | page 8 |
| Annexe 1 : Programme de la formation | page 10 |
| Annexe 2 : Atelier pluridisciplinaire du 28 juin 2007 | page 12 |
| Annexe 3 : Laboratoire de biologie, HNN | page 14 |
| Annexe 4 : Staff du CTA du 29 juin 2007 | page 16 |
| Annexe 5/6 : Atelier Continuum de soins 29 juin/2 juillet 2007 | page 17 |
| Annexe 7 : Précautions respiratoires HDJ CTA | page 22 |
| Annexe 8 : Assurance qualité au laboratoire CTA | page 23 |
| Annexe 9 : Causerie PVVIH MVS 30 juin 2007 | page 24 |
| Annexe 10 : atelier manoeuvres malentendants | page 26 |
| Annexe 11 : CTA | page 29 |
| Rapport GERES et ses annexes | page 31 |



1. INTRODUCTION

Les objectifs de cette mission étaient multiples, à plusieurs titres :

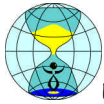
- par leur localisation : les actions à mener devant être à l'HNN d'une part et au CTA d'autre part, et
- par la nécessité de poursuivre à la fois le projet Entraide santé 92/Esther et le projet GERES/Esther.

D'emblée il faut souligner que certaines des actions prévues dans chacun des 2 projets sont complémentaires et que les membres de la mission ont pu, selon leurs compétences et les besoins, participer aux deux projets.

2. ENTRAIDE SANTE 92

Pour Entraide Santé 92, conformément aux objectifs, cette mission a permis plus particulièrement de :

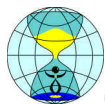
- 2.1 **Compléter la formation des soignants des services de médecine et pédiatrie de l'HNN et du CTA, sur l'infection par le VIH.** Le caractère multidisciplinaire des membres de la mission (infirmière, psychologue, hygiéniste, médecin) a permis d'envisager avec les soignants les différents aspects de l'infection VIH et de sa prise en charge. Ces formations complètent le projet GERES : en effet, l'objectif de ces formations est, outre de pouvoir accompagner les patients infectés par le VIH, de permettre aux soignants d'avoir les bases nécessaires pour comprendre le bien fondé de la prévention des AES et de la conduite à tenir après AES. La formation s'est déroulée sur 2 jours, animée par des soignants de l'HNN et d'ES 92 (Cf. annexe 1 : Programme de la formation). Une vingtaine d'infirmiers et majors ont assisté à cette formation. (Cf. annexe 2 Atelier multidisciplinaire HNN)
- 2.2 **Réévaluer la filière d'élimination des déchets à l'HNN et du tri des déchets en amont.** Ce travail a été fait avec les soignants et la responsable du service d'hygiène et d'assainissement de l'HNN (Cf. annexe 10) utilisation des conteneurs fournis par l'INAARV pour piquants et tranchants sans désadapter les aiguilles, dans tous les services ; évacuation des containers destinés à l'incinération dans les poubelles jaunes, tous les autres déchets sont destinés aux poubelles bleues. Une évaluation de la proposition adoptée sera réalisée lors de la prochaine mission (automne 2007).
- 2.3 **Assurer un soutien au laboratoire de l'HNN** (cf. annexe 3 : le laboratoire de l'HNN). Le départ de la banque du sang libère des surfaces pour le laboratoire de microbiologie. Ainsi une pièce sera réservée à la réalisation des NFS et du comptage des CD4. il est prévu d'y installer un climatiseur. La recherche de BAAR n'est toujours pas effective au laboratoire de l'HNN et ce pour diverses raisons dont on retient d'une part des difficultés de mise en marche de la hotte et d'autre part l'absence de circulation des informations quant à la possibilité d'acheter des réactifs sur le budget du partenariat ESTHER. La prochaine formation prévue à l'automne 2007 doit porter sur la Co-infection VIH-tuberculose, et nous sommes donc convenus de revoir définitivement ce problème lors de cet atelier de formation.



- 2.4 Assurer la **Formation continue des techniciens de surface de l'HNN**, (dont la particularité est d'être malentendants) sur l'hygiène et les risques d'AES (cf. annexe 10 « atelier sourds »).
- 2.5 **Préparer la campagne de vaccination HBV du personnel soignant** (Cf. Rapport GERES) : réflexion sur la faisabilité d'une enquête de prévalence de HBV chez les soignants.
- 2.6 Adapter le **protocole de Traitement post exposition avec les médecins prescripteurs** afin qu'un protocole soit diffusé à l'échelon national. (cf. Rapport GERES)
- 2.7 Poursuivre les actions de **compagnonnage auprès des membres du CTA** (cf.annexe 11).

La file active est actuellement de 1400 patients dont 615 traités. On note environ 20 nouveaux patients par mois. Les mesures de charge virale sont opérationnelles (CV prélevée à J0 et techniquée a posteriori si la CV à M6 n'est pas indétectable) et les résultats obtenus en 1 semaine. Le Kaletra (ALUVIA) forme sèche est disponible. Les recommandations actuelles sont de ne plus utiliser D4T-3TC mais AZT-3TC. Les commandes ont été faites avant ces recommandations et il faut s'attendre à ce qu'un gros stock de Triomune soit encore à utiliser. Un des médecins (Yacouba Nouhou) était en Chine lors de notre passage et va ensuite partir à Dakar en formation. Le recrutement du médecin qui a fait sa thèse sur la détermination de l'antigène cryptocoque est prévu. A ce sujet, la recherche d'Ag cryptocoque est moins souvent réalisée depuis le départ du thésard et une nouvelle information des médecins prescripteurs serait souhaitable. Il n'y a pas actuellement de ruptures en approvisionnement ni en médicaments ni en réactifs (contrairement à ce qui a été le cas cet hiver). Les dossiers sont parfaitement bien rangés, les ordinateurs fonctionnels. Reste le problème de l'archivage des radios

- a. Participation au **staff multidisciplinaire** hebdomadaire. Sur le plan médical : discussions de cas cliniques et présentation orale d'un dossier par un étudiant. Le problème des patients arrivant à un stade avancé de la maladie a été évoqué. Le problème des échographies a également été rappelé : l'appareil disponible au CTA n'est pas utilisé faute de vacataire, alors que cet examen pourrait être extrêmement utile tant pour le diagnostic et le suivi de maladies opportunistes (hépatites virales, tuberculose..) que pour le suivi des femmes enceintes en partenariat avec la maternité GAZOBY. Lors de ce staff il a été également discuté de nombreux dossiers de demande de prise en charge dans le programme de suppléments alimentaires. Les aspects psychosociaux ont été largement évoqués et sont donnés en annexe(Cf annexe 4 : rapport Staff CTA). Enfin le Dr Moussa Idé a rappelé que le CTA devrait à terme s'autonomiser et devenir un centre de référence en maladies infectieuses, dépendant directement du ministère de la santé
- b. Suivi des actions **continuum de soins**. Ce point a justifié la tenue de 2 ateliers spécifiques. (cf. annexes 5 et annexe 6 : rapports continuum)
- c. Proposition de prévention des **risques de transmission d'infections respiratoires** à l'hôpital de jour du CTA (cf. annexe 7, rapport risque respiratoire).
- d. **Contrôle qualité au laboratoire** du CTA (cf. annexe 8)
- e. Renouvellement du **contrat ADSL**.



3. LE GERES (rapport joint)

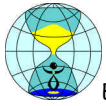
Pour le GERES : (cf. rapport du GERES) conformément aux objectifs cette mission a permis de faire :

- 3.1 le **bilan des actions mises en place en décembre 2006** avec les correspondants GERES de l'HNN et du CTA
- 3.2 **d'établir le protocole d'enquête de prévalence de l'hépatite B chez le personnel soignant**
- 3.3 de réaliser des **observations de gestes dans les secteurs de soins**, dont l'analyse des résultats servira de base à la rédaction des protocoles de soins (prévues en automne 2007).

4. AUTRES ACTIONS ET SUIVI DU PARTENARIAT

Cette mission a également permis le suivi du partenariat :

- 4.1 Rencontre, en présence de Arnaud Laurent (GIP ESTHER) de Iliassou Na-Maganga, **gestionnaire de l'HNN**, puis de Ibrahim Sabou, **Directeur de l'HNN**. Ces réunions ont permis de revoir ensemble la **comptabilité des projets ESTHER (ES 92 et GERES) et d'envisager le projet ES 92 année 2**.
- 4.2 Rencontre de **l'équipe du service de pédiatrie (0-2ans) de l'HNN**. Ce service est particulièrement engagé dans l'hygiène hospitalière, la prévention des AES et la surveillance des AES. Environ 117 enfants nés de mère séropositive ont été suivis ; la PCR est actuellement réalisée à 6 semaines et 6 mois pour le diagnostic de l'infection VIH de l'enfant. En l'absence du médecin référent pour le VIH lors de notre visite nous n'avons pas eu les statistiques précises : 13 Enfants VIH+ seraient suivis (dont 4 décédés). A noter qu'il y a eu des ruptures en approvisionnement en sirop AZT à l'HNN. Il a été rappelé à l'équipe de pédiatrie que une journée de compagnonnage serait spécialement programmée en pédiatrie lors d'une prochaine mission, proposition qui a reçu un excellent accueil.
- 4.3 Visite de la **maternité Gazobi**, dans le cadre du partenariat entre la maternité et le CTA. A la demande du médecin chef (Dr Nayama Madi), une réunion a eu lieu le mardi 3 juillet 2007 en présence des principaux médecins de la maternité : Dr Fatima Zara Diallo, Soumana Hama, madeleine Garba (point focal PTME). Cette maternité de « référence » effectue environ 4700 accouchements/an dont 40% de césariennes. Six des 9 médecins, ainsi que des sages femmes et des infirmiers ont reçus une formation sur la PTME. Celle-ci est à peu près assurée pour les femmes référées avec le diagnostic d'infection VIH (dont on ignore le nombre). En revanche, le dépistage des femmes pose un réel problème et les soignants de la maternité que nous avons rencontrés ont exprimé une forte demande d'aide et de compagnonnage pour la mise en place du dépistage et la prise en charge des femmes VIH+ au sein de la maternité. Un éventuel partenariat avec ES 92 à cet effet pourrait s'envisager, en logique complémentarité des actions réalisées au CTA et à l'HNN. Cela sera proposé au conseil d'administration d'ES 92 et discuté avec ESTHER ET SOLTHIS.



- 4.4 Participation à une **causerie organisée par l'association mieux vivre avec le SIDA (MVS)**. (Cf rapport causerie annexe 9)
- 4.5 **Rencontre du Dr Claude Beuscart, médecin à Saint Briec** dont l'hôpital a établi un **partenariat avec l'hôpital d' Agadez**. Lors de notre séjour à Niamey, Claude Beuscart a effectué avec Arnaud Laurent une mission à l'hôpital d'Agadez qui démarre son activité de prise en charge des patients VIH. Des diverses discussions que nous avons eues il ressort qu'une participation d'ES 92 aux actions de partenariat avec l'hôpital d'Agadez pourrait être souhaitable et venir en appui des actions réalisées par l'équipe de St Briec. Cela sera proposé au conseil d'administration d'ES 92 puis discuté avec ESTHER pour les éventuelles modalités d'intervention.
- 4.6 **Rencontre de Hubert Balique, MAE conseiller** auprès du ministère de la santé à Niamey. L'intervention des membres d'ES 92 au DIU Nigérien « prise en charge VIH » a été évoquée. Ce DIU est en cours d'élaboration et des discussions sont en cours avec la faculté de la Pitié salpêtrière. L'intérêt de la participation d'ES 92 a été suggérée en raison de la pluridisciplinarité de ses actions et d'autre part de l'ancienneté de ses interventions au Niger.
- 4.7 Discussion avec les médecins HNN, les soignants de l'HNN et du CTA pour d'éventuelles propositions d'**abstracts** qui pourraient être proposé pour le **congrès AES de Cotonou prévu en mars 2008**.
- 4.8 Rencontre du représentant de **Becton Dickinson, Tino Wankoye**, à propos des matériels mis à disposition pour le personnel de soins. Une quinzaine d' incinérateurs ont été financés par l'INAARV (dont 1 pour HNN) et devraient être prochainement livrés et du type d'incinérateurs disponibles aisément.
- 4.9 Entraide santé 92 a déposé un négatoscope (1 Plage) au CTA destiné au CNAT (centre national antituberculeux).

5. CONCLUSIONS

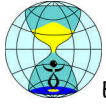
Cette mission a été particulièrement riche en échanges multiprofessionnels.

La collaboration entre l'HNN et le CTA justifie la poursuite d'un projet de partenariat conjoint avec ES 92 et qui pourrait s'étendre, en toute logique à la maternité Gazobi.

La collaboration et la complémentarité entre les projets ES92 et GERES est également très appréciable dans sa fonctionnalité.

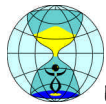
La présence de Arnaud Laurent, chargé de mission d'ESTHER, à Niamey pendant notre séjour a également été précieuse pour la cohérence du projet dans sa globalité et pour l'interface entre les différents intervenants.

Par ailleurs nos partenaires nous ont réservé un excellent accueil et ont manifesté une très importante participation et mobilisation pour nos projets, en particulier les équipes des services de médecine, de pédiatrie et la direction de l'HNN, et l'ensemble de l'équipe du CTA. Nous regrettons de n'avoir pas pu rencontré le médecin chef de service du service de maladies infectieuses.



La suite du projet devra permettre de :

- étendre les formations des soignants à tous les secteurs de l'hôpital,
- réaliser une formation sur la co-infection VIH-tuberculose et revoir ainsi le circuit et la réalisation des examens,
- poursuivre le compagnonnage médical et paramédical tant au CTA que à l'HNN (traitements de deuxième ligne, charge virale, infections opportunistes et continuum des soins),
- en complémentarité du projet GERES : poursuivre les actions permettant l'amélioration de l'élimination des déchets, et la prévention des AES, et envisager ainsi la vaccination du personnel soignant contre HBV.



AGENDA

Entraide Santé 92 :

EC : Emmanuelle Capron, infirmière, CHU Raymond Poincaré, 92 Garches

ED : Elisabeth Delière, hygiéniste, CHU Louis Mourier 92, Colombes

PP : Patricia Paillet, psychologue, CHU Raymond Poincaré, 92 Garches

ER : Elisabeth Rouveix, médecin, CHU Ambroise Paré, 92 Boulogne

Geres :

CR : Pr Christian Rabaud, médecin, CHU Nancy

SL : Sylvie Legac, technicienne études cliniques, CHU Claude Bernard Bichat, 75 Paris

ESTHER :

AL : Arnaud Laurent, chargé de mission NIGER

HNN

EA : Eric Adehossi, médecin HNN

BM : Boubacar Madougou, médecin HNN

CTA :

MI : Moussa Idé, médecin CTA

Mardi 26 juin 2007

16H00 : Arrivée à Niamey

18H00 : Rencontre Eric Adehossi et Moussa Idé

Mercredi 27 juin 2007

Matin : Formation à l'HNN (rencontre des majors, bilan projet GERES, visite des services)

Après midi :

- réunion avec les médecins prescripteurs (ER, CR, SL)
- visite laboratoire HNN (ED)
- visite au CTA (PP, EC)
- Rencontre directeur HNN (ER, CR)

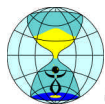
Jeudi 28 juin 2007

Matin :

- formation à l'HNN (ER, EC, PP, ED,)
- visite/compagnonnage au CTA (CR, SL)

Après midi :

- formation HNN (ER, PP, ED, CR)
- SL, ED : travail dans les services HNN



Vendredi 29 juin 2007

Matin :

- staff au CTA (ER, PP, EC)
- HNN (CR, ED, SL)

Déjeuner de travail avec Idé Moussa

Après midi :

- Atelier continuum de soins (PP et EC)
- HNN (CR, SL, ED)
- travail (ER) avec Eric Adehossi (pour projet GERES)
- travail (ER) avec Moussa Idé et Arnaud Laurent sur le suivi du partenariat

Soir : invitation à la CRF et départ de CR

Samedi 30 juin 2007

Matin :

- causerie conviviale organisée par MVS au CEDAV (PP, ED, EC, SL)
- réunion de travail avec la direction de l'HNN (Iliassou Na-Maganga, AL, ER)

Après midi :

- travail de synthèse, compte rendus des ateliers et réajustements des projets

Soir : dîner avec Eric Adehossi, Madougou Boubacar, Idé Moussa

Dimanche 1^{er} juillet 2007

Matin : Les girafes

Après midi : travail de synthèse, compte rendus des ateliers et réajustements des projets

Lundi 2 juillet 2007

Matin :

- observation des pratiques à l'HNN (Eric Adehossi, Madougou Boubacar, SL, EC)
- rencontre service de pédiatrie HNN (ER, AL)
- Visite maternité Gazoby (ER, AL, Idé Moussa)
- Rencontre service hygiène et assainissement HNN (PP, ED)

Après midi :

- Formation, atelier AES HNN : ER, ED, EC, SL
- Atelier continuum de soins CTA : PP
- Réunion de synthèse avec la direction de l'HNN (ER, AL, EA, BM Iliassou Na-Maganga, Sabou Ibrahim)

Mardi 3 juillet 2007

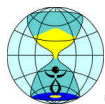
Matin :

- observations des gestes : EC, SL
- réunion avec les médecins de la maternité GAZOBY (ER, AL, SL)
- rencontre psychologue service de maladies infectieuses (PP)

Après midi/soir :

- atelier des manoeuvres malentendants (EC, SL, ER)
- rencontre avec BD (ER, SL, EC, AL)
- rencontre de Hubert Balique

Soir : Départ vers Paris.



ANNEXE 1

Partenariat ESTHER ENTRAIDE SANTE 92 ET GERES

Niamey 26 Juin au 3 juillet 2007

Formations des équipes soignantes et paramédicales des services de médecine et pédiatrie l'HNN et du CTA

Mercredi 27 juin 2007

9H00 : **Rencontre des majors (voir liste des participants ci dessous)**, présentation des objectifs et méthodes du travail de la semaine

10H00 Le point sur l'avancement du programme GERES

11H00- 13H00 : **Visite dans les services**

15H00-18H00 **Rencontre des médecins prescripteurs**

Validation du choix du TT post exposition

Enquête de prévalence HBV

Jeudi 28 juin 2007

9H00-12h00 **Généralités sur l'infection par le VIH**

Eric Adehossi (HNN) Boubacar Madougou (HNN), Emmanuelle Capron (ES 92), Elisabeth Rouveix (ES 92)

- 8h30- 9h30 : modes de transmission, dépistage, diagnostic,
- 9h30-10h30 : histoire naturelle,
- 11h00-12h00 : principes du suivi des patients et des traitements.

14h00-15h30 Aspects psychologiques et sociaux pour le patient et les soignants:

Par Fati Moussa Naba, psychologue maladies infectieuses, HNN, Issoufa Malam Mana, psychologue CTA, Amourou Amadou, psychologue pédiatrie A, Patricia Paillet, psychologue

Les difficultés à la prévention : aspects culturels, représentations de la maladie ; l'annonce du VIH-Sida, l'observance l'accompagnement des PVVIH.

L'enfant séropositif et sa famille : dire ou ne pas dire : quand, comment
counselling pré et post test,

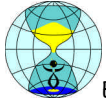
LUNDI 2 juillet 2007

Matin : Observations des gestes Par Sylvie Legac (GERES) et Emmanuelle Capron, Elisabeth Rouveix et Boube MADOUGOU (correspondant GERES à l'HNN)

14h00-17h00 : Atelier Hygiène hospitalière et prévention des AES :

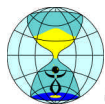
Par Elisabeth Delière, Sylvie Legac, Emmanuelle Capron, Elisabeth Rouveix et les référents GERES des services concernés HNN ET CTA.

- précautions universelles d'hygiène,
- élimination des déchets,
- prévention et prise en charge des AES, en collaboration avec le projet GERES.
- retentissement psychologique après un AES



Mercredi 27 juin 2007, réunion avec les majors de l'HNN: liste des participants

Mr Seybor Mali Bus : major général médecine pavillon A
Mr Abdoulaye Abdoul Moumoueri : major médecine pavillon A
Mr Albassane Beidou Yaye : major médecine pavillon B1
Mr Souley Halidou : major médecine pavillon B2
Mme Salifou Amina : major médecine pavillon B3
Mme Moumouni Zara : major médecine pavillon B4
Mme Mamane Rabiadou : major médecine phtisio
Mr Ibrahim Ichabi : major maladies infectieuses, pavillon Raymond Madras
Mme Idrissa Hama : major général pavillon de la francophonie
Mme Gousa Aïssa Tinni : major médecine pavillon de la francophonie
Mme Ousseini Yainna : major pédiatrie pavillon A
Mr Adamou Moussa : major pédiatrie pavillon B



ANNEXE 2

Atelier pluridisciplinaire, Hôpital National Niamey, Jeudi 28 juin 2007

Les aspects psychologiques de l'infection à VIH

Guide du conseil et du dépistage de VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé OMS, ONUSIDA, mai 2007

L'enfant séropositif et sa famille

Les soignants et les AES

Animateurs :

Fati Moussa Naba, psychologue maladies infectieuses, HNN

Issoufa Malam Mana, psychologue CTA

Amourou Amadou, psychologue pédiatrie A

Patricia Paillet, psychologue Entraide Santé 92

Problèmes spécifiques posés par la salle :

Les questions éthiques qui se posent régulièrement aux soignants dans leur pratique quotidienne :

-Le secret professionnel et la non assistance à personne en danger ; faut-il ou pas annoncer le VIH d'un patient au conjoint ?

Rappel de la loi au Niger votée mais pas encore en vigueur : la personne infectée par le virus doit avertir son (sa) partenaire dans un délai de 6 semaines, s'il ne l'a pas fait c'est le médecin traitant qui doit faire l'annonce, c'est sa responsabilité qui est en jeu ; mais il n'y a pas de délai de temps pour lui. Il va falloir faire avec la loi tout en essayant d'obtenir la confiance des patients afin de les fidéliser et d'éviter les problèmes d'observance et les perdus de vue.

Un exemple exposé par le Docteur Eric Adehossi avec une famille qui paie les soins de leur enfant majeur et qui fait pression chaque jour sur le médecin pour connaître le diagnostic alors que le patient ne le souhaite pas.

-la confidentialité

Qu'est ce que le secret partagé, qu'elles sont les limites de ce partage d'informations sur un patient dans un service, dans l'hôpital ?

-L'enfant séropositif

Amourou Amadou expose son travail dans le service de pédiatrie et rappelle :

-l'annonce à l'enfant doit être faite avec l'accord de la mère ou des 2 parents

-elle est faite selon la maturité de l'enfant, elle commence souvent assez tôt par une information partielle, qui se précise petit à petit.

Les questions concernent la réticence en général des parents à parler du VIH ;

Dire à l'enfant c'est souvent dire pour les parents

Nécessité de garder le secret familial (ne pas en parler à l'école par exemple)

-Les adolescents

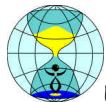
Ils ne constituent pas un groupe homogène (lycéen, en charge de famille ...)

Rappel du guide de l'OMS : faciliter le dépistage, le counselling, les conseils de prévention.

Encourager l'adolescent mineur à venir avec une personne majeure de son choix pour le soutenir.

-Les soignants et les AES

On note une nette évolution dans la réflexion des personnes présentes et qui avaient bénéficié de la formation précédente (décembre 2006) : le dépistage à la suite d'un AES est beaucoup mieux accepté maintenant avec la confidentialité garantie.



Par contre le circuit du soignant victime d'un AES n'est pas encore très lisible pour un certain nombre de services : on ne sait pas à qui s'adresser, les cahiers de déclaration pas toujours présents par endroits.

Quel accident déclarer ? Exemple d'une infirmière qui se pique avec une aiguille à insuline : on lui dit d'attendre le lendemain pour enregistrer sa déclaration qui ne sera finalement pas enregistrée car n'étant pas considérée comme un AES.

Participants :

Madame Touré Hadjara, major, médecine B3
Madame Abdourahamane Fati, infirmière, pavillon D
Mademoiselle Moussa Naba Fati, psychologue, maladies infectieuses
Mademoiselle Amina Kolotar, infirmière, pavillon A
Monsieur Moumouni Abdourahamame, infirmier, pavillon A
Monsieur Ali Halima, infirmier, phtysiologie
Madame Mayagi Hadiza, infirmière, médecine B2
Madame Aboubacar Teinabou, infirmière, pédiatrie A
Mademoiselle Halimatou Mahamadou, infirmière, pédiatrie A
Mademoiselle YacoubaHamani, infirmière, pédiatrie B
Madame Boubacar Amina, infirmière, pédiatrie B
Madame Issoufa Mariama, psychologue, pédiatrie B
Monsieur Souley Halidou, major, médecine B2
Mademoiselle Marima Akilli, infirmière, médecine B4
Monsieur Ibrahim Ichorbi, major
Madame Gaïba Aissortinni, major médecine F
Monsieur Seylim Mali, infirmier médecine B
Monsieur Alhossore Yoyé, major médecine B1
Docteur Magoudou Boubakar, médecine B3
Docteur Eric Adehossi, médecine B3
Monsieur Issoufa Malam Mana, psychologue, CTA
Monsieur Amourou Amadou, psychologue, pédiatrie A
Professeur Christian Rabaud, Geres
Professeur Elisabeth Rouveix, Entraide Santé
Madame Elisabeth Delière, hygiéniste Entraide Santé
Madame Patricia Paillet, psychologue, Entraide Santé



ANNEXE 3

Rapport concernant le laboratoire de Biologie de l'HNN, juin 2007.

Les visites du laboratoire de Biologie de l'HNN avaient pour objectifs :

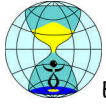
1. Voir si la mise en service du Poste de Sécurité Microbiologique (PSM) destiné au traitement des crachats pour la recherche de BAAR par examen direct, effectuée à la suite de la mission de décembre 2006, n'a été à l'origine de nouvelles difficultés.
2. Déposer du matériel de laboratoire et des réactifs : Instruments stériles à usage unique pour les manipulations sous la hotte du PSM, portoirs, réactif pour la recherche de microsporidies.
3. Observer la nature et le mode d'utilisation des tubes de prélèvements sanguins en provenance des unités de soins.
4. S'informer de la filière d'élimination des déchets de laboratoire.

Nous avons rencontré principalement le Dr Omar Harouna, Chef de service, qui nous fait visiter le laboratoire.

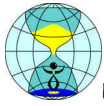
A. Observations en rapport avec les objectifs.

1. **Mise en route du PSM** : elle n'a pas été encore effectuée, pour des raisons de sécurité du personnel, du fait de l'absence de filtre à charbon actif sur la voie d'extraction de l'air. Nous reprenons le manuel d'utilisation du PSM, ainsi que les conclusions émises à la suite de la mission précédente, qui montrent que ce filtre doit être ajouté seulement en cas de manipulation de solvants, ce qui n'est pas le cas du traitement des prélèvements à la recherche de BAAR. L'air extrait est donc bien stérile et le PSM peut être utilisé en toute sécurité. Une autre réticence apparaît cependant : qui concerne la budgétisation des réactifs : Elle devrait être prise en charge dans le cadre d'un programme national de lutte contre la tuberculose. Pour l'instant, il n'y a eu pas de confirmation à ce sujet.
2. **Remise du matériel et des réactifs.**
3. **Tubes de prélèvements sanguins.** : Les tubes sont stockés au laboratoire et dispensés aux unités de soins sur remise de bons de commande. Les tubes EDTA pour numération sanguine, les tubes citratés pour tests de coagulation, sont munis de bouchons couvrants à vis. Mais l'approvisionnement en tubes secs avec bouchons à vis est trop restreint : ces derniers sont réservés à l'usage du laboratoire pour les prélèvements des patients externes : les tubes secs dispensés dans les unités de soins sont principalement des tubes en plastique ou en verre, sans étiquette ni bouchon, ce qui oblige le personnel de soin à réaliser des étiquettes de fortune avec des morceaux de sparadrap et des bouchons de coton cardé.
4. **Les déchets de laboratoire**, (milieux de culture usagés, matériel jetable usagé, prélèvements biologiques analysés) sont autoclavés dans des sacs transparents thermostables, puis éliminés dans la filière des déchets courants. Un des 2 autoclaves n'est plus en état de marche.

B. Observations secondaires



- 1. Salle de prélèvement** : Patients externes ; 3 postes de prélèvement ; Préleveurs de bout ; Salle carrée de d'environ 2,5 X 2,5 m, avec passages possibles en diagonale = une des voies d'entrée et de sortie du laboratoire ; Utilisation des boites à aiguilles cartonnées ; recapuchonnage des aiguilles et désadaptation de la seringue avant rejet. ; Conduite à tenir en cas d'AES affichée.
- 2. Affichage de la Conduite à tenir en cas d'AES** dans toutes les salles techniques du laboratoire, ainsi que les Bonnes Techniques de Laboratoire.
- 3. Défaut d'approvisionnement en réactifs pour l'appareil de numération sanguine**, neuf, fourni dans le cadre du programme national, pour les examens de suivi des patients VIH+.



ANNEXE 4

Compagnonnage : Staff du CTA

Vendredi 29 juin 2007

Participants :

L'ensemble des acteurs du CTA et du Continuum de soins, ainsi qu'un étudiant de la faculté de médecine de Niamey, en stage au CTA.

Elisabeth Rouveix, Emmanuelle Capron, Patricia Paillet, Entraide Santé 92

-Etude de différents dossiers pour l'attribution du PAM et des AGR

Nafi, assistante sociale du Continuum de Soins présentent 6 nouveaux dossiers.

Les participants reprennent les critères médicaux, sociaux et psychologiques qui permettent de se déterminer.

On rappelle que sur une file active de 1400 patients, 1007 personnes bénéficient de l'aide alimentaire (patients et leur famille). Cette aide est attribuée pour 6 mois, renouvelable si nécessaire de 3 mois en 3 mois. La plupart des patients sortent du PAM au bout des 6 mois et pour les plus nécessiteux une demande d'AGR doit être faite avant ce délai pour prendre le relais afin d'éviter une rupture dans la possibilité d'alimentation.

La demande d'AGR est un dossier différent de celui du PAM. Il est établi un échéancier sur 6 mois, avec la nomination d'une personne garante. Les AGR sont dans une très grande majorité de cas attribués aux femmes. Il est rappelé que cette aide ne doit pas créer de dépendance à moyen ou long terme.

Pour l'attribution de ces 2 aides, la décision est collégiale. Dans les débuts de leur mise en place, des membres associatifs (RENIP) sont venus pour représenter les besoins des malades.

-les problèmes d'observance sont abordés :

Ils représentent une préoccupation importante sans solution actuellement ; il est demandé à Entraide Santé une évaluation à ce sujet.

Le docteur Ide Moussa rappelle que la maladie chronique est une donnée difficilement concevable au Niger.

-les perdus de vue

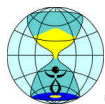
Le Continuum de soins, plus concerné dans cette mission rappelle qu'une grande majorité de patients ne souhaitent pas être recherchés ce qui met les soignants en difficulté.

Le docteur Ide Moussa signale le cas de quelqu'un qui l'a remercié de le retrouver et de lui permettre de revenir au CTA plus facilement.

Après réflexion, une évaluation de ces perdus de vue est également à envisager : différents profils, différentes situations, mais qu'en est-il exactement ?

-Présentation du dossier d'une jeune patiente par l'étudiant en médecine ; discussion du diagnostic et du traitement médical.

Fin de la réunion

**ANNEXE 5**

Vendredi 29 juin 2007 14h30 à 16h30

Compagnonnage : 1^{er} atelier articulation CTA-Continuum de soins

Personnes participantes

Issoufa Malam Mana : psychologue CTA

Abdoulaye Hamidou : infirmier CTA

Issoufou Aissata : infirmière CTA

Moutari Souéba : infirmière CTA

Nafi Hamidou : assistante sociale Continuum de soins

Zoulaha Adamou : infirmière Continuum de soins

Claude Beuscart : médecin maladies infectieuses, St-Brieuc

Animateurs :

Emmanuelle Capron, infirmière Entraide Santé

Patricia Paillet, psychologue, Entraide Santé

Etat des lieux :

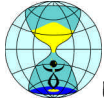
En décembre 2006, lors de notre précédente mission, nous avons travaillé sur le rôle et la fonction de chaque acteur de soins comme préalable nécessaire à un travail d'équipe cohérent, et bien sur pour que les patients s'y retrouvent également. Certains problèmes persistent, la relation soignant-soigné, les V.A.D, l'observance, les perdus de vue.

Missions des acteurs du Continuum :**Nafi, assistante sociale :**

- enquête sociale consécutive à une demande d'aide alimentaire, incluant une visite à domicile.
- enquête sociale consécutive à une demande micro-crédit (AGR), avec au moins une visite à domicile également
- évaluation et soutien social auprès des patients suivis au CTA et (ou) de leur famille
- travail de liaison pour les patients du CTA référés dans d'autres lieux de soins (HNN, Saga)

Zoulaha, infirmière :

- travail de liaison pour les patients du CTA référés dans d'autres lieux de soins pour raisons médicales (HNN, Saga)
- accompagnement au cas par cas de patients nécessitant des examens complémentaires dans d'autres structures des soins (radios, échos ...)
- surveillance infirmière de l'état de santé des patients à domicile
- réapprovisionnement en ARV au domicile pour des patients ne pouvant se déplacer pour raisons médicales, ou pour des patients ne souhaitant pas se rendre au CTA (raisons de confidentialité)
- aide à l'observance à domicile (1 cas : une personne démente)
- soins à domicile : rares : 1 pansement
 - : 1 injection
 - : 2 prélèvements dont 1 pour un dépistage à la demande du mari sans que la femme ne soit informée du but ni du résultat.

**Missions communes pour l'infirmière et l'assistante sociale du Continuum :**

- travail institutionnel : participation active au staff du CTA le vendredi, présentation de dossiers de patients posant des problèmes.

- recherche des perdus de vue : cette mission est mandatée par le CTA

Cette action pose toujours des problèmes : la majorité des patients ne souhaite pas être recherchée, ceux-ci donnent de fausses coordonnées téléphoniques et adresses.

Malgré une recherche active les résultats sont très en deçà de l'énergie et du temps déployés.

Quelques patients expriment leur soulagement de réintégrer le circuit de soins.

Problématique :

1. Pour ce qui concerne le suivi à domicile du VIH : observance, counselling, soins infirmiers, le travail à domicile reste peu développé, la majorité des patients ne le souhaite pas ; Zoulaha, infirmière exprime un fort désir de réaliser des soins en demandant une aide matérielle pour cela (demande de plateau à pansement) tout en reconnaissant que ce n'est pas souhaité et périlleux à réaliser pour le patient (questions de l'entourage la plupart du temps non au courant du VIH). De plus, comme nous l'avons évoqué dans notre dernier rapport, le transport et l'élimination des déchets infectieux posent un réel problème.

Cette activité des VAD est par contre efficace pour l'attribution du PAM et des AGR, ainsi que pour le suivi social, et la surveillance visuelle infirmière des patients .Il y a un important travail de liaison entre le CTA et le Continuum de soins.

2. la recherche des perdus de vue :

Ils sont estimés à une centaine par le CTA ;

L'atelier se pose la question de savoir qui sont ces perdus de vue ?

Différents profils apparaissent :

-a - les patients décédés

-b- les patients qui, malgré une bonne information, un bon counselling, ne veulent pas rentrer dans le circuit de soins

-c-les patients qui n'ont pas eu une information suffisante ou un counselling approprié pour intégrer la nécessité du suivi au long cours :

- à cause d'une incapacité cognitive à comprendre une information, donnée d'une façon trop compliquée ;

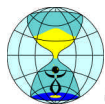
- ceux qui ne peuvent pas intégrer les informations pour des raisons psychologiques (sidération à l'annonce, dépression, peur des réactions de l'entourage, peur d'être mal « vu » par les soignants...);

- ceux qui pour des raisons de difficultés sociales majeures sont préoccupés par leur survie.

Il apparaît que ces différents profils de patients ne sont pas répertoriés lors du counselling, ce qui peut être amélioré pour réduire certains problèmes d'observance et de perdus de vue.

Proposition :

Un 2^{ème} atelier est proposé pour avancer dans l'évaluation des difficultés ; à ce stade de la réflexion, il faut analyser plus finement la relation soignant-soigné, aux différents moments de la prise en charge d'un patient.



ANNEXE 6

Compagnonnage : 2^{ème} atelier Continuum de soins -CTA

Lundi 2 juillet 2007

Participants :

Zoulaha Aboubacar, infirmière Continuum de soins
Nafi Hamidou, assistante sociale Continuum de soins
Montari Souéba, infirmière CTA (en charge de la pharmacie)
Abdoulaye Hamidou, infirmier CTA
Issoufa Malam mana, psychologue CTA
Issoufou Aïssata, infirmière CTA
Patricia Paillet, psychologue Entraide Santé 92

1- le counselling

Il peut être pratiqué à différents moments de la prise en charge d'un patient :

l'infirmière en charge de la pharmacie estime faire du counselling lors de la distribution des ARV en rappelant l'importance de l'observance, de même Abdoulaye, infirmier au CTA lorsqu'il aborde les problèmes liés à la prévention lors de ses soins à un patient.

L'ensemble de l'équipe présente est très concerné par l'information qu'elle fait passer au patient, c'est une mission essentielle.

Nous nous attarderons sur le counselling pré-test et post-test , qui est « l'accroche » du patient au système de soins ; en effet ce travail est important quantitativement, aujourd'hui il y a 21 dépistages dont 11 séropositifs, résultats qui doivent être rendus dans l'après-midi.

Les participants s'estiment suffisamment formés au counselling mais expriment différents problèmes dans cette pratique :

- refus d'un résultat positif
- difficile à pratiquer avec un patient qui va bien
- la notion de maladie chronique n'existe pas
- on ne sait pas repérer les patients qui échappent d'emblée au counselling, lorsque la relation de confiance ne s'établit pas : « les patients racontent ce qu'ils veulent », « certains mentent », « il y a ceux qui ne comprennent pas ce qu'ils font au CTA ».

On repère d'emblée une difficulté à évaluer les patients qui pour différentes raisons ne vont pas adhérer au discours des soignants ; il s'agit entre autre de patients en état de sidération, ceux qui développent rapidement un état traumatique non repéré à l'annonce du VIH, ceux qui ressentent une certaine honte face au VIH. Il y a aussi ceux qui vont bien, pour lesquels un counselling mieux ciblé est à revoir.

Le counselling et l'observance

-La 1^{ère} difficulté concerne les patients dont l'entourage n'est pas au courant ; il est conseillé aux patient d'informer au moins un membre de l'entourage pour le soutenir, « parer » aux questions sur le traitement, voire l'aider à prendre ce traitement discrètement.

-une 2^{ème} difficulté concerne les patients mis sous traitement dès l'annonce du VIH. Si dans un 1^{er} temps ils ressentent un mieux être grâce au traitement qu'ils suivent correctement, certains sont tentés de l'arrêter dès qu'ils se sentent mieux. L'étude d'un cas clinique récent, d'une jeune



femme qui exprimait une « lassitude » face au traitement au bout d'un an, montre différentes explications à cela : elle va bien, s'est mariée et souhaite un enfant ; après discussion sa « lassitude » face au traitement peut se rapporter à au moins 2 explications :

-sa crainte d'effets tératogènes sur le fœtus

-s'est mariée, désire un enfant, remaniement important dans sa vie, envisager un futur et sortir de la maladie ?

Les participants estiment que la mise sous traitement doit être plus préparée peut être même différée de l'annonce du VIH de quelques jours ou de quelques semaines lorsque c'est possible ; Le counselling est beaucoup plus périlleux lorsqu'il faut à la fois annoncer le VIH, parler de la prévention, des traitements, de l'observance ; les participants se sentent un peu dépassés par l'ampleur des problèmes. Ici la situation psychologique de chaque patient risque d'être sous-estimée.

Une donnée nouvelle apparaît pour les participants: dans une maladie au long cours, chaque changement de situation, dans le cas étudié le mariage et le désir d'enfant, peut faire apparaître un changement de perception du suivi, du traitement, et peut nécessiter une nouvelle consultation afin que le patient puisse intégrer ce changement à sa situation médicale. Il ne faut pas « répéter » le counselling, mais l'adapter à la nouvelle situation. Il faudra éventuellement adresser le patient au psychologue. Il est possible là aussi d'améliorer les demandes au psychologue.

2-Les perdus de vue

L'atelier précédant a permis de cerner au moins 3 situations :

1-les patients décédés

2-ceux qui en toute connaissance de cause ne veulent pas rentrer dans le circuit du soin

3-ceux qui sont mal informés

-qui ne peuvent intégrer les informations pour des raisons psychologiques (traumatisme de l'annonce, déni, honte ...)

-qui ne comprennent pas les messages pour des raisons cognitives

-ceux qui pour des raisons économiques et sociales luttent pour leur survie et ne peuvent en pas prendre en compte leur santé

Certains patients décédés peuvent être recensés par le Continuum de soins lors des visites au domicile, par le suivi des patients hospitalisés à L'HNN, ou à Saga.

Ceux qui en toute connaissance de cause ne veulent pas qu'on les trouve posent un problème éthique dans cette recherche des perdus de vue. Malgré notre désir d'aider les patients et la raison qui nous fait penser qu'un suivi médical et paramédical est important pour leur santé, est-ce assimilable à une injonction de soins ?

Pour repérer ces patients comme tels, encore faut-il affiner la dernière catégorie de patients, ceux sur lesquels l'équipe de soins peut agir directement: ceux qui sont mal informés, ou pour lesquels l'information n'est pas passée.

Ici un travail supplémentaire doit être fait pour mieux comprendre dès le counselling pré-test et post-test les aspects psychologiques, cognitifs et sociaux qui peuvent entraver l'écoute, la relation d'aide, la confiance à établir avec le patient. La suite du suivi en dépend, les participants en sont conscients.



Considérons maintenant le nombre de fausses coordonnées (téléphones et adresses) : lorsqu'un patient est inclus dans la file active, ses coordonnées sont demandées ; compte tenu du temps qu'il faudra pour qu'un patient ait confiance dans l'équipe, adhère aux soins et aux traitements, il serait souhaitable de lui demander de confirmer ses coordonnées un peu plus tard, lorsque la relation de confiance semble acquise.

Tant que cette maladie sera aussi stigmatisée, il nous faudra compter avec le temps, celui des patients et pas seulement celui de nos procédures.

Conclusion

Il est souhaitable d'améliorer le counselling à toutes les étapes du suivi d'un patient ; une formation à la relation d'aide et à l'écoute est demandée à Entraide Santé pour affiner la compréhension des différentes situations des patients.

Une autre donnée qui dépasse le cadre du CTA et du Continuum est à prendre en compte : un des participants dira :- « les patients ont l'habitude d'être « tancés » dans le système de soins »- C'est une donnée importante pour le suivi en général des patients, de l'annonce du VIH, mise sous traitement et observance, éviter les fausses coordonnées, les perdus de vue ; un certain nombre de patients peut ne pas venir pour des raisons déjà listées, mais aussi ne pas oser revenir de peur d'être réprimandés ou mal jugés de la part des soignants.(1)

Il faut aussi prendre en compte ce contexte plus général du soin au Niger qui entache les efforts des acteurs de santé du CTA et du Continuum ;

L'expérience difficile des « ex » éducateurs thérapeutiques en 2005-2006 relève principalement de ce problème, (rapport de mission Entraide Santé, du 8 au 15 novembre 2005, en annexe : grille d'entretien proposée, précautions à prendre avant de se rendre au domicile d'un patient...) problème qui à notre connaissance n'a pas été mis suffisamment en évidence.

L'amélioration de la relation soignant-soigné est un chantier à mettre en route.

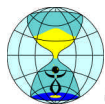
Le rôle du Continuum de soins :

Les missions pressenties du départ, essentiellement les VAD et soins à domicile restent très modestes et peu souhaitées par les patients. Cet objectif est secondaire à l'heure actuelle.

Par contre le Continuum a su créer au fur et à mesure du temps une réelle articulation avec le travail du CTA en renforçant le suivi et l'aide aux patients : travail de liaison important (HNN, Saga, etc...), faisabilité du PAM, des AGR, appui pour le counselling au CTA.

Depuis le début du compagnonnage, nous avons remarqué que le personnel, formé aux difficultés liées à l'infection à VIH, est très motivé par la prise en charge des patients et est actuellement une ressource importante dans l'activité générale du CTA .

(1) Ceci est largement rapporté dans le travail du Lasdel : « une médecine inhospitalière » sous la direction de : Y. Jaffré et J.P. Olivier de Sardan.



ANNEXE 7

CTA de Niamey, juin 2007

Proposition de mesures d'isolement des patients tuberculeux contagieux séjournant à l'hôpital de jour.

A ce jour, il apparaît qu'en cas de présence d'un patient suspecté ou connu tuberculeux et contagieux, recevant des soins à l'hôpital de jour :

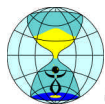
- Le personnel soignant porte un masque de soins.
- Les autres patients séjournant à l'hôpital de jour, ne sont pas protégés.

Or la transmission du bacille tuberculeux peut s'effectuer par l'ensemble de l'air ambiant de la pièce où séjourne le patient contagieux, et non pas seulement par les projections directes des gouttelettes de salive contaminées. Il apparaît donc

- Que le personnel de soins est insuffisamment protégé : inspiration d'air non filtré par les côtés du masque de soins (fuites d'air au visage).
- Que les patients peuvent être contaminés.

Mesures proposées :

1. **Le port d'un masque de soins par le patient contagieux**, et ceci pendant toute la durée du séjour en hôpital de jour, serait une barrière mécanique simple et efficace, en empêchant la projection initiale des gouttelettes de salive contaminées dans l'air ambiant.
2. L'aération régulière et fréquente des 2 salles, par ouverture des fenêtres, assurerait un renouvellement de l'air ambiant et donc une protection supplémentaire, et ceci même en présence de patient connu ou suspecté contagieux.
3. Le personnel de soins devra procéder à l'information des autres patients qui pourraient s'inquiéter du voisinage avec une personne portant un masque. Ou bien le patient porteur du masque pourrait être dissimulé par un paravent.



ANNEXE 8

3 juillet 2007 : Etat des lieux de l'ASSURANCE QUALITE au laboratoire du Centre de Traitement Ambulatoire de NIAMEY

I. Formation du personnel de laboratoire à la démarche d'ASSURANCE QUALITE

Monsieur Boubacar TIOUSSO, titulaire d'un BTS de Biologie Médicale, déclare être formé à cette démarche, son mémoire de BTS ayant porté sur l'ASSURANCE QUALITE pour le dosage de la glycémie, et pour les détectations du VIH et du VHB.

II. Appareils

En l'absence de sangs ou de sérums de contrôle, les appareils de numération sanguine, de détermination des taux de CD4 ou de biochimie, ne sont jamais calibrés.

L'appareil de numération n'est pas fonctionnel actuellement en absence de réactif. Lorsqu'il l'est, le « bruit de fond » est mesuré à chaque démarrage. S'il est hors limite, l'appareil est rincé jusqu'à normalisation.

L'appareil de CD4 est muni d'un système d'alerte qui signale les erreurs de prises d'essai.

III. Pipettes automatiques

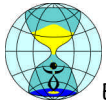
Elles étaient utilisées que pour la biochimie, activité suspendue depuis 3 mois en absence de réactifs. Elles n'ont jamais fait l'objet d'une maintenance, d'une calibration.

IV. Réfrigérateur-congélateur

Il n'existe pas de système de contrôle ni de traçabilité des températures en l'absence de thermomètres.

Conclusion

Le personnel du laboratoire semble apte à la mise en place d'une démarche **ASSURANCE QUALITE**. L'acquisition de thermomètres est un objectif qui semble réalisable. L'approvisionnement régulier en réactifs de contrôle est impératif et urgent.



ANNEXE 9

Participation à la causerie de PVVIH Au CEDAV, centre de dépistage, activité prise en charge par MVS

Samedi 30 juin 2007

Nous sommes chaleureusement accueillies par Mr le Directeur Exécutif du centre

Visite des locaux, présentation du personnel

- salle de prélèvement
- 2 salles de counselling
- une grande salle de réunion
- bureaux du directeur et du comptable
- pharmacie

En plus du directeur et du comptable le personnel se compose de :

- 2 médecins à mi-temps
- 1 technicienne de laboratoire
- 1 infirmier
- 1 pharmacien

Le Cedav réalise 200 à 250 tests par mois, avec environ 20% de séropositifs dépistés.

2 associations de femmes sont représentées :

- Bafoumeye, Madame Fati Maïga Toumkara présidente et éducatrice thérapeutique (Cedav, HNN), qui animera la causerie.
- Espaso, Madame Fati Adamou présidente.

Une vingtaine de femmes sont présentes, quelques conjoints (4) sont venus également. La causerie a lieu chaque dernier samedi du mois, réservée aux femmes au départ, il est question d'en organiser une pour les hommes afin de préserver l'intimité des questions des hommes et des femmes.

Causerie

La parole est libre, les échanges très nombreux et riches en thèmes :

-1- l'annonce ou pas à l'entourage

Plusieurs témoignages de réactions : rejet ou acceptation et aide ;

La question se pose : qui est la famille pour une femme mariée ? les parents restés au village ? ou le mari, la nouvelle famille ?

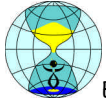
L'animatrice rappelle l'importance d'avoir une personne de son entourage, choisie par le ou la PVVIH, pour soutenir et accompagner (éviter les pressions pour consulter un marabout, pour changer de médecin, voir un tradi-thérapeute).

-2- les difficultés face au préservatif

Demander de mettre un préservatif au partenaire provoque souvent un manque de confiance. Il se manifeste alors dans la salle une grande motivation de ces femmes pour ne pas contaminer quelqu'un d'autre ;

« la santé ça vaut tout », « il vaut mieux refuser la relation », « il vaut mieux risquer d'être abandonnée »

-3- questions sur le virus



-Peut-il rendre une femme stérile ?

-Comment faire pour ne pas contaminer l'enfant lors d'une grossesse ?

(On remarque ici qu'il n'y a pas de question sur l'allaitement ; en même temps, dans la salle une jeune femme allaite son bébé, d'autres femmes essaient vigoureusement de l'en empêcher à plusieurs reprises ; la jeune mère tentera de faire boire un biberon sans succès et le bébé reprend le sein.)

-4- le partage du traitement

Un homme demande si il peut emprunter le traitement de sa femme si il manque de cachets.

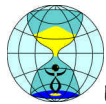
-5- les effets positifs et négatifs du traitement

Il donne de la force, il donne de l'appétit

Discussion sur les effets secondaires et les stratégies des uns et des autres pour y remédier

-6- un témoignage vibrant d'une femme d'origine togolaise au sujet du dépistage « sauvage » dont elle a été victime ; du traumatisme qui en a résulté, de l'aide et du soutien de 2 membres de sa famille malgré le rejet et les menaces des autres : « tu vas quitter ce monde » les pressions pour qu'elle consulte un marabout. Avec un fort encouragement pour les autres femmes présentes à rester digne et à se battre contre la maladie.

Fin de la causerie.



ANNEXE 10

Mardi 3 juillet 2007

ATELIER AES/DEPISTAGE AVEC LES MANŒUVRES SOURDS DE L'HNN

Animateurs :

- Mme KALTUMA AMBARKA, retraitée, ancienne directrice de l'école des sourds de Niamey, présidente de l'ONG EFIS (éducation, formation, intégration des sourds)
- Mr YACOUBA BERCHAROU interprète en langue des signes, membre de l'Association des Sourds du Niger
- Dr Boubé MADOUGOU : HNN
- Emmanuelle CAPRON : Entraide santé
- Sylvie LEGAC : GERES
- Elisabeth DELIERE : Entraide santé

Participants : Malgré nos intentions, tous les manœuvres sourds de l'hôpital (= 47 personnes) n'ont pu être réunis, occupés à préparer la visite présidentielle prévue le lendemain, à l'HNN.

7 personnes ont pu cependant participer à l'atelier.

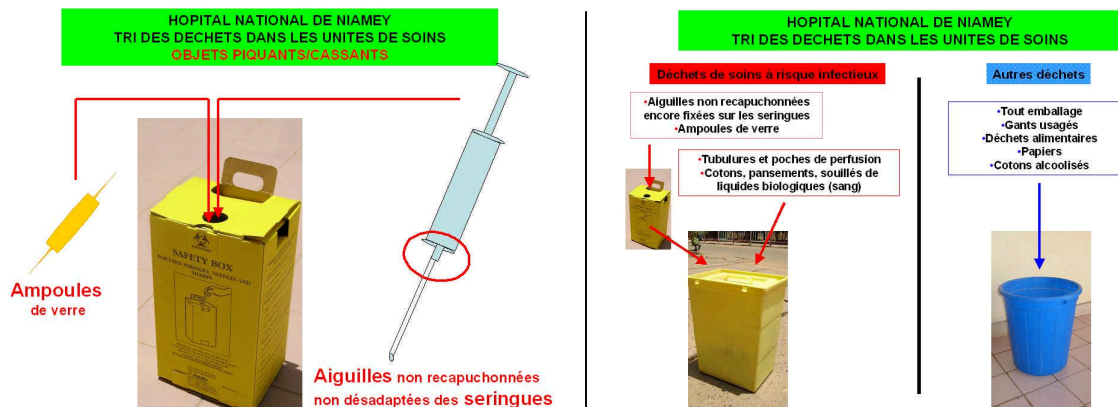
Objectifs : - en rapport à l'atelier réalisé lors de la précédente mission : rappel modes de transmission du VIH

- conduite à tenir en cas d'AES
- dépistage
- séropositivité \neq SIDA : possibilité d'être porteur du virus sans être malade
- traitement post exposition : intérêt, accès, gratuité
- traitement en cas d'infection à VIH : intérêt, gratuité

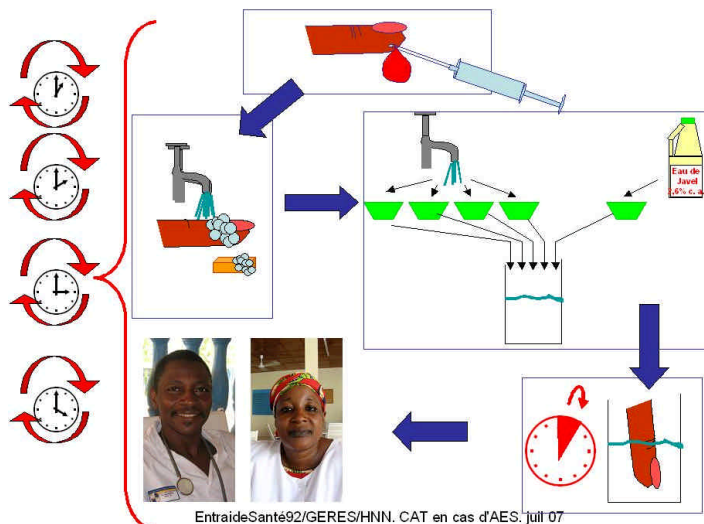
Modes de communication :

- sketches mimés à l'aide d'objets représentatifs (E. Capron et S. Legac)
 - balle rouge avec picots = virus HIV
 - seringue + aiguille
 - éosine = sang
 - poubelle
 - conteneur à piquants, tranchants
 - blouse blanche du médecin
 - tenue verte du manœuvre
 - tablette de comprimés
 - matériel de prélèvement sanguin

- projection de diapos (E. Deliere)
 - o le tri des déchets (cf ci dessous)



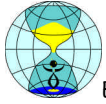
- o affiche « CAT en cas d'AES » imagée, sans texte réalisée à l'intention des sourds (cf. ci dessous)



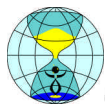
- traduction en langue des signes locale (Y. Bacharou et K. Ambarka)
- mise à contribution des participants sourds pour mimer à leur tour les explications données, afin d'évaluer la compréhension de chacun.

Conclusion :

- très vive participation interactive de la part des manœuvres sourds.
- les participants sourds ont fait eux-mêmes un rappel sur les modes de transmission du VIH.
- chaque sujet traité semble avoir été bien compris : les scènes mimées par chacun d'entre eux dédiées à reformuler les sujets évoqués étaient claires et explicites.
- les personnes présentes à l'atelier sont chargées de transmettre aux autres les informations concernant la conduite à tenir en cas d'AES.
- l'affiche « CAT en cas d'AES » sera imprimée en couleur par Entraide et envoyée au service d'hygiène afin que celle-ci soit affichée dans les lieux fréquentés par les sourds ou par un personnel peu alphabétisé.



- les participants ont manifesté leur enthousiasme à participer à ces ateliers.
- lors d'une prochaine mission, il serait souhaitable de parler à nouveau de la prévention des AES et de reprendre avec les personnes absentes les thèmes traités aujourd'hui.

**ANNEXE 11****ENTRAIDE SANTE 92, juin 2007
CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE DE NIAMEY :
ETAT DES LIEUX****1) Gestion :**

1701 patients suivis depuis l'ouverture du CTA

File active : environ 1400 patients

647 patients sous ARV

☞ environ 20 nouvelles mises en route de traitement chaque mois.

l'afflux de patients ne cesse d'augmenter ; jusqu'où le CTA pourra-t-il assurer la prise en charge ?

Cette semaine, suite à une campagne de dépistage, 20 personnes se sont présentées un matin, 11 d'entre elles ont une sérologie positive...

2) Pharmacie:

○ approvisionnement en médicaments : OK pour les ARV, pas de rupture depuis notre dernière venue. Seconde ligne de traitement : le Kaletra commandé commence à arriver = « ALUVIA » (Abott) forme sèche, comprimés roses.

○ Problème de rupture de la chaîne du froid pendant le transport du Norvir : de nombreuses boites de capsules fondues ont été livrées au CTA...

○ manque d'anti-émétiques, anti-histaminiques...

○ tableau récapitulatif des ARV disponibles, en cours de réactualisation (pharmacienne + ES)

3) Laboratoire :

○ charge virale :

à l'inclusion (sérothèque) puis à M6
pour la plupart, résultat indétectable (à 98%)
pratiquée par tous les centres prescripteurs

○ antigène cryptocoque : pratiqué à la demande du CTA mais peu par l'HNN.

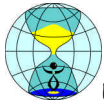
○ pas d'exams de biochimie réalisés au CTA. Un nouvel appareil est disponible mais non fonctionnel car la mise en route par le fabricant est en attente sur tout le Niger (d'autres appareils similaires ont été livrés dans l'ensemble du pays).

○ Contrôle qualité des appareils de laboratoire : voir annexe

4) salle de prélèvement et hôpital de jour :

a) AES :

○ les IDE semblent très satisfait des corps de pompes à éjection d'aiguilles (échantillons donnés par le GERES lors de la précédente mission). Ce matériel semble réellement améliorer la sécurité des soignants en matière d'AES car il évite toute désadaptation manuelle de l'aiguille pour les prélèvements effectués avec le système Vacutainer dont ils



disposent. Leur rentabilité est concluante car les 5 corps de pompe déposés en novembre 2006 n'ont cessé d'être utilisés et sont toujours en fonctionnement.

- Les manipulations qui restent à risque d'AES concernent la charge virale (voir « rapport de mission ESTHER/ENTRAIDE SANTE 92-GERES »). Un approvisionnement en tubes EDTA de 5 ml résoudrait ce problème.
- Le port de chaussures ouvertes sur le dessus du pied par le préleveur est reconnu comme étant à risque d'AES quand une aiguille tombe.
Le sabot est recommandé.
- L'installation confortable et correcte du patient et de l'IDE pendant le prélèvement n'est pas toujours observée

b) Hygiène :

le travail des manœuvres est d'une réelle qualité : nettoyage au savon puis désinfection des surface à l'eau de javel.

- Proposition d'un protocole d'isolement pour les patients à haut risque tuberculeux (voir annexe 7.)

Problème de crachats, dénoncés par les soignants

suggestion d'utiliser des boites vides de médicaments en guise de crachoirs jetables, incinérables.

- contamination manu portée :

➤ le circuit du linge est clairement identifié et un sac plastifié est prévu pour le ramassage du linge sale.

➤ l'arrivée de nouveaux lits (don) rend le passage un peu étroit entre deux lits dans l'HDJ. Est-il souhaitable de garder ces nombreux lits ? Sont-ils chaque jour tous utilisés ? Il semble manquer de place pour les patients valides plus que pour les personnes alitées ...

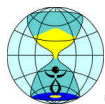
➤ Le point d'eau situé dans la salle de soins est fonctionnel contrairement à notre précédente visite où un trop mince filet d'eau rendait le lavage de main difficile.

➤ Le nettoyage du petit matériel infirmier pourrait être renforcé quotidiennement (chariot de soin, plateau...).

- 5) Secrétariat : les nouveaux dossiers ne cessent d'augmenter et l'armoire de rangement est quasiment pleine
- 6) Confidentialité : la transparence des portes de chaque salle de consultation a été occultée par la pose d'affiche, ce qui permet au médecin de recevoir le patient en toute discrétion.
- 7) Véhicule : Il n'y a plus de véhicule à disposition du CTA. Tout est désormais acheminé en moto ce qui n'est pas sans évoquer le problème de sécurité lié au transport des prélèvements s'il y a lieu. Le chauffeur fait souvent de nombreux kilomètres pour réapprovisionner certains malades en médicaments. Le transport des patients trop faibles, en situation de précarité, référés au centre des sœurs de SAGA reste problématique lorsque celui-ci ne peut payer l'ambulance. Enfin, suite à un décès survenu au CTA il a fallu couvrir les frais d'un transport en ambulance vers la morgue.

CONCLUSION : L'activité du CTA ne cesse d'augmenter.

Les objectifs d'une prochaine mission concernent la suite de la prévention des AES en collaboration avec le GERES, la poursuite de la réflexion en rapport à l'hygiène et à l'isolement et selon la demande des soignants, une participation au circuit des patients car ils souhaiteraient l'améliorer.



RAPPORT GERES

RAPPORT MISSION ESTHER / GERES

En collaboration avec Entraide Santé 92

Niamey- NIGER

26 juin – 3 juillet 2007

Réunion du 27/6/2007 Matin - réunion de présentation :

Présentation de l'objet de cette nouvelle mission puis état des lieux de l'existant et de la progression observée depuis décembre 2006.

Personnes présentes :

Boubacar MADOUGOU (référent GERES pour l'HNN), Eric ADEHOSSI ; tous les majors de l'HNN

« Versant GERES » de la mission ((Sylvie LEGAC et Christian RABAUD) conduit en partenariat avec les membres d'Entraide Santé 92 : Elisabeth DELIERE, Elisabeth ROUVEIX, Patricia PAILLET, Emmanuelle CAPRON)

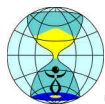
OBJET : 4 axes principaux :

1/ Etat des lieux relatif à la mise en place des actions ou dispositifs décidés lors de la mission de décembre 2006

2/ Réalisation d'une enquête de pratique dans les services de médecine et de pédiatrie : analyse des pratiques (gestes) à risque d'AES

3/ Choix du TPE pour l'HNN et plus généralement pour le Niger (via le comité technique national)

4/ Mise en place d'une enquête de séroprévalence de l'hépatite B au sein de la population soignante, en amont d'une campagne de vaccination anti-VHB de ces mêmes soignants (la partie vaccination a été proposé par la mission et fait l'objet d'une demande de financement ESTHER inclus dans le projet « année 2 » présenté par ENTRAIDE SANTE 92)

**RAPPORT GERES p.2**

Objectif N° 1 : états des lieux et évaluation de la progression observée depuis décembre 2006

1/ Depuis le dernier passage de la mission en décembre 2006 :

1 Former les urgentistes :

A ce jour, ce programme n'a pas été réalisé ; il a été décidé de le repousser pour réaliser préalablement la formation des services de chirurgie que des contretemps ont conduit à repousser cette formation.

2. Former les majors pour ouvrir les cahiers d'infirmierie et faire afficher CAT après AES à diffuser dans les services : 11 services médicaux, aiguillage et CESIC, morgue, 9 services chirurgicaux, 2 laboratoires, radiologie :

Rappelons que des correspondants GERES ont été désignés pour chaque secteur : Médecine, Chirurgie, Laboratoire, CTA ; il existe un coordonnateur général : Eric ADEHOSSI (cf liste établie lors de la précédente mission de décembre 2006).

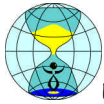
Le comité AES/GERES de l'HNN s'est réuni pour la première fois le 18 mai 2007 (annexe B) sous la présidence de Eric ADEHOSSI. Ont été discutés : la sensibilisation du personnel, le problème des déchets, l'indemnisation prévues pour les correspondants et non payées à ce jour. Concernant ce dernier point, Monsieur le directeur de l'hôpital, rencontré le 27/6/2007, nous a indiqué qu'il attendait de disposer de document attestant de l'investissement réel de ces correspondants dans la lutte contre les AES (premier bilan d'activité) pour ordonner le paiement de ces primes.

Les cahiers infirmiers ont été créés et adressés à chaque major (un par service). le passage dans les services a permis de constater leur présence dans plusieurs services ;

A l'exception du service de pédiatrie, ces cahiers sont restés vierges : les victimes d'AES sont généralement référées directement à Boubacar MADOUGOU ou à Eric ADEHOSSI, et le major n'est pas forcément informé et le cahier n'est donc pas rempli ;

Les médecins remplissent la fiche AES qui est ensuite adressée au GERES . Depuis décembre 2006, 9 fiches ont été remplies ; les 4 premières ont d'ores et déjà été adressées au GERES ;

Difficultés : en médecine B3, le major indique que lors du premier AES dont elle a eu connaissance, elle n'a pas retrouvé le cahier ; elle en a alors demandé un autre qu'elle n'a jamais reçu . Les majors indiquent que le taux de déclaration des AES est très différent d'un service à l'autre ; les 9 cas rapportés depuis décembre 2006 ne sont certainement l'image exhaustive de la réalité. L'exhaustivité est peut être atteinte en pédiatrie et au laboratoire de biologie ? L'exhaustivité n'est certainement pas atteinte en médecine B. Et c'est sans doute en chirurgie que la sous déclaration est la plus forte ; ceci est sans doute du a une absence de formation et au fait que les soignants du secteur de chirurgie n'appréhendent pas du tout le risque viral (voir vital) consécutif à l'AES.

**RAPPORT GERES p.3**

Le cas particulier des manoeuvres, sourds-muets, est abordé. Ils peuvent être victimes d'AES en manipulant ou en vidant les poubelles dans lesquelles on trouve encore des aiguilles souillées non « protégées » ; de tels accidents arrivent quand ils ne portent pas de gants adéquats bien que ceux-ci soient disponibles au niveau du service d'hygiène. Ils ont déjà bénéficiés d'une première formation en décembre 2006 à laquelle ils ont assisté massivement et en manifestant un vif intérêt ; une seconde formation est prévue au cours de cette mission (Emmanuelle CAPRON)

L'affiche « Conduite à Tenir après un AES » (annexe C), élaborée lors de la mission de décembre 2006, n'a pas été diffusée dans les services ; le comité GERES/AES de l'HNN souhaite faire réaliser des affichettes, cartonnées, plastifiées, à afficher dans chaque salle de soins ; mais la réalisation pratique n'a pas été effective : attente de financement alors qu'il existe un budget prévisionnel disponible (convention ESTHER /HNN) . Dans cette attente, il est proposé de reproduire ce document sur papier simple A4 et de l'afficher tel que (début effectif de cette mise en place, en particulier au CTA le 28/6/2007.

3. Etablir la liste de médecins référents avec leurs coordonnées et s'assurer de sa diffusion auprès des majors :

Cette liste a été établie (liste des prescripteurs d'ARV) (cf. annexe D) ;

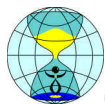
Chaque référent a reçu 10 exemplaires de la fiche de recueil des AES élaborée en décembre 2006 (cf. annexe E)

La liste des référents n'a pas été diffusée dans les services mais elle a été distribuée à chaque médecin de l'HNN et du CTA (cf. courrier du 8/1/2007 ; annexe F).

4. Installer les kits d'urgence d'ARV et les rendre disponibles à la pharmacie des urgences :

En amont de cette mission, il a été décidé, dans un premier temps, que le TPE associerait d4T +3TC (COVIRO) + Indinavir boosté (400/100 matin et soir).

Cette information a été donné à la pharmacie (cf. courrier du 4/1/2007 ; annexe G) ; Mais finalement, il a été décidé de remplacer d4T +3TC (COVIRO) par AZT + 3TC (COMBIVIR) : 3 kits (pour un mois de traitement) sont en permanence disponibles aux urgences ; le 29/6/2007, nous avons suivi le circuit de ces kits ; la personne responsable des ARV à la pharmacie centrale nous a confirmé avoir confectionner 3 kit COMBIVIR + INDINAVIR BOOSTE pour un mois de traitement chacun et les avoir fait livrer à la pharmacie du service des urgences ; le jour de la visite, le pharmacien des urgences est un remplaçant en place depuis peu et il n'est pas au courant ; les responsables de l'officine de pharmacie des urgences (lieu de vente des médicaments) ne sont pas au courant de la présence de ces kits (après discussion avec Eric ADEHOSSI, les kits sont pourtant présents dans cette officine, le ritonavir étant en particulier dans le frigo ; mais comme ces kits sont hors de l'inventaire de ces pharmaciens, il lui semble imaginable qu'ils en ignorent l'existence ; nous sommes retournés dans cette officine et nous avons bien constaté la présence des kits) ; le major et le médecin chef des urgences n'étaient pas présents mais la « vice-major » a pu être rencontrée : elle n'était pas au courant.

**RAPPORT GERES p.4****5. Recueillir les fiches d'analyse des circonstances de survenue des AES****6. Centralisation des questionnaires et synthèse épidémiologique :**

A cette heure et depuis décembre 2006, 9 fiches ont été remplies. Sur ces 9 AES, 2 ont donné lieu à un TPE, un poursuivi 1 mois, un arrêté rapidement, la victime étant découverte VIH+ au bilan initial ; dans les 7 autres cas, l'absence de TPE est justifiée par une sérologie négative du patient source (cf. test VIH rapide disponible à l'HNN comme au CTA) ; le suivi sérologique de ces 9 cas n'a pas posé de problème, ni à J0 ni à M1.

7. Veiller à la mise en application des mesures préventives décidées sur l'HNN, en particulier l'amélioration de la gestion des déchets :

Il avait été noté l'existence de problèmes en ce qui concerne l'usage des 2 incinérateurs actuels (un seul a été allumé une fois ; s'est fendu lors de la mise en température ; du fait d'une cheminée courte, et de fait que l'incinérateur se trouve en contrebas de l'hôpital, l'incinérateur envoyait ses fumées (nauséabondes, toxiques) vers les autres bâtiments de l'hôpital, ... ; enfin, après combustion, les aiguilles brûlées tombaient au sol au travers des grilles qui composent le plancher de l'incinérateur). Cet incinérateur a été arrêté ; l'autre n'a jamais démarré.

Autre remarque préalablement formulée : les containers en carton destiné à recevoir les piquants et coupants usagés, n'étaient disponibles que dans les services utilisant des ARV ! Ces containers sont donnés gracieusement à l'hôpital par la Coordination InterSectorielle contre les IST/VIH

La filière a été réévaluée dans son ensemble.

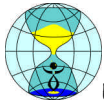
Concernant les containers : il est bien précisé sur chacun d'eux qu'ils sont destinés à recevoir le matériel usagé sans manipulation préalable : pas de recapuchonnage, pas de nécessité de désadapter l'aiguille de la seringue ... Tout doit être jeté en un seul geste sans manipulation préalable

Nos observations sur le terrain ont permis d'observer que, le plus souvent, le soignant recapuchonne et désadapte avant d'éliminer dans le container la seule aiguille !

Une nouvelle formation et/ou information dans ce domaine apparaît nécessaire.

Si ce message passe, on aura fait progresser significativement la prévention des AES.

Pour autant ceci conduira à utiliser plus de container (éliminer aiguilles + seringues remplira plus vite les containers).

**RAPPORT GERES p.5**

Nous sommes donc aller voir la personne qui se charge des commandes auprès de la Coordination InterSectorielle contre les IST/VIH ; il s'agit de la personne qui est en charge des ARV au sein de la pharmacie centrale.

Elle nous a indiqué qu'elle n'était pas limitée dans ses commandes ; il n'y a donc visiblement pas de frein à ce niveau.

Nous lui avons alors demandé pourquoi seuls les services prescrivant des ARV reçoivent des containers de la Coordination InterSectorielle contre les IST/VIH, (certains services de chirurgie ont parfois des containers différents dont nous ne connaissons pas l'origine) ; elle nous a indiqué que seuls ces services sont demandeurs car ce sont les seuls services qui la connaissent (puisque'elle ne s'occupe que des ARV) ; pour autant, elle pense qu'il n'y aurait aucune difficulté à fournir ces mêmes containers à des services non prescripteurs d'ARV, s'ils en font la demande !

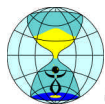
Il convient donc de rediscuter d'une stratégie plus générale, d'établissement, avec les responsables des différents services et la direction pour permettre à tous de disposer de container et pour s'assurer que chacun saura les utiliser

Autre problème : si plus de containers sont utilisés, le volume des déchets générés risque d'augmenter ; or il existe déjà des difficultés pour éliminer ces déchets : pas d'incinérateur en service => accumulation des déchets dans un espace (maintenant « protégé », fermé) et transport, une fois par semaine de ces déchets, au moyen du véhicule qui sert habituellement à transporter les repas !, vers un lieu extérieur à l'hôpital où ils sont brûlés de façon « sauvage » (problème écologique et dangerosité : après avoir été brûlés, persistent au sein de ces résidus de déchets, des aiguilles qui ne sont plus dangereuses sur le plan viral mais qui peuvent engendrer un danger mécanique et secondairement « bactérien » (tétanos, ...). Si le volume des déchets augmente ces problèmes risquent d'être accrus.

En dehors des containers cartons pour objets piquants ou coupants, sont disposés dans l'établissement des grands containers JAUNE devant servir au recueil des autres DASRI. Nous avons observé que ces grands containers sont en fait utilisés pour éliminer tant des DASRI que des ordures ménagère ou assimilées (voir dans certains cas, exclusivement des ordures ménagères : grands containers placés dans des salles de réunion ou bureaux ; le volume des déchets « à risque » est ainsi artificiellement augmenté ; si une campagne d'information et de formation sur le tri des déchets était mise en place, il serait possible de gagner des volumes de déchets à risque (et de compenser éventuellement l'augmentation des volumes consécutive à la généralisation de l'usage des containers cartons pour objets piquants ou coupants.

Au total, il nous semble qu'une évaluation des volumes générés par les filières de gestion de déchets doit être réalisée pour permettre de mieux appréhender ces problèmes. Nous avons proposé à Mme BOUREIMA Fatouma (assistante de la responsable de l'unité hygiène et assainissement) de gérer cette évaluation. Il conviendrait, par exemple, sur un mois, de demander à chaque major de chaque unité de compter le nombre de containers cartons pour objets piquants ou coupants et le nombre de grands containers jaune et d'autres réceptacles à ordures ménagère (container bleu ?) utilisés dans son service. Cette cartographie permettrait de dimensionner les besoins d'aval en terme de stockage et d'élimination des déchets.

En ce qui concerne l'élimination des déchets la problématique de l'incinérateur doit être revue. Les redémarrer (après réparation et gestion du problème des fumées) ? Installation d'un nouvel incinérateur ? (Option qui a été étudiée mais qui se heurte aussi à des difficultés) Le problème des aiguilles qui tombent au sol en fin d'incinération pourrait être réglé en utilisant

**RAPPORT GERES p.6**

un bac métallique sous les grilles qui constituent le fond de l'incinérateur et en enfouissant ensuite ces résidus d'incinération dans le puit d'enfouissement qui existe sur place et qui a été créé à cet effet !

2/ Concernant l'enquête de pratique il a été décidé d'opérer comme suit :

Le premier jour, mercredi matin, les membres de la mission se sont rendus (en 2 groupes) dans différents services de médecine et de pédiatrie, pour se présenter aux équipes (accompagnés par Eric ADEHOSSI, et retrouvant sur place les majors rencontrés le matin même) et pour « tester » la grille d'audit qui a été élaborée en amont de la mission (cf. annexe H)

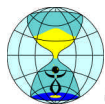
Cette première visite a permis d'observer la présence de très nombreux élèves IDE dans tous les services ; le nombre d'élèves en formation ne cesse de croître au Niger, car santé et éducation sont considérés comme des débouchés privilégiés ; dans les fait, il existe une saturation de la filière ; ces élèves proviennent d'une école publique et de 3 écoles privées. La place de ces élèves dans l'hôpital est très mal défini : rôle ? Fonction ? Tâche ? Hiérarchie ? Nous n'avons aucune idée de leur connaissance de base sur les AES (nulle ?). Eric ADEHOSSI insiste sur le fait qu'une formation spécifique de ces élèves, en début de leur cursus, serait indispensable. Les élèves qui ont pu être interrogées sur le terrain, disent ne jamais s'être blessées ? Et disent qu'en cas d'AES elles se tourneront vers le major ...

A l'inverse, on sait que les étudiants en médecine ont une formation AES dispensée au cours de leur 2^{ème} année par Eric ADEHOSSI.

Dans un second temps, après modification (ajustement) de la grille, des audits de pratiques sont programmés le matin du lundi 2/7/2007. Les prélèvements étant fait pour partie par les équipes de nuit, cet audit aura lieu dès 6H30 et pourra se poursuivre, jusqu'à 9H00, au laboratoire et dans les services dans lesquels les prélèvements sont réalisés par l'équipe de jour.

Ainsi une cinquantaine de gestes ont été recueillis ; l'analyse est en cours et sera restituée à l'HNN lors de la prochaine mission..

Concernant le CTA, la visite du 28 Juin 2007 au matin (Sylvie LEGAC et Christian RABAUD) ; le référent AES/GERES, NOHOU Yacouba n'était pas présent (en voyage en Chine) ; il existe bien un cahier infirmier ; le personnel réalisant les prélèvements dispose de container, dispose de système vacutainer avec un corps de pompe permettant de libérer l'aiguille d'une main sans recapuchonnage. Un AES a été pris en charge au CTA en Janvier 2007 ; il s'agissait d'un aES survenu hors de Niamey, référé au CTA, mais vu en consultation qu'à J8 (=> pas de TPE bien que le patient source soit identifié VIH+). Lors de l'audit des pratique, il a été constaté que les préleveurs réalise des manipulation lors de prélèvement pour réaliser des Charge Virale VIH ; en effet, les préleveurs disposent de tubes vacutainer sous vide de 4 ml maxi ; or il faut 5 ml pour une CV (exigence du labo du CHU) ; pour répondre à cette demande, les préleveurs prélève deux tubes de 4ml puis transvasent une partie de l'un dans l'autre pour avoir la quantité de 5 ml dans un seul tube : ceci doit absolument être revu : possibilité de s'approvisionner en tubes de quantité supérieure, ...

**RAPPORT GERES p.7**

3/ Choix du TPE pour l'HNN et plus généralement pour le Niger (via le comité technique national)

Bilans des traitements (TPE) déjà prescrits

Depuis décembre 2006 (cf. fiches AES) : 2 TPE

+ Combivir + Indinavir (2-2-2) [pas de ritonavir car oublié lors de la prescription initiale car conservé u frigo, à distance des autres ARV du kit) ; traitement de 28 jours ; tolérance bonne

+ Combivir + Indinavir boosté (1/1-0-1/1) ; traitement rapidement arrêté car victime découverte VIH+

Autres :

AES antérieurs :

+ Combivir + Indinavir (2-2-2) ; traitement de 28 jours ; très mauvaise tolérance

+ Coviro + Nelfinavir (3-3-3) : traitement de 28 jours ; tolérance bonne

+ Combivir + Indinavir boosté (1/1-0-1/1) : arrêt rapide car patient source séronégatif

AESexe (Eric ; 2 prescriptions) :

+ Combivir + Indinavir boosté (1/1-0-1/1) : arrêt rapide car patient source séronégatif

+ Combivir + Indinavir boosté (1/1-0-1/1) : traitement de 28 jours ; tolérance bonne

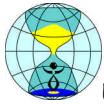
Sont ensuite présenté les résultats des études françaises et internationales sur la tolérance des TPE (cf. diaporama)

Il apparaît alors que la composition optimale de la TPE, en terme de tolérance peut s'orienter vers :

Combivir ou Truvada + Kaletra ou Indinavir 500 boosté

Et que compte tenu des difficultés à conserver le Norvir, compte tenu de la disponibilité du Kaletra comprimé au Niger (ALUVIA) et compte tenu de l'absence de Truvada, le meilleur choix aujourd'hui concernant le TPE semble être

Combivir + Aluvia

**RAPPORT GERES p.8**

4/ Mise en place d'une enquête de séroprévalence de l'hépatite B au sein de la population soignante, en amont d'une campagne de vaccination anti-VHB de ces mêmes soignants (la partie vaccination a été proposé par la mission et fait l'objet d'une demande de financement ESTHER dans le projet ENTRAIDE SANTE 92 « année 2 ») :

En préambule, rappelons que tous les soignants de l'HNN peuvent réaliser gratuitement, au niveau du laboratoire de l'HNN, une recherche de l'Ag HBs ; il semble pour autant que peu de gens aient recours à cette possibilité (notons par ailleurs que le matériel disponible au laboratoire peut permettre de faire aussi des recherches d'Ag HBe, d'AC HBc et AC HBs, mais les réactifs ne sont pas disponibles actuellement (commande en cours ?)).

Rappelons par ailleurs que la prévalence du portage de l'Ag HBs à Niamey (donneur de sang) est évaluée à 12-22% ;

Rationnel : en amont d'une mise à disposition du vaccin VHB pour les soignants de l'HNN, il semble important de connaître la prévalence de l'infection VHB dans cette population (AgHBs + ? Cicatrice sérologique d'une hépatite B guérie, ...)

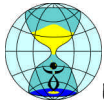
Si elle est comparable ou supérieure (valeur attendue $\geq 20\%$; l'infection VHB est reconnue comme un risque professionnel chez les soignants) plusieurs hypothèses ou scénarii sont à envisager qui impacte sur l'intérêt de la politique vaccinale :

- si une telle séroprévalence est uniquement de la conséquence de cas acquis, considérant que seule 10% des hépatite B acquise évolue vers l'hépatite B chronique, cette situation indiquerait que toute la population adulte a été en contact avec le VHB et est désormais malade ou guérie (et protégée), et il n'y a pas d'intérêt à vacciner cette population !
- si une telle séroprévalence est uniquement ou même en partie la conséquence de cas congénitaux (transmission materno-fœtale), considérant que 90% des hépatites B congénitales évoluent vers l'hépatite B chronique, cette situation indiquerait que certes, au moins 25% de la population adulte a été en contact avec le VHB et est désormais malade ou guérie (et protégée), mais qu'une partie importante de cette population est sans doute ni infectée ni protégée et qu'il persiste un intérêt fort à vacciner le reste de la population des soignants

Par suite, ces 2 hypothèses conduisant à des actions bien différentes, il semble utile de réaliser cette enquête de « séroprévalence »

Nous en avons discuté avec les docteurs IDE Moussa, ADEHOSSI Eric, ALASSANE, Seydan, MADOUBOU Boubakar, MOUSSA SALEY Sahada et MAGAGI GANDA Aissa.

L'ensemble du groupe tombe d'accord sur l'intérêt de cette étude

**RAPPORT GERES p. 9**

Mais la majorité souhaite qu'elle soit réalisée sans anonymat, avec rendu des résultats aux soignants participants

Il y a environ 900 soignants à l'HNN

Il est proposé de réaliser l'étude selon le schéma suivant :

1. Campagne d'information au sein de l'HNN pour indiquer la proximité de cette étude, son intérêt par rapport à la vaccination future, ... (le but est entre autre de désamorcer d'éventuelles montées au créneau des syndicats)

2. Tirage au sort d'un échantillon représentatif de la population des soignants ; cf. médecins, chirurgiens, majors, infirmiers, manœuvres (les élèves infirmiers qui ne dépendent pas de l'hôpital ne seront pas inclus dans cette étude ; ils pourront faire l'objet d'une étude spécifique ultérieure, montée en partenariat avec les écoles) ; la liste des soignants travaillant au sein de l'HNN nous sera fournie via Eric ADEHOSSI

3. chacun des tirés au sort sera contacté par un des médecins ayant participé à la réunion pour que l'étude lui soit re-expliqué et que son consentement à participer soit recueilli (étude non anonyme ; rendu de résultats à la clé)

4. prélèvement (= sanguin) tubes ou buvard ? Les analyses seront réalisées en France

5. analyses :

Ag HBs, AC HBc +/- AC HBs

Si Ag HBs +

Ag HBe, AC HBe, ADN VHB et sérologie VHD

Si hépatite B répliquante => Fibrotest

6. rendu individuel de résultats (médecins HNN ou médecins de la mission ???)

7. si Hépatite B répliquante avec score METAVIR > F1 : préciser possibilité de traitement sans qu'il ne soit prévu aujourd'hui, dans le cadre de cette étude de prendre en charge ce traitement

Le groupe a proposé de coupler cette étude à une étude de la séroprévalence VHC (sur le même modèle ; rappel : séroprévalence du VHC chez les donneurs de sang de Niamey : 5%) mais ne souhaite pas pour l'instant coupler cette étude à une étude de séroprévalence VIH (séroprévalence du VIH en population générale : 1%)

1. analyses :

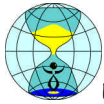
Si AC VHC +

=> Charge virale + génotype + Fibrotest

2. rendu individuel de résultats (médecins HNN ou médecins de la mission ???)

3. si Hépatite C répliquante avec score METAVIR > F1 : préciser possibilité de traitement sans qu'il ne soit prévu aujourd'hui, dans le cadre de cette étude de prendre en charge ce traitement.

Ce projet, une fois totalement finalisé, devra être budgété et soumis en vue d'un financement.



ANNEXE 2

COMPTE RENDU DE LA REUNION DU COMITE AES/GERES DE L'HNN

Le 18 mai 2007 s'est tenue la première réunion du comité AES/GERES de l'HNN, dans la salle de réunion de la médecine B2. Étaient présent :

Dr Adéhossi Eric
Dr Madougou Boubakar
Dr Saley Zakari
Dr Moussa Saley Sahada
Mme Boureima Fatouma
Mme Ben Amina
Mr Issoufou Liman

La réunion a été présidée par le Dr Adéhossi E coordonnateur du comité

L'ordre du jour était composé de 3 points :

- Sensibilisation du personnel sur les AES
- Circuit d'élimination des déchets
- Divers

Après avoir rappelé la nécessité de relancer les activités du comité, le président de séance a ouvert les débats pour que les membres du comité se prononcent sur les différents points inscrits à l'ordre du jour :

1) De la sensibilisation du personnel sur les AES :

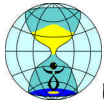
Il ressort le constat suivant :

- La sensibilisation permettra d'améliorer la prévention des AES
- La sensibilisation permettra d'améliorer les déclarations des AES en vue d'une éventuelle chimioprophylaxie postexposition.
- La déclaration des AES peut contribuer à les considérer comme accident de travail.
- Un accent particulier doit être mis sur les agents de surface surtout les sourds muets car ce personnel n'utilise pas des gants adéquats pour le ramassage des déchets.
- Le personnel de laboratoire a déjà été sensibilisé, mais un recyclage est indispensable
- Disponibilité d'une liste de médecins référents et des Kits ARV (à la pharmacie des urgences)
- Non utilisation du cahier AES par les majors de service

En vue d'entreprendre cette sensibilisation, les propositions suivantes ont été faites :

- Elaborer le contenu du module de sensibilisation. A ce sujet un premier draft a été proposé par le Dr Adéhossi et sera soumis aux équipes de sensibilisation pour approbation.
- Contacter par une note d'information les chefs de départements et de service afin qu'ils fassent une proposition de calendrier en tenant compte de la spécificité de chaque département et service

RAPPORT GERES; ANNEXE B



- Pour les services de médecine, il a été proposé que les médecins de service soit former pour qu'ils soient le relais auprès de leur personnels respectifs
- La major générale de médecine et la responsable du service d'hygiène seront chargées de mobiliser les sourd-muets
- Faire appel à des personnes ayant les compétences requises pour renforcer le comité en vue de la constitution des équipes de sensibilisation. Ainsi les équipes suivantes ont été proposées :

| | |
|--------------------------------|-------------------|
| Equipe N°1: Dr Adéhossi Eric | Dr Dillé |
| Equipe N°2: Dr Madougou B | Mme Ben |
| Equipe N°3: Dr Moussa S sahada | Dr Amadou Oumarou |
| Equipe N°4: Dr Gado Moussa | Dr Abdou |
| Equipe N°5: Dr Boubacar Haoua | Dr Diakité I |
- Instituer une astreinte des médecins référents et établir la liste d'astreinte
- Demander à ce que la coordination intersectorielle fournissent des affiches sur les précautions universelles
- Confectionner des affiches sur les AES et chercher les moyens d'impression (HNN ? Coordination ?)

2) De l'élimination des déchets

Les constats suivants ont été faits

- Non disponibilité des conteneurs malgré les recommandations de l'atelier AES de décembre 2006 qui avait défini le modèle de récipient
- Non fonctionnalité de l'incinérateur

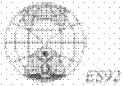
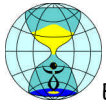
Les propositions suivantes ont été faites :

- Le responsable du service d'hygiène doit procéder à une évaluation des besoins en conteneurs de tous les services en prenant contact avec les responsables de service le plus rapidement possible, afin de procéder à la commande des conteneurs
- Vérifier et s'assurer du bon fonctionnement de l'incinérateur

3) Divers

En divers il a été rappeler que des primes étaient prévues pour les correspondants GERES, et qu'aucun correspondant n'a encore rien perçu. Il a donc été proposé que le coordinateur du comité prennent contact avec le gestionnaire pour régler la question.

Avant de lever la séance le coordonnateur a insisté sur l'importance de l'importance de définir les orientations sur les années à venir. La date de la prochaine réunion sera fixée ultérieurement.

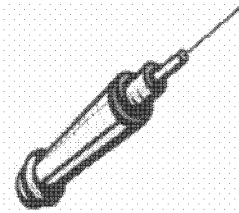


Hôpital National de Niamey – Juin 2007

ANNEXE C



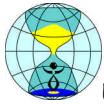
CONDUITE A TENIR APRES UN AES



Immédiatement :

1. **Arrêter**, si possible, le **geste** en cours, après mise en sécurité du patient
2. **Ne pas faire saigner**
3. **Nettoyer la plaie à l'eau et au savon**
4. **Désinfecter à l'eau de javel fraîchement diluée pendant 5 minutes minimum** (lavage à l'eau ou sérum physiologique en cas d'exposition muqueuse ou oculaire)
5. **Déclarer l'accident au Major** du secteur qui le notifie sur le sur le cahier d'infirmierie
6. Un numéro d'**anonymat** est décerné à l'accidenté, reporté sur le questionnaire de recueil des circonstances de l'AES, et si besoin sur les prélèvements et leurs résultats.
7. Le major remet à l'accidenté la liste des médecins prescripteurs.
8. **Contactez immédiatement (dans les 4H) le médecin prescripteur**
9. **Le médecin**, décidera ou non, **avec votre accord**, d'effectuer un dépistage
10. **Le médecin**, après évaluation du risque vous proposera un **traitement**

RAPPORT GERES; ANNEXE C



ANNEXE 4

LISTE DES MEDECINS PRESCRIPTEURS HNN

Pédiatrie A

- DR ABDOULAYE Roubanatou : **96555183**
- Dr ALKASSOUM Wafa : **96892767**
- Dr Asma : **96982591**

Pédiatrie B

- Dr DIATTA Aissa : **96976332**

Médecine B1 : Poste 181 ou 185

- Dr SEYDOU Alassane : **93221278** ou **21765872**

Médecine B3 poste 165

- Dr MOUSSA Saley Sahada : **96973724**
- Dr MADOUGOU Boubakar : **93233984** ou **21767955**

Pavillon F : Poste 217

- Dr ADEHOSSI Eric : **94940723** ou

Pavillon Raymond Madras : 146

- Dr AMADOU Oumarou : **96589691**
- Dr GAZOBI Zalika : **96897343**
- Dr MAI MOUSSA Salamatou : **96498027**

CESIC : Poste

- Dr GADO Moussa : **96294727**

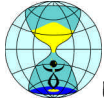
CTA :

- Dr NOHOU Yacouba
- Dr SOUNNA Adiza
- Dr IDE Nourou

Pharmacie INAARV : Poste 140

- Dr ALSO Marie : **96993638** ou **93218456**

RAPPORT GERES; ANNEXE D



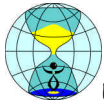
ANNEXE 5

SURVEILLANCE DES AES – HNN NIAMEY Décembre 2006

Fiche de Recueil numéro : 0000

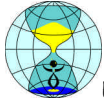
| | | | | | |
|--|--|----|--------|---|----|
| 1 • DATE de La consultation : 08/10/07 | 2 • Heure : 13h15min | 1 | 00 | 2 | 00 |
| 3 • STRUCTURE : CHU | | 2 | 0 | | |
| 4 • SERVICE : | | 3 | 0 | | |
| 5 • FONCTION : | Zone infirmier (IPC) | 4 | 0000 | | |
| 6 • ÂGE (en année) : 26 | 7 • SEXE : <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | 5 | 0000 | | |
| 8 • ANCIENNETÉ PROFESSIONNELLE (en année) : 00 | | 6 | 00 | 7 | 0 |
| 9 • VACCINATION VHB : <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> Incomplète <input checked="" type="checkbox"/> Non | | 8 | 00 | | |
| 10 • ANTECEDENT D'AES : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | | 9 | 0 | | |
| 11 • Si oui : <input type="checkbox"/> 1 AES <input type="checkbox"/> > 1 AES | | 10 | 0 | | |
| CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT | | | | | |
| 12 • DATE de l'AES : 08/10/2007 | | 12 | 000000 | | |
| 13 • Heure de l'AES : 18h00 | | 13 | 00 | | |
| 14 • Délai après la prise de poste : 2 heures | | 14 | 00 | | |
| 15 • LIEU : Hôpital du district de Bourk (Dago) | | 15 | 000 | | |
| 16 • NATURE DE L'EXPOSITION : | | 16 | 00 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> PIQUE (aiguille) <input type="checkbox"/> COUPURE (rame, bistouri, ...) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Superficielle <input checked="" type="checkbox"/> Profonde PROJECTION de sang ou liquide biologique souillé de sang sur : <input type="checkbox"/> Yeux <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Peau lésée <input type="checkbox"/> AUTRES <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 17 • TACHE EN COURS : Elève infirmier en stage | | 17 | 00000 | | |
| 18 • MÉCANISME DE L'ACCIDENT : Raccourcissement de l'épigramme | | 18 | 000 | | |
| • Circonstances en clair : Lors de récupération je n'ai pas vu toute la profondeur de la veine | | | | | |
| MATERIELS EN CAUSE ET MESURES PREVENTIVES : | | | | | |
| 19 • TYPE DE MATERIEL : Epigramme | | 19 | 0000 | | |
| 20 • Si aiguille : <input checked="" type="checkbox"/> Creuse <input type="checkbox"/> Plaine | | 20 | 0 | | |
| 21 • PORT DE GANTS ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet | | 21 | 0 | | |
| 22 • Si oui, type de gants : <input type="checkbox"/> Gants Stér <input type="checkbox"/> Gants d'entretien | | 22 | 0 | | |
| 23 • AUTRES MOYENS DE PROTECTION UTILISES : | | 23 | 0000 | | |
| 24 • RECEPTACLE A PORTÉE DE LA MAIN ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Sans objet | | 24 | 0 | | |

RAPPORT GERES; ANNEXE E



| INFORMATION SUR LE PATIENT SOURCE | | | | |
|--|---|---|--|-----------------------------|
| 25 • Patient source identifié | <input checked="" type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 25 <input type="checkbox"/> | |
| 26 • Statut VIH au moment de l'AES : | <input checked="" type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu | 26 <input type="checkbox"/> |
| 27 • Si positif, patient traité : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input checked="" type="checkbox"/> Inconnu | 27 <input type="checkbox"/> |
| 28 • Autres pathogènes transmissibles : | | | 28 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 29 • Si sérologie inconnue, test effectué : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 29 <input type="checkbox"/> | |
| 30 • Si oui, résultat du test : | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | 30 <input type="checkbox"/> | |
| REACTION A L'ACCIDENT | | | | |
| 31 • Lavage : | Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | 31 <input type="checkbox"/> | |
| 32 • Antiseptique : | Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | 32 <input type="checkbox"/> | |
| 33 • En cas de projection, délai entre AES et lavage : | | | 33 <input type="checkbox"/> | |
| 34 • TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE prescrit ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input checked="" type="checkbox"/> | 34 <input type="checkbox"/> | |
| • Commentaires libres : <i>L'accident a eu lieu à l'hôpital de district de Bangui. Le patient est à l'hôpital de district de Bangui. L'hôpital régional de Bangui qui a accepté de le recevoir pour prise en charge et surveillance.</i> | | | | |

RAPPORT GERES; ANNEXE E



ANNEXE 6

Niamey le 08/01/07

N°2

Aux médecins prescripteurs de l'HNN

Objet : Information

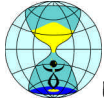
Chers collègues,

J'ai le plaisir de vous informer que les cahiers de notification et les fiches de recueil des données D'AES sont désormais disponibles. Par ailleurs les Kits ARV pour la chimioprophylaxie éventuelle en cas d'AES sont également disponibles au niveau de la pharmacie des urgences de l'HNN. Ces Kits peuvent être cédés sur présentation d'une ordonnance INAARV délivrée par un médecin prescripteur. Ils contiennent du D4T+3TC+INDINAVIR+RITONAVIR, le schéma que nous préconisons en attendant que le comité médical technique de l'INAARV élabore un protocole national pour la prise en charge médicale.

Je vous informe aussi que la centralisation des données se fera 2 fois par mois (toutes les 2 semaines) auprès de Dr MADOUGOU Boubakar, service de médecine B3.

Sincères salutations

Le coordonnateur GERES Niamey

*annexe G*

Niamey le 04/01/07

N°1

A

La pharmacienne de l'INAARV HNN

Objet : Kits ARV pour les AES

Chère collègue,

L'atelier de formation sur la prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) tenu en décembre 2006 à l'HNN, a préconisé dans ses recommandations la mise en place au niveau de la pharmacie des urgences des Kits d'ARV pour le traitement prophylactique éventuel en cas d'AES.

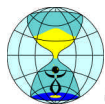
Conformément donc à ces recommandations, je voudrai vous demander de prendre les dispositions qui s'imposent pour que ces Kits soient disponibles au niveau de la pharmacie.

Chaque kit doit comporter une association de D4T+3TC (Coviro)+Indinavir+Ritonavir. C'est le schéma préconisé en attendant que le comité médical technique se réunisse pour déterminer un protocole national

Je reste à votre disposition pour d'éventuelles précisions.

Sincères salutations.

Le coordonnateur GERES Niamey



Annexe H RAPPORT GERES p.20

EVALUATION DES PRATIQUES LIEES AUX ACTES INVASIFS EN MEDECINE PEDIATRIE

Hôpital National de Niamey, Niger – Mission du 26 juin au 3 juillet

Secteur : **médecine** : _____ Date : ___ / ___ / 2007

pédiatrie : _____ Enquêteur : _____

laboratoire : _____

Fonction de la personne observée

major infirmier élève en SI

aide-soignant

médecin sage femme étudiant Médecine

laborantin

· Autre, préciser : _____

Geste observé

· **Prélèvement** intraveineux direct intraveineux sous vide capillaire
 (glycémie)

· **Injection** sous cutanée intraveineuse directe

intramusculaire

· **Autres actes** pose perfusion dépose perfusion ponction

lombaire

· **Autre**, préciser : _____

Matériel utilisé

· **Matériel de prélèvement**

prélèvement par gravité (type « queue de rat »)

aiguille à plateau + tube ouvert

aiguille pour prélèvement sous vide
 coiffant

dispositif à ailettes standard
 coiffant

seringue standard + aiguille
 (coton cardé)

corps de pompe simple + aiguille

corps de pompe simple + dispositif à ailettes

· **Tubes de prélèvement**

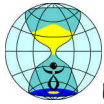
verre

plastique

avec bouchon

avec bouchon non

pas de bouchon



• **Autres matériels**

- mandrin de cathéter court (glycémie) aiguille à ponction vaccino-stylet
- autre, préciser : _____

Modalités de réalisation de l'acte invasif

- **Lieu de réalisation du geste** lit du patient poste de soins poste de prélèvement
- Autre, préciser : _____

➤ **Préparation du matériel**

- Conteneur ou réceptacle pour élimination des piquants disponible
- oui non
- Si oui :
- type conteneur carton conteneur plastique fût plastique
- flacon verre bouteille plastique
- autre, préciser : _____
- emplacement : chariot de soins sol
- tablette pailleuse autre, préciser : _____

- conteneur ou réceptacle fixé sans objet oui non

➤ **Pendant le geste :**

- Port de gants oui non
- Si oui, 1 seule main
- les deux mains
- Conteneur ou réceptacle à portée de main oui non

➤ **Après le geste**

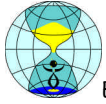
• **Recapuchonnage de l'aiguille**

- à 2 mains
- technique à 1 main
- avec un recapuchonneur du conteneur
- autre, préciser : _____

• **Désadaptation de l'aiguille**

- à la main
- à la pince
- avec l'encoche
- autre, préciser : _____

- Élimination du matériel sans objet différée (dépose transitoire)



- immédiate main à la main) différée par un tiers (passage de la

· Type de réceptacle

- conteneur fût plastique conteneur cartonné
 flacon en verre bouteille plastique autre, préciser : _____

· Si dépose transitoire

- table plateau cupule
 autre, préciser : _____

· Les gants sont-ils enlevés ?

- juste après la ponction
 une fois le geste terminé (matériel éliminé)
 sans objet

· Le remplissage du tube s'effectue par :
seringue, aiguille ...)

- piqûre à travers le bouchon (à la
 sur tube ouvert (à la seringue, aiguille ...)
 transvasement de tube à tube
 autre, préciser : _____

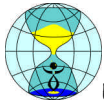
· Modalités de transport du tube

- à la main dans un plateau
 sur un portoir dans un sac

· Facteurs ou situations pouvant influencer sur la survenue d'un AES

- interruption de la tâche par un tiers patient agité conteneur trop plein / débordant
 interruption (matériel manquant) urgence conteneur perforé
 matériel inadapté croisement des mains gants perforés
 maintien du réceptacle à l'élimination avec la main contro-latérale

· Commentaires :



Annexe 8b

EVALUATION DES PRATIQUES LIEES AUX ACTES INVASIFS EN MEDECINE PEDIATRIE

Hôpital National de Niamey, Niger – Mission du 26 juin au 3 juillet

Secteur : médecine : _____
 pédiatrie : _____
 laboratoire : _____

Date : ____ / ____ / 2007

Enquêteur : _____

Fonction de la personne observée

major infirmier étève en SI
 médecin étudiant Médecine laborantin
 • Autre, préciser : _____

Geste observé

• Prélèvement intraveineux direct intraveineux sous vide capillaire (glycémie)
 • Injection sous cutanée intraveineuse directe intramusculaire
 • Autres actes pose perfusion dépose perfusion ponction lombaire
 • Autre, préciser : _____

Matériel utilisé

➤ Préparation du matériel

• Conteneur ou réceptacle pour élimination des piquants disponible oui non
 Si oui :
 - type conteneur plastique fût plastique conteneur carton
 flacon verre bouteille plastique
 autre, préciser : _____
 - emplacement chariot de soins sol tablette
 paillassse autre, préciser : _____
 - conteneur ou réceptacle fixé oui non sans objet

• Matériel de prélèvement

aiguille à plateau + tube ouvert
 aiguille pour prélèvement sous vide
 dispositif à ailettes standard
 seringue standard + aiguille
 corps de pompe simple + aiguille
 corps de pompe simple + dispositif à ailettes
 corps de pompe avec éjection d'aiguille

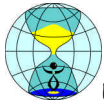
• Tubes de prélèvement

plastique
 avec bouchon coiffant
 avec bouchon non coiffant
 pas de bouchon (coton cardé)

• Autres matériels

mandrin de cathéter court aiguille à ponction vaccino style (glycémie)
 autre, préciser : _____

Modalités de réalisation de l'acte invasif



> **Lieu de réalisation du geste** lit du patient poste de soins poste de prélèvement
 • Autre, préciser : _____

> **Pendant le geste :**

- Port de gants oui non
 Si oui, 1 seule main les deux mains
- Conteneur ou réceptacle à portée de main oui non

> **Après le geste**

- Recapuchonnage de l'aiguille à 2 mains technique à 1 main avec un recapuchonneur autre, préciser : _____
- Désadaptation de l'aiguille à la main à la pince avec l'encoche du conteneur autre, préciser : _____
- Elimination du matériel sans objet immédiate différée (dépose transitoire) différée par un tiers (passage de la main à la main)
- Type de réceptacle conteneur flacon en verre fût plastique bouteille plastique conteneur cartonné autre, préciser : _____
- Si dépose transitoire plateau cupule table autre, préciser : _____
- Les gants sont-ils enlevés ? juste après la ponction une fois le geste terminé (matériel éliminé) sans objet
- Le remplissage du tube s'effectue par : piqûre à travers le bouchon (à la seringue, aiguille ...) sur tube ouvert (à la seringue, aiguille ...) transvasement de tube à tube autre, préciser : _____
- Modalités de transport du tube à la main sur un portoir dans un plateau dans un sac
- Facteurs ou situations pouvant influencer sur la survenue d'un AES
 - interruption de la tâche par un tiers patient agité conteneur trop plein / débordant
 - interruption (matériel manquant) urgence conteneur perforé
 - matériel inadapté croisement des mains gants perforés
 - maintien du réceptacle à l'élimination avec la main contro-latérale
 - conteneur situé à distance du lieu de prélèvement
- Commentaires :