

# **Partenariat ESTHER Rapport de Mission ENTRAIDE SANTE 92**

**Mission réalisée du 13 au 20 novembre 2007  
ENTRAIDE SANTE 92 et GERES**

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

**Pour Entraide Santé 92 :**

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

Elsa Dos Santos, infirmière,  
CHU Ambroise Paré, 92 Boulogne

Véronique Friocourt, technicienne labo,  
CHU Ambroise Paré, 92 Boulogne

Patricia Paillet, psychologue,  
CHU Raymond Poincaré, 92 Garches

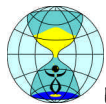
Elisabeth Rouveix, médecin, PU-PH,  
CHU Ambroise Paré, 92 Boulogne

**Pour le Geres :**

Elisabeth Bouvet, médecin, PU-PH,  
CHU Claude Bernard Bichat, 75 Paris

Isabelle Lolom, biohygiéniste,  
CHU Claude Bernard Bichat, 75 Paris

Gérard Pelissier, technicien GERES,  
CHU Claude Bernard Bichat, 75 Paris



## PLAN

### I. COMPTE RENDU SYNTHETIQUE DE LA MISSION page 3

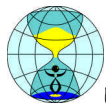
1. Introduction
2. Projet Entraide Santé 92 HNN et CTA
3. Projet Entraide Santé 92 CTA
4. Participation d'entraide santé 92 au projet Geres
5. Autres actions et suivi du partenariat
6. analyse des difficultés dans l'organisation
7. Conclusions

### II. ANNEXES page 9

Annexe 2.1	Programme de la formation coinfection VIH-TB	page 10
Annexe 2.2.1	HNN : laboratoire, recherche de BAAR	page 11
Annexe 2.2.2	HNN : recherche de BAAR : circuit du prélèvement	page 13
Annexe 2.2.3	HNN : laboratoire technique de coloration de Ziehl	page 14
Annexe 2.4	HNN : programme formation des soignants	page 17
Annexe 3.1	CTA résumé des actions	page 18
Annexe 3.1 (suite) :	CTA conclusions et recommandations	page 20
Annexe 3.2	rencontre avec la CROIX ROUGE	page 21
Annexe 3.3	CTA staff hebdomadaire	page 23
Annexe 3.4	CTA laboratoire	page 25
Annexe 4.	Shéma proposé du protocole enquête HBV professionnels	page 26
Annexe 4.8	rencontre avec le RENIP	page 28
Annexe 4.2	Visite au CNAT	page 30

### III. AGENDA page 32

Agenda de la mission	page 31
----------------------	---------



# **I. COMPTE RENDU SYNTHETIQUE DE LA MISSION**

**Partenariat ESTHER  
Rapport de Mission  
ENTRAIDE SANTE 92**

**Mission réalisée du 13 au 20 novembre 2007  
ENTRAIDE SANTE 92 et GERES**

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



## 1. INTRODUCTION

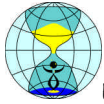
Les objectifs de cette mission étaient multiples, les actions se situaient à l'HNN et au CTA et concernaient à la fois la poursuite du projet Entraide santé 92/Esther (année 2) et le projet GERES/Esther (année 1).

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

## 2. PROJET ENTRAIDE SANTE 92 HNN et CTA

Conformément aux objectifs, cette mission a permis plus particulièrement de réaliser les actions suivantes :

- 2.1 **Atelier sur la prise en charge de la Co-infection VIH/Tuberculose** : cet atelier a réuni une quinzaine de médecins, issus de l'HNN, du Centre National de Lutte contre la Tuberculose (CNAT) et du CTA. Le programme qui prévoyait 4 ateliers de travail d'une demi-journée chacune (cf. annexe 2.1.) a du être condensé en 2 demi-journées : les présentations de cas cliniques étaient suivies de mises au point théoriques. Surtout cet atelier a été l'occasion de 1) revoir les points d'organisation et de liaison entre le CNAT et l'HNN (circuit du patient co-infecté, des médicaments et des prélèvements) et 2) de rendre la recherche de BAAR opérationnelle au laboratoire de microbiologie de l'HNN. Pour la tenue de cet atelier, quelques difficultés d'organisation ont été rencontrées, nous y reviendrons.
- 2.2 Soutien au **laboratoire de l'HNN** (cf. annexes 2.2.1, 2.2.2, et 2.2.3 ). Un coopérant devrait arriver en décembre (Dr Nabias). Pour le laboratoire de l'HNN, l'objectif principal était de « relancer » la recherche de BAAR dans l'expectoration. Grâce au soutien du directeur de l'HNN, du médecin et de la major responsables du laboratoire ceci a été réalisé en parallèle de l'atelier sur la Coinfection VIH-tuberculose, après mise en marche de la hotte. Cela dit, toutes les précautions nécessaires pour encadrer cette mesure nouvelle n'ont pas été prises ni par nous, ni par nos partenaires, et de vives inquiétudes ont été exprimées par le personnel de laboratoire. Nous reviendrons sur l'analyse de cette difficulté.
- 2.3 Réévaluation de la **filière d'élimination des déchets à l'HNN et du tri des déchets en amont** (cf. rapport GERES). Les propositions faites lors de notre précédente mission (juin 2007) pour les services de médecine et pédiatrie ont été adoptées par la majorité des services concernés. Mais en novembre 2007, il y avait une rupture de l'approvisionnement par l'INAARV en conteneurs pour piquants et tranchants. Les poubelles jaunes (contenu destiné à l'incinération) et les poubelles bleues (destiné à recevoir tous les autres déchets) étaient en place. En revanche, aucun système d'incinération était organisé à l'HNN, alors que, d'après nos informations les incinérateurs achetés par l'INAARV étaient arrivés au niger (information non vérifiée). Cela dit, aucun emplacement précis n'était désigné à l'HNN pour l'installer.
- 2.4 **La formation des soignants des services de chirurgie et urgences de l'HNN, sur l'infection par le VIH** (différents aspects de l'infection VIH et de sa prise en charge) : l'objectif de ces formations est surtout de compléter le projet GERES, et de donner aux soignants les bases nécessaires pour comprendre le bien fondé de la



prévention des AES et de la conduite à tenir après AES. La formation qui devait se dérouler sur 2 jours n'a pas pu avoir lieu telle que prévue. (Cf. annexe 2.4.1). Seul un rappel des généralités a été réalisé en présence d'une dizaine de participants. Il a donc été convenu que les correspondants Geres de l'HNN assureraient cette formation au cours de l'année à venir. Nous reviendrons sur les raisons pour lesquelles la formation n'a pas eu lieu.

- 2.5 **Préparer la campagne de vaccination HBV du personnel soignant (Cf. Rapport GERES)** : la faisabilité d'une enquête de prévalence des marqueurs HBV chez les soignants a été à nouveau discutée lors d'une réunion avec les médecins de l'HNN. Le protocole initial imaginé en juin 2007 a été revu dans la mesure où le laboratoire de l'HNN a exprimé le souhait de réaliser sur place les examens.

### 3. PROJET ENTRAIDE SANTE CTA : Poursuite des actions de **compagnonnage auprès des équipes du CTA**

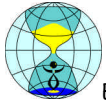
Près de 2000 dossiers de patients ont été ouverts au CTA et actuellement plus de 700 patients sont traités. Nos actions sont en appui aux **activités cliniques, à la pharmacie** (cf. annexe 3.1. et 3.2) et au **laboratoire** (Cf. annexe 3.4).

En annexe sont donnés également les compte rendus des autres activités réalisées au CTA :

- Participation au **staff multidisciplinaire hebdomadaire** : discussions de cas cliniques médicaux et sociaux. (Cf. annexe 3.3 )
- Suivi des actions **continuum de soins**. (cf. annexes 3.2)

**Au terme de notre mission et en complément des missions préalablement réalisées par ENTRAIDE SANTE 92 en appui au CTA, nous énonçons à l'égard de la Croix Rouge Française, et à leur demande, les recommandations suivantes, qui nous paraissent nécessaires au fonctionnement harmonieux et efficace du CTA :**

1. Assurer en urgence un soutien au suivi médical en attendant la nomination de nouveaux médecins titulaires : voir possibilités pour la CRF d'établir un contrat temporaire avec Omar et Aïcha en attendant leur titularisation
2. fourniture des médicaments manquants nécessaires pour le traitement des IOs, en particulier antitoxoplasmiques, acide folinique, fluconazole
3. commander des tubes de 7ml pour mesure de la charge virale ; en attendant, prélever 2 tubes de 4 ml
4. réfléchir aux problèmes d'exiguïté des locaux , rendus d'autant plus aigus que le nombre de patients présents dans tous les postes augmente considérablement, source de dysfonctionnements, de risque de rupture de confidentialité, et de burn-out du personnel. Envisager extension du CTA, pour permettre l'installation de certaines activités dans d'autres locaux afin de libérer de la place : Hospitalisation de jour, ou centre de dépistage, par exemple ; préparer un dossier de demande de projet dans ce sens à l'Unité mono sectorielle du MSP et à la CISLS
5. régler les problèmes matériels :
  - a. achat et installation d'une machine à laver pour le linge du CTA
  - b. achat de meubles pour rangement des dossiers (ES92) et des radios
  - c. poursuite de l'abonnement ADSL (ES92)
  - d. prévoir achat petit matériel d'examen : tensiomètres, thermomètres..
  - e. organiser l'évacuation de l'appareil de radio inutilisé dans le poste infirmier : proposition de don au service de radiologie de l'HNN



6. réorganisation du programme continuum de soins, dont le volet soutien aux patients du CTA, programme de soutien nutritionnel, coordination du suivi ambulatoire, et lien entre les différentes structures de soins et associatives, nous paraît indispensable. Pour cela, il paraît nécessaire de renforcer l'équipe, qui n'est plus composée que de l'assistante sociale, l'infirmière de ce programme n'ayant pas été remplacée. Le rattachement de cette activité au CTA pourrait renforcer le travail en équipe, et assurer efficacement ce rôle de lien.

#### 4. PARTICIPATION ES92 aux actions prévues par le PROJET GERES (cf. rapport du GERES)

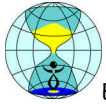
Conformément aux objectifs, nous avons participé au cours de cette mission aux actions suivantes :

- 4.1 Bilan depuis juin 2007, du suivi des actions mises en place en décembre 2006, en particulier pour le suivi et l'analyse des AES avec les correspondants GERES de l'HNN et du CTA
- 4.2 Réflexion sur le protocole d'enquête de prévalence de l'hépatite B chez le personnel soignant et réécriture de celui-ci (cf. annexe 4)
- 4.3 Réalisation des observations de gestes dans les secteurs de soins de chirurgie, urgences et bloc opératoire, dont l'analyse des résultats servira de base à la rédaction des protocoles de soins.
- 4.4 Atelier de restitution des observations des pratiques au cours des prélèvements veineux dans les services de médecine et pédiatrie.
- 4.5 Atelier de rédaction de procédures de soins (prélèvement veineux et perfusion.
- 4.6 Rédaction des abstracts sur les actions réalisées à HNN et CTA dans le domaine de la prévention des AES (Soumis pour le colloque AES de COTONOU.

#### 5. AUTRES ACTIONS ET SUIVI DU PARTENARIAT

Cette mission a également permis le suivi du partenariat :

- 5.1 **Participation au staff des médecins prescripteurs de l'HNN.** Y assistaient des médecins du service de maladies infectieuses (pavillon Madras actuellement sous la responsabilité du dr Issa DILLE), du CTA, du pavillon de la francophonie, du service de médecine, la psychologue du service de maladies infectieuses, la responsable des éducateurs de SOLTHIS. Des cas cliniques ont été discutés (problème thérapeutiques au cour de coinfection VIH-TB, et problème de refus dépistage des patients. Cela a également été l'occasion de discuter des modalités pratiques du suivi en externe des patients et de l'organisation des consultations externes.
- 5.2 **Echanges avec le CNLAT et Programme National TB :**
  - a. visite et expertise du laboratoire du CLNAT(cf. annexe 4.2)
  - b. participation des médecins du CTA et du CNLAT à l'atelier sur la coinfection VIH-TB tenu à l'HNN (15-19/11)
  - c. contacts et échanges avec le programme national TB (Dr Marafa, coordonateur) : accord pour réalisation recherche BK à l'ex.direct (HNN), démarrage des traitements par les médecins prescripteurs chez les patients VIH+, BAAR + ou non, mise en place d'une fiche d'inclusion pour notification au PNLT.
- 5.3 Rencontre, de Iliassou Na-Maganga, **gestionnaire de l'HNN**, et de Ibrahim Sabou, **Directeur de l'HNN**. Ces réunions ont permis de revoir ensemble la comptabilité des projets ESTHER (ES 92 et GERES) dont il ressort :



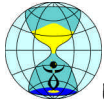
- des difficultés pour l'HNN d'utiliser en temps réel les budgets alloués, en partie liées au manque de reconnaissance du contenu des lignes budgétaires et de connaissance de ces lignes par les intéressés (laboratoires, cliniciens etc..).
- Sur l'année 1 du projet ES92, un reliquat en « équipement » servira à l'achat d'un microscope en microbiologie.
- Pour le projet GERES, il a été décidé que l'atelier de restitution des actions GERES/HNN qui devait clore l'année 1 du projet, sera réalisé ultérieurement et couplé aux journées scientifiques nationales nigériennes (prévues au cours de l'année 2008).

- 5.4** Concernant la **maternité Gazobi**, ([damaka@yahoo.com](mailto:damaka@yahoo.com)) le médecin chef (Dr Nayama Madi), a été joint par téléphone et une rencontre avec le Dr Djama Sahissou a eu lieu le mardi 20 novembre 2007 Cette maternité de « référence » a encore des difficultés pour l'organisation du dépistage et la mise en place de la PTME et reste demandeuse d'un partenariat avec ES92 en ce domaine et également pour la prévention des AES. il est proposé de réaliser une véritable « mission exploratoire » avec début de formation à la maternité lors de l'une de nos prochaines missions.
- 5.5** **Rencontre avec le coordinateur du comité national intersectoriel de lutte contre le SIDA, le Dr IDE moussa (CICLS)**. Forte demande de poursuite des partenariats et proposition de sa part d'étendre le partenariat ES 92 à TAHOUA.
- 5.6** **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 étant donné le caractère multidisciplinaire des actions et d'interventions d'ES 92 et de l'ancienneté de nos actions à Niamey.. Ce DIU est en partenariat avec les facultés de Marseille et la Pitié Salpêtrière. La participation d'ES 92 a été proposée au doyen de la faculté le **Pr Habibu ABARCHI** lors d'une rencontre.
- 5.7** **Rencontre de Stéphanie Tchombiano de SOLTHIS**
- 5.8** **Rencontre du Dr Marianne** ([mariane@refer.ne](mailto:mariane@refer.ne)), Chargée de mission par ESTHER pour l'organisation de l'atelier de concertation avec les associations. (cf.annexe 4.8)
- 5.9** **Rencontre avec le RENIP** (cf. annexe 4.9)
- 5.10** Discussion et rédaction avec les médecins HNN, les soignants de l'HNN et du CTA d'abstracts qui vont être proposés pour le **COLLOQUE AES/GERES de Cotonou prévu en mars 2008**.

## **6. ANALYSE DES DIFFICULTES RENCONTREES DANS L'ORGANISATION des ateliers de travail.**

Les éléments en cause sont probablement multiples:

- Programme trop ambitieux et chargé : atelier soignant, atelier coinfection TB, CTA et programme GERES.
- Choix des dates (qui avait pourtant été approuvé par tous) était en fait peu judicieux, puisque d'autres manifestations mobilisaient nos partenaires (journées des premières dames, présence d'autres partenaires réalisant des formations à l'HNN et donc occupant les salles, à l'HNN : tenue de réunions stratégiques médico-administratives mobilisant médecins et majors)
- Disponibilité des intervenants : Peu de personnes, en particulier médecins, disponibles pour assurer le suivi du partenariat car devant déjà assurer beaucoup de responsabilités



- Pas de formalisation ( implication modérée de la direction) pour les ateliers prévus lors de cette mission : Pas d'affichage annonçant des formations, Participants prévenus trop tard, pas de repas prévus, pas de pause café etc
- Manque de disponibilité des chirurgiens

Les propositions suivantes sont faites pour l'avenir :

- programmes « plus légers »
- mieux vérifier avant les départs, l'organisation et la planification de la mission
- demander expressément à la direction une organisation « formelle » : liste des personnes pressenties pour participer, affichage, repas et pauses cafés, diffusion des documents
- intervention et aide pour l'organisation du correspondant ESTHER lorsque celui-ci sera recruté.

## 7. CONCLUSIONS

Cette mission a été, encore une fois, riche en échanges multiprofessionnels.

La dynamique du partenariat conjoint ES 92/ HNN - CTA/GERES a également concerné le CNAT et devrait s'étendre à la maternité Gazobi.

Des recommandations concernant le CTA et le projet continuum de soins ont été élaborés à l'égard de la Crois Rouge Française.

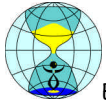
La collaboration et la complémentarité entre les projets ES92 et GERES, très appréciables dans sa fonctionnalité .

Malgré leurs occupations multiples, et le peu de « préparation » des formations, nos partenaires nous ont néanmoins et individuellement réservé un excellent accueil et ont manifesté une importante mobilisation pour nos projets.

La suite du projet devra permettre de :

- o étendre les formations des soignants à tous les secteurs de L'HNN (service urgences : [chaibou.msari@yahoo.fr](mailto:chaibou.msari@yahoo.fr) ),
- o faire un atelier pédiatrie VIH ( [roubanatmaiga@yahoo.com](mailto:roubanatmaiga@yahoo.com) )
- o 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),
- o soutenir l'organisation d'un circuit des patients à l'HNN
- o 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. en complémentarité du projet GERES.
- o Débuter les formations à la maternité Gazoby.





## **II. ANNEXES**

**Partenariat ESTHER  
Rapport de Mission  
ENTRAIDE SANTE 92**

**Mission réalisée du 13 au 20 novembre 2007  
ENTRAIDE SANTE 92 et GERES**

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



## Annexe 2.1.

**Partenariat ESTHER  
Mission à Niamey 13 au 20 novembre 2007  
ENTRAIDE SANTE 92 ET GERES**

**ATELIER COINFECTION VIH/TUBERCULOSE  
PROGRAMME PRELIMINAIRE**

Cet atelier est destiné aux médecins des différents services concernés de l'HNN , CTA et CNT

4 demi journées (2 jours consécutifs ou 4 après midi par exemple (ou du genre 16-20h si c'est mieux pour les médecins)

Présentation de cas cliniques, mises au point scientifiques et ateliers pratiques

Animé par des **membres d' ES92 et Experts du NIGER**

**1<sup>ère</sup> demi-journée : Epidémiologie**

- tuberculose, coinfection TB/VIH
- données sur la résistance aux antituberculeux et multirésistances
- Cas cliniques : diagnostic clinique et biologique

**2<sup>ème</sup> demi-journée : traitements**

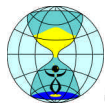
- prise en charge thérapeutique ARV et antiTB
- Gestion des effets secondaires
- syndrome de restauration immunitaire (IRIS)

**3<sup>ème</sup> demi-journée : programme national et atelier pratique sur le diagnostic biologique**

- programme national de lutte antituberculeuse au Niger
- Organisation pratique du diagnostic
- Circuit des prélèvements

**4<sup>ème</sup> demi-journée : programme national et atelier pratique sur l'organisation du traitement**

- organisation de la prescription et dispensation des traitements
- circuit des patients
- prévention en milieu de soins



## Annexe 2.2.1

### Mise en place de la recherche de BAAR à l'examen direct à l'Hôpital National

Lors de l'atelier co-infection VIH-tuberculose, les médecins de l'HNN ont vivement souhaité que la recherche de BAAR à l'examen direct puisse être de nouveau réalisée au laboratoire

Le Dr Tchouso directeur du CNAT et le Dr Lamino ne s'y sont pas opposé à condition que les résultats et la prise en charge soient notifiés sur une fiche spécifique destinée au CNAT de façon à ce que le suivi de ces patients puisse être enregistré et comptabilisé

Pour les patients séropositifs le suivi se fera à l'hôpital jusqu'à la mise sous ARV, les patients séronégatifs seront référés au CNAT.

Au sein de l'hôpital les traitements antituberculeux sont délivrés par le service de phthisie qui est en lien direct avec le programme national et donc à même de transmettre les fiches d'inclusion .

Au niveau du laboratoire le Dr Daouda Maiga (chef de service ) et Mme Ben Aminata ( major du service ) nous ont confirmé que la réalisation de la technique ne posait pas de problème majeur puisque la recherche de BAAR s'effectue déjà sur les liquides tels que LCR, ascite ou liquide articulaire

Concernant la budgétisation des réactifs, il a été re-confirmé que ceux ci sont pris en charge par le projet Esther

#### ① hottes PSM : Telstar Class II cabinet / model BIO-II A/P

- suite à la mission de juin 2006 la société Telstar a été contactée et nous a fait parvenir le manuel d'utilisation nous confirmant également que l'extraction extérieure n'est pas nécessaire dans la mesure où il n'y a pas de manipulation de solvants
- un manuel d'utilisation ainsi qu'un résumé ( cf. annexe ) ont été remis de nouveau au laboratoire
- la mise en marche de la hotte n'a pas posé de problème et l'écran digital n' a affiché aucun message d'erreur.
- pour le moment seule la hotte du laboratoire de bactériologie 1 est en service mais la deuxième hotte pourra être utilisée sur le même principe en cas de panne de la première

#### ② coloration de Kinyoun et Gabett ou coloration de Ziehl à froid ( cf. annexe )

cette technique a été choisi dans un souci de protection du manipulateur :

- l'étalement se fait avec des anses à usage unique
- la fixation des lames se fait à l'éthanol
- la fuchsine plus concentrée rend inutile le chauffage

⇒ toutes les étapes pouvant être à l'origine d'aérosols sont supprimées

la technique a été enseignée à Boube Laouali et Amadou Mamane tous deux microbiologistes ainsi qu'à 2 techniciens.

Les autres techniciens étant occupés sur d'autres secteurs mais le personnel semble maîtriser cette technique d'autant plus que chaque trimestre le laboratoire reçoit d'Afrique du sud un contrôle de qualité composé d'une dizaine de lames colorées par la méthode de Ziehl et que les résultats s'avèrent à chaque fois corrects à 100%

#### ③ divers

##### circuit du prélèvement

les pots à crachats sont stockés au laboratoire et dispensés aux unités de soins sur remise de bons de commande, une feuille circuit du prélèvement ( cf. annexe ) devant être remise avec chaque demande

##### enregistrement du prélèvement et rendu du résultat

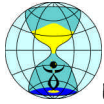
la recherche de BAAR suivra la même filière que les autres prélèvements reçus au laboratoire

il a été recommandé dans un premier temps que tout résultat positif doit être accompagné de quelques masques pour le malade afin de limiter la transmission

l'idéal serait de fournir un masque pour chaque demande de recherche de BK mais il semblerait que l'approvisionnement ne soit pas suffisant

##### élimination des déchets

les pots à crachats ainsi que les anses ayant servies pour la réalisation de la recherche de BAAR seront autoclavés puis éliminés dans la filière des déchets courants



## Annexe 2.2.1 (suite)

### ④ matériel mis à disposition du laboratoire

- réactifs de Gabett et Kinyoun
  - 3 flacons de 450 ml de réactif de Gabett (expiration 30/06/2009)
  - 3 flacons de 450 ml de réactif de Kinyoun (expiration 30/06/2009)
  - ⇒ permettant la réalisation de 400 lames environ
- environ 50 pots à crachats
- anses de 5 µl à usages unique ( 60 sachets de 20 )
- lames ( 4 x 100 )
- sacs à autoclave
- gants
- portoirs métalliques pour les pots à crachats (4)

### ⑤ conclusion

- la réalisation technique de la recherche de BK n'a pas posé de problème sinon qu'à l'avenir l'acquisition d'un microscope de meilleure qualité sera souhaitable pour assurer la fiabilité des résultats
  - malgré l'enthousiasme de certains techniciens pour la recherche de BAAR qui en ont compris l'importance une certaine partie du personnel est réticente tant la stigmatisation de la maladie est forte
  - il serait donc important dans un prochain atelier de reprendre ce point afin de lutter contre les stigmas, de convaincre du risque modéré de manipulation des crachats ( sans culture ) et du bien fondé du dépistage des patients BK+
  - un diaporama reprenant les modes de transmission et la contagiosité à été laissé à Mme Ben qui pourra l'utiliser afin d'informer son personnel
  - l'utilisation de la hotte étant effective l'organisation de la maintenance doit être envisagée
  - lors de la mise en place de la technique nous avons pu réaliser la recherche de BAAR sur 4 crachats qui ont donné un résultat négatif et sur un prélèvement au niveau d'un ganglion qui a donné un résultat positif .
-

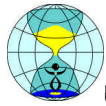


## Annexe 2.2.2

# RECHERCHE DE BAAR DANS LES CRACHATS

## CIRCUIT DU PRELEVEMENT

- faire la demande d'un pot à prélèvement au laboratoire de bactériologie
  - recueillir le crachat de préférence en plein air ou dans une pièce largement ventilée
  - effectuer 3 prélèvements sur 2 ou 3 jours consécutifs
  - recueillir de préférence le crachat du matin
  - le malade crache son expectoration dans un pot qu'on referme aussitôt hermétiquement
  - identifier le pot avec le nom du malade et la date
  - vérifier la qualité du prélèvement
    - ➔ de la salive liquide ou mousseuse, des sécrétions du nez ne constituent pas des expectorations suffisantes : dans ce cas refaire cracher le malade
  - acheminer le prélèvement dès que possible au le laboratoire
  - en cas de délai conserver le prélèvement dans un endroit frais, à l'abri de la lumière
-



## Annexe 2.2.3

### HOPITAL NATIONAL DE NIAMEY Laboratoire de Biologie Médicale COLORATION de KINYOUN et GABETT (coloration rapide de ZIEHL)

**Objet :** ce document décrit le mode opératoire de la recherche de BAAR dans les crachats pour le diagnostic de la tuberculose  
rédigé en novembre 2007

#### 1- PRINCIPE

Méthode de coloration basée sur les propriétés acido-alcool-résistants des Mycobactéries (BAAR )

- ? la fuchsine basique contenue dans la **solution de Kinyoun** colore toutes les bactéries, son action est améliorée par la présence de phénol
- ? l'acide sulfurique contenu dans la **solution de Gabett** agit comme un décolorant : les mycobactéries ont la propriété de ne pas se décolorer sous l'action de l'acide contrairement à la plupart des autres bactéries
- ? le bleu de méthylène agit comme colorant de contraste et facilite l'observation microscopique
- ? **les mycobactéries apparaissent colorées en rouge**

#### 2- MATERIEL ET REACTIFS

##### 2.1 Matériel

- hotte PSM (poste de sécurité micro biologique )
- lames super frost
- anses à usage unique
- bac à coloration
- microscope à immersion
- chronomètre

##### 2.2 Réactifs

- **solution de Kinyoun** ( BKK-F ) bioMérieux REF 55 521
- **solution de Gabett** (BKG- F ) bioMérieux REF 55 531
- ? conditionnement en flacon de 450 ml
- conservation à température ambiante à l'abri de la lumière
- alcool éthylique
- eau du robinet
- huile à immersion

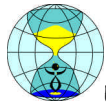
#### 3- TECHNIQUE

##### ? étalement du crachat ( sous la hotte de sécurité PSM )

- bien identifier les lames
- prélever avec une anse à usage unique une parcelle purulente et réaliser un frottis le plus fin possible sur environ 2/3 de la lame
- laisser sécher le frottis à l'air

##### ? coloration

- placer les lames sur le bac à coloration
- recouvrir les lames d'alcool éthylique et attendre **10 minutes** jusqu'à évaporation complète
- recouvrir les lames avec la **solution de Kinyoun**
- ? laisser en contact **3 minutes**
- rincer doucement à l'eau du robinet
- recouvrir les lames avec la **solution de Gabett**
- ? laisser en contact **1 minute**
- rincer doucement à l'eau du robinet
- égoutter les lames et laisser sécher à l'air



## Annexe 2.2.3 (suite)

### 4- LECTURE DES LAMES

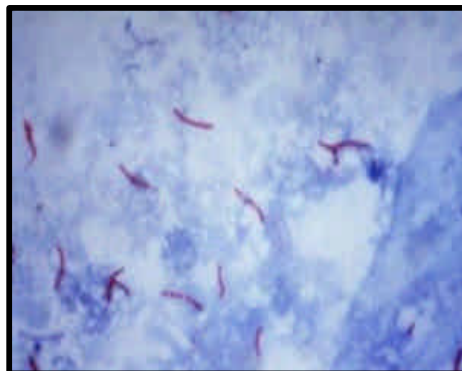
- examiner les lames au microscope : objectif X100 à immersion
- il faut parcourir au moins 100 champs microscopiques avant de rendre une lame négative ce qui demande environ 15 minutes
- les **Bacilles Acido Alcoolo Résistants ( BAAR )** apparaissent **colorés en rouge** sur fond bleu
- ils sont droits ou légèrement incurvés de 2 à 4 µm
- ils sont souvent granuleux et groupés en amas
- la réponse doit toujours être rendue en terme de présence ou absence de **BAAR** et non en terme de bacilles tuberculeux ou autre espèce mycobactérienne

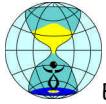
### 5 – RENDU DES RESULTATS

? le nombre de bacilles présents dans l'expectoration d'un malade est en relation directe avec son degré de contagiosité : pour cette raison, le résultat doit être exprimé de façon quantitative

<b>nombre de BAAR</b>	<b>interprétation</b>
< 1 BAAR / 100 champs	négatif
1 à 9 BAAR / 100 champs	nombre exact de BAAR
10 à 99 BAAR / 100 champs	+
1 à 10 BAAR / champ	++
plus de 10 BAAR / champ	+++

#### coloration de Kinyoun et Gabett





## Annexe 2.2.3(suite)

### Observations secondaires concernant les laboratoires

① concernant l'étude de prévalence de l'hépatite B au sein de la population soignante :

actuellement le laboratoire réalise les tests suivants :

Ag HBs test rapide determine  
Ag Hbe test rapide immunochromatique CHECK 1 ( VEDA .LAB )  
Hépatie C test rapide immunochromatique CHECK 1 ( VEDA .LAB )

la chaine Elisa est utilisée pour contrôler les résultats HIV douteux

le laboratoire étant en mesure de réaliser une sérothèque ( congélateur à  $-20^{\circ}\text{C}$  ) il serait peut être envisageable de réaliser une première partie de l'étude au laboratoire de l'HNN et d'envoyer uniquement les sérums AgHBs positifs en France pour réaliser les tests complémentaires.

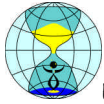
② il a été suggéré d'utiliser le budget du partenariat pour renouveler le stock de pipettes automatiques largement insuffisant ( le technicien doit attendre que son collègue ait fini sa technique pour pouvoir réaliser la sienne )

③ une visite au laboratoire de biochimie a permis de constater que les deux centrifugeuses défectueuses et présentant des risques d'AES ont été remplacées par une centrifugeuse léguée par le laboratoire de bactériologie .  
une centrifugeuse de plus grande capacité a été budgétée dans le programme Esther

le laboratoire possède de nombreux automates mais semble confronté régulièrement à des ruptures de réactifs .

---





## Annexe 2.4

Partenariat ESTHER  
Mission à Niamey 13 au 20 novembre 2007  
ENTRAIDE SANTE 92 ET GERES

### Formations des équipes soignantes et paramédicales des services de chirurgie et urgences-réa l'HNN

#### Programme préliminaire

Il s'agit de formations interactives sous forme d'**ateliers** de travail co-animées par des experts médecins, psychologues, infirmiers, biologistes de NIAMEY et d'Entraide Santé et/ou du GERES. Ces formations auront lieu dans les lieux de soins. Elles font suite aux formations réalisées au cours de l'année 1 du projet.

**Public concernés** : infirmiers, aide soignants, laborantins, techniciens de surface, pharmaciens, psychologues, major

**Modalités** : les formations auront lieu en réunissant les soignants (20 à 30) des services ayant des activités proches, de préférence dans les lieux de soins :

#### J1 : ATELIERS Prise en charge de l'infection VIH

- 9h00-12h00 : **Généralités sur l'infection par le VIH : (3h00)**

Par Elsa Dos santos (ES 92), Elisabeth Rouveix (ES 92), et XXXX ( expert de l'HNN ou du CTA : Eric Adehossi et Boubacar Madougou ?

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

- 14h00-16h0 : **Aspects psychologiques et sociaux pour le patient et les soignants (1H30) :**

Par Fati Moussanaba, Isoufa Malam Mala, Patricia Paillet et Elsa dos santos (ES92)

- 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..

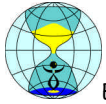
#### J2 :

- **Matin : accompagnement dans les services**

- **Après midi : atelier Hygiène hospitalière et la prévention des AES :**

Par Elisabeth bouvet, Isabelle lolom, Elsa dos santos, 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,
- retentissement psychologique après un AES

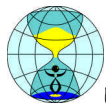


## Annexe 3.1

### Entraide Santé 92 Activités au CTA, novembre 2007

#### 1. Compagnonnage au CTA

- **Visites hôpital de jour**, consultation du CTA les 14-15-16-19-20 novembre 2007 : échanges cliniques, visite des patients de l'HDJ, staff de dossiers de patients avec fièvre/IO, discussions autour de problèmes d'observance. Les mesures de charge virale sont opérationnelles. Nous avons réalisé un Staff médical au cours duquel tous les dossiers des patients ayant une CV détectable sous ARV ont été discutés.
- **Activité** du CTA en augmentation toujours constante : file active : 1944 dossiers ouverts, traitements ARV+ : 715 (Triomune : 413, IPs : 37, autres NVP : 175, efavirenz : 42, tenofovir : 17), perdus de vue : 79, décès cumulés : 107. Surcharge de travail pour l'ensemble des personnels, aussi bien pour le dépistage, le suivi, les prélèvements, l'hôpital de jour (9 patients en HDJ les 14 et 15/11). Situation critique de l'équipe médicale avec Dr ADIZA seule titulaire (Le Docteur Moussa IDE, ex-médecin chef du CTA, a été nommé responsable du CISLS ([cislsner@intnet.ne](mailto:cislsner@intnet.ne)) et devrait être officiellement remplacé par le dr ADIZA ([adiza.adamou@yahoo.fr](mailto:adiza.adamou@yahoo.fr)). L'un des médecins (Dr Yacouba Nouhou) va partir en formation à ABIDJAN (DES maladies infectieuses à partir de 2008 pour 3 ans). Le recrutement de 2 jeunes médecins est prévu (consultations actuellement assurées bénévolement par Omar et Aïssa, en attente d'inscription sur les listes d'aptitude de la fonction publique) : en l'état actuel on note un déficit de temps médical important compte tenu de la file active et de l'augmentation d'activité en Hôpital de jour. En attendant leur régularisation, il paraît urgent de pouvoir soutenir ces 2 jeunes médecins afin de permettre la poursuite de leur activité.
- **Pharmacie** CTA : médicaments ARV disponibles, y compris Aluvia° en quantité suffisante, et ténofovir (Truvada° : 16 boîtes en stock, 17 patients sous traitement) ; Les recommandations actuelles sont de ne plus utiliser D4T-3TC mais AZT-3TC. IL manque de médicaments pour le traitement de la toxoplasmose : Adiazine°, ac.folinique. Proposition de traitement d'un patient avec toxoplasmose par cotrimoxazole, +ac.folinique (périmé 2007) en raison d'une cytopénie.
- **Poste de soins** : utilisation satisfaisante du matériel à prélèvements, notamment corps de pompe réutilisable, à aiguille éjectable. Problème de « transvasement » de sang de tube à tube pour remplir correctement les tubes pour CV (5ml nécessaires, tubes disponibles=4ml) : en attendant l'obtention de tubes adaptés (7ml), proposition de prélever et d'acheminer 2 tubes de 4ml au labo de référence. (accord du Pr Saïdou au laboratoire de référence de Lamordé). Le protocole de mise en isolement respiratoire des patients suspects de tuberculose en HDJ (réalisé en juin 2007) n'est pas connu des professionnels et donc non appliqué.
- Participation au **staff** du CTA (16/11/07) : dossiers observance, problèmes de dépistage, discussions thérapeutiques, décisions pour inclusion dans le programme de soutien nutritionnel.
- **laboratoire** du CTA : activité soutenue et toujours performante ; activité importante de diagnostic de paludisme ; compteur CD4 fonctionnel ; panne persistante de l'automate de



## Annexe 3.1 (suite)

biochimie (pour dosage transaminases++), avec nouvel appareil fourni par la coordination nationale mais sans prévision de prestation technique pour mise en place ; impossibilité de

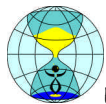
- réaliser le dosage des transaminases dans le cadre du bilan initial, conduisant à des retards majeurs pour le démarrage des ARV. Contacts avec M.IDE, coordinateur, et firme privée matériel médical (Mr TINO) pour tenter de pousser à la résolution du problème. Activité de recherche antigénémie cryptocoque poursuivie pour les patients du CTA, plus rare pour ceux de l'HNN. Trois nouveaux cas de cryptococcose diagnostiqués (total=7), dont 2 bénéficient d'un traitement. Contacts avec fournisseur local potentiel pour les kits : BIO-PLUS BP10231 Niamey, [bio-plus@intnet.ne](mailto:bio-plus@intnet.ne): Proforma en attente
- Enquête de prévalence** du portage de l'Ag HBs chez les patients infectés par le VIH au CTA : test rapide réalisé depuis le 2/05/07 : 401 prélèvements : Ag HBs+ :84 (26,8%)

### 2.Projet dit « Continuum de soins » :

- Echanges avec l'assistante sociale du continuum (P.Paillet) : cf. rapport spécifique. Elaboration d'une fiche de prise en charge des PVVIH suivis au CTA et de leur entourage.
- Rencontre avec les responsables de la CRF : Mme Barko, Mr Cheikh Hamada Ag Ahmed « Wandey » : discussion sur les projets à venir : clarification des rôles de chacun, attente du projet définitif CRF ; nécessité de garder un volet de suivi et d'accompagnement centré sur le patient, pour liaison entre les structures médicales, sociales , et associatives : cf. CR joint.

### 3.Projets de soutien matériel : Sur le plan matériel nous avons rediscuté les besoins et prévus, avec la gestionnaire Tari Fatouma ( [ctany@intnet.ne](mailto:ctany@intnet.ne) ) :

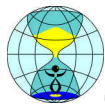
- Prévoir achat de petit matériel (tensiomètres, thermometres etc...).
- Achat réalisé sur place de 2 tensiomètres, garantis 2 ans (150 Euros) ; obtention de 5 thermomètres électroniques gratuits
- demande de facture Proforma pour fourniture mobilier d'archivage
- facture Proforma pour abonnement connexion ADSL (IXCom) 2008 (1 an)
- facture pour achat kit de détection Ag cryptocoque
- prévision de frais d'installation pour machine à laver/sécher du CTA (préparation du local, connexion eau et électricité) : pas de renouvellement de la convention de réalisation de la lessive du CTA par la maternité Gazoby rendant nécessaire l'achat d'une machine à laver + séchage afin de rendre le CTA autonome pour le lavage (draps HDJ, blouses)
- prévoir l'achat d'un ordinateur en 2008 (budget Esther année 2)



## Annexe 3.1 (suite)

### **CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS D'ES92 pour le CTA DE NiAMEY (novembre 2007) :**

1. Assurer en urgence un soutien au suivi médical en attendant la nomination de nouveaux médecins titulaires : voir possibilités pour la CRF d'établir un contrat temporaire avec Omar et Aïcha en attendant leur titularisation
  2. Fournir les médicaments manquants nécessaires pour le traitement des IOs, en particulier antitoxoplasmiques, acide folinique, fluconazole
  3. Commander des tubes de 7ml pour mesure de la charge virale ; en attendant, prélever 2 tubes de 4 ml
  4. Réfléchir aux problèmes d'exiguïté des locaux , rendus d'autant plus aigus que le nombre de patients présents dans tous les postes augmente considérablement, source de dysfonctionnements, de risque de rupture de confidentialité, et de burn-out du personnel. Envisager extension du CTA, pour permettre l'installation de certaines activités dans d'autres locaux afin de libérer de la place : Hospitalisation de jour, ou centre de dépistage, par exemple ; préparer un dossier de demande de projet dans ce sens à l'Unité mono sectorielle du MSP et à la CISLS
  5. Régler les problèmes matériels :
    - a. achat et installation d'une machine à laver pour le linge du CTA
    - b. achat de meubles pour rangement des dossiers (ES92) et des radios
    - c. poursuite de l'abonnement ADSL (ES92)
    - d. prévoir achat petit matériel d'examen : tensiomètres, thermomètres..
    - e. organiser l'évacuation de l'appareil de radio inutilisé dans le poste infirmier : proposition de don au service de radiologie de l'HNN
  6. Réorganisation du programme continuum de soins, dont le volet soutien aux patients du CTA, programme de soutien nutritionnel, coordination du suivi ambulatoire, et lien entre les différentes structures de soins et associatives, nous paraît indispensable. Pour cela, il paraît nécessaire de renforcer l'équipe, qui n'est plus composée que de l'assistante sociale, l'infirmière de ce programme n'ayant pas été remplacée. Le rattachement de cette activité au CTA pourrait renforcer le travail en équipe, et assurer efficacement ce rôle de lien.
-



## Annexe 3.2

### Rencontre avec la CROIX ROUGE FRANCAISE

jeudi 15 novembre 2007

Cheick Hamada Ag Ahmed (« Wandey ») ? Chef de Délégation,  
Madame Bako Aïssa Hamidou, Coordinatrice PVVIH-Continuum de soins  
Docteur Pierre de Truchis, Entraide Santé 92  
Patricia Paillet, psychologue, Entraide Santé 92

Le CTA reste le centre de référence pour la prise en charge des patients VIH au Niger, par le nombre de personnes suivies et la qualité des soins dispensés.

File active 1940, Patients traités : 715, 50 nouveaux patients par mois

L'importante augmentation de la file active du CTA est le fil directeur de nos conclusions et recommandations.

**Le Continuum de soins**, expérience pilote mise en place en juin 2005, s'est heurté dès le départ à au moins deux difficultés :

-un flou certain sur les objectifs, rôle et fonction de chaque acteur de soins : au départ : une infirmière, une assistante sociale, cf. : précédant rapport novembre 2005, puis rapport décembre 2006 : ( fiche de poste infirmier).

-Des missions irréalistes comme les VAD et les soins à domicile compte- tenu du refus des patients du fait de la très forte stigmatisation ( rapport du 8 au 15 novembre 2005, précautions à prendre avant de se rendre au domicile d'un patient ....), et de l'impossibilité matérielle à réaliser ces soins dans des conditions suffisantes de sécurité ; quelques problèmes éthiques et contre-productifs (fausses coordonnées) avec la recherche systématique des perdus de vue (rapport juin-juillet 2007)

Cependant, tenant compte de ces difficultés, le Continuum de soins s'est petit à petit organisé autour de 3 missions principales :

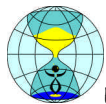
- 1- rôle de liaison entre le CTA et d'autres structures de soins ( HNN, Saga, maternité...)
- 2- mise en place et suivi du PAM et des AGR
- 3- soutien au CTA, vue l'augmentation régulière du nombre de patients

Après un état des lieux, (rapport de Mr. Ch. Georgette, octobre 2007, conseiller en aide d'urgence et sécurité alimentaire) le projet Continuum de soins s'arrête fin décembre 2007.

- son appellation n'est pas adaptée : pas de soin au sens médical et infirmier
- les 5 volets d'action du départ étaient trop dispersés ( pas adaptés ?) et il n'y a pas eu de démarche cohérente et dynamique entre ces différents volets.
- Le continuum a fonctionné comme un CTA bis, sans réussir à mener des actions propres.

#### **La Croix Rouge souhaite :**

- Renforcer les actions de prévention et de sensibilisation auprès des PVVIH et de leur entourage, ainsi que la prévention scolaire. Le problème de la stigmatisation très forte au Niger pourrait en être amélioré. Madame Bako nous expose plusieurs actions de prévention et d'information menées auprès de travailleurs saisonniers, et prostituées dans les quartiers périphériques de Niamey.
- Créer une nouvelle structure avec des projets mieux définis centrés sur l'activité du CTA tout en s'en différenciant ; un des rôles serait de mieux aiguiller les patients en fonction de leur demande et de leurs besoins. (liaison)
- améliorer les AGR en les professionnalisant ; en faire une réelle activité économique plus qu'un soutien socio-économique actuellement.
- étendre le PAM, en assouplissant les critères d'attribution trop stricts, compte-tenu de l'impact direct sur l'observance et le suivi des patients : il y a 0 perdu de vue pour ceux qui en bénéficient. Cette aide alimentaire fournie



## Annexe 3.2 (suite)

- pendant 6 mois permet d'instaurer la relation de confiance et favorise « l'accroche » du patient au système de soins.
- réfléchir à d'autres modes d'action tels que :
  - créer une ligne téléphonique anonyme et gratuite de counseling ?
  - favoriser les témoignages publics de PVVIH ?
  - mener des actions en lien avec la Croix Rouge Nigérienne ?

Pour cela, il faut aussi tenir compte du relatif faible taux de prévalence de la maladie au Niger, car les moyens iront sans doute prioritairement aux pays à fort taux de prévalence, et les projets doivent être réalistes face à cette donnée.

## Conclusion

Le CTA comme le continuum de soins ont été débordés par l'afflux de nouveaux patients, chaque jour, chaque mois ; le problème est très aigu actuellement.

L'organisation de l'un comme de l'autre s'est faite en fonction des besoins des patients, et non de « programmes officiels », ce qui a sûrement été dommageable pour les programmes mais non pour les patients, vu l'afflux massif de ceux-ci toujours à l'heure actuelle, malgré la décentralisation, la création d'autres centres prescripteurs.

Nous relevons un paradoxe : le continuum de soins ne concernerait que les soins médicaux et infirmiers, alors que la relation d'aide, l'établissement d'une relation de confiance, l'aide à l'observance et le problème des perdus de vue relèvent autant de la qualité de l'accueil, de l'amélioration du circuit du patient, et de la qualité du counseling, en clair de l'offre et de la disponibilité du suivi psychosocial. Cette vision assez réductrice du soin ne correspond pas aux besoins des patients.

C'est aussi d'après les PVVIH le succès du CTA, face à tout ce qui n'est pas réellement mis en place dans les autres structures de soins.

## Recommandations

1- Il est urgent de renforcer la prise en charge des patients au CTA (un seul médecin titulaire temps plein aujourd'hui, l'assistante sociale ne peut faire face à tous les patients demandeurs)

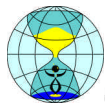
2- Si possible ré-organiser l'espace, il navrant de constater que des patients restent debout en attendant une consultation, l'hôpital de jour n'offre aucune possibilité d'intimité pour les patients couchés (hommes et femmes dans la même pièce) risque de propagation (tuberculose...) risque d'AES au cours des soins vu le manque de place.

la salle de réunion, ouverte à tous, sert de plus en plus pour certains entretiens de counseling, faute de place ; il n'y a aucune confidentialité, le CTA et le continuum, victimes de leur succès, risquent une réelle baisse de la qualité de l'accueil et des soins.

3- Faire travailler les acteurs de santé sur les rumeurs, les non-dits, le déni, les aspects psychologiques et psychiatriques du VIH, renforcer régulièrement la pratique du counseling ; rôle propre du psychologue

### **La structure remplaçant le continuum de soins devrait au moins :**

- continuer le rôle important de liaison entre le CTA et les autres structures de soins ou beaucoup reste à faire sur l'accueil, le counseling, et la confidentialité.
- Renforcer l'accès au PAM
- aider à la lutte contre la stigmatisation et faciliter la vie quotidienne des PVVIH en menant des actions conjointes avec la société civile (associations), les ministères concernés (santé, éducation ...) et les médias.



## Annexe 3.3

### CTA Staff du vendredi, Le 16 novembre 2007

Sont présents : l'équipe médicale, des étudiants en médecine stagiaires, le Dr Aïcha qui travaille bénévolement et est responsable de l'hôpital de jour, l'équipe para-médicale, Issoufa le psychologue, Nafi Hamidou, assistante sociale du continuum de soins, Hadiza Baoua responsable des éducateurs thérapeutiques Solthis, Pierre de Truchis et Elisabeth Rouveix, médecins Entraide Santé 92, Patricia Paillet, psychologue Entraide Santé 92.

- Exposé de plusieurs cas de patient(e)s aux résultats indéterminés au test VIH ; sur plusieurs mois, après 3 ou 4 dépistages, ces patient(e)s ne sont toujours pas fixé(e)s sur leur sort : positif ou non ?

Avec les conséquences médicales : doute sur le médecin « incapable » de dire ; prendre quand même les mesures de prévention en attendant d'en savoir plus. Le Docteur Hadiza, médecin chef du CTA, dit que au bout de 3 tests revenus indéterminés, le médecin doit trancher et prendre la responsabilité d'annoncer un résultat négatif.

Conséquences psychologiques : les résultats indéterminés sont source d'angoisse et d'incompréhension, d'impossibilité d'adapter des stratégies d'adaptation, de comportement.

Que croire ? qui croire ? quel counseling adapter ?

Conséquences sociales : la suspicion d'une contamination HIV reste, avec le risque de rejet et de stigmatisation ; exemple d'une étudiante mise à la porte par sa famille.

- Evocation de cas sociaux nécessitant une aide alimentaire, hors critères médicaux du Pam
- Exposé d'Ibrahim, responsable de la pharmacie  
Rappel : 715 patients sous ARV  
107 patients décédés sous ARV depuis le début du CTA  
79 perdus de vue sous ARV

Les patients expriment de plus en plus leurs difficultés face à l'observance ; le point positif est que les patients puissent s'exprimer sur la question et avoir un soutien. Le counseling est à adapter.

- Un cas particulièrement difficile :  
Une femme découvre les ARV que son mari prend depuis 2 ans sans lui avoir parlé de sa séropositivité. Elle se fait dépister, avec un conseil pré-test ; elle est positive, le mari vient plusieurs fois demander les résultats de sa femme, sans vouloir qu'elle revienne ;  
Il finit par obtenir les résultats de sa femme, depuis ils ont disparu.
- Problème du lavage des draps de l'hôpital de jour ;  
Il était auparavant assuré par une clinique voisine, qui refuse dorénavant de le faire. Discussion pour installer un lave-linge et un sèche-linge dans le CTA. Réfléchir avec l'équipe du Geres sur le meilleur endroit possible pour l'hygiène, la cuisine, après quelques travaux, s'y prêtant particulièrement.
- problème de la taille des tubes de prélèvement pour la charge virale : jusqu'à présent, l'infirmier est obligé de transvaser le sang d'un tube à l'autre ; ce problème est réglé : on augmente la capacité du tube au début du prélèvement.



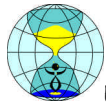
## Annexe 3.3 (suite)

- Problème très important de locaux, de confidentialité vue l'augmentation du nombre de patients ; les patients en attente de consultation sont debout, manque de place assise ;
- Risque de contamination (tuberculose....) en hôpital de jour, pas assez d'espace entre les patients couchés, pas de protection les uns vis à vis des autres, pas d'intimité (mélange hommes-femmes)

### Recommandations :

- Actualiser le discours sur les résultats HIV indéterminés ; prévoir dans le counseling pré-test cette éventualité et les mesures de prévention nécessaires le temps d'être fixé sur le résultat.
  - Mettre en place des mesures de protection à l'hôpital de jour, améliorer l'accueil et le circuit du patient que nous n'avons pas pu explorer cette fois-ci, chaque acteur de soins étant trop débordé par le nombre de patients tous les jours de la semaine.
  - Travailler sur les counselling (pré-test, post-test, observance) et la nécessité de la confidentialité, (qui est tributaire de locaux adaptés, il faut le rappeler !)  
Il est urgent de réfléchir sur l'exiguïté des locaux.
-





## Annexe 3.4

### CTA Laboratoire

#### 1- assurance qualité au laboratoire :

- ? le souhait de participer à un programme externe de contrôle de qualité mentionné dans les rapports de décembre 2006 et juin 2007 n'a toujours pas abouti
- ? Monsieur Boubacar Tiouso, responsable du laboratoire insiste à juste titre sur ce point afin de mettre en place une démarche Assurance Qualité et assurer la fiabilité des résultats

#### 2- examens de biochimie

- ? l'automate VITROS DT 6011 mis à disposition par l'INAARV et déjà présent lors de la mission de juin 2007 n'est toujours pas fonctionnel.
- ? la mise en route par le fabricant et la formation du personnel est toujours en attente avec un espoir cependant pour la semaine du 19 au 24 novembre

#### 3 - cryptococcose :

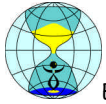
- ? la recherche de l'Ag cryptococque semble moins souvent réalisée aussi bien dans le sang que dans le LCR malgré la disponibilité des kits de détection
- ? l'HNN quand à lui semble ne plus envoyer d'échantillons
- ? la technique à l'encre de chine pour la recherche de Cryptococcus néoforman dans le LCR semble ne pas être appliquée :
  - ? une nouvelle formation sur cette technique serait peut-être souhaitable ainsi qu'une nouvelle sensibilisation des médecins

#### 4 - charge virale

- ? le risque d'AES lors du prélèvement de la charge virale a été diminué en suggérant de prélever 2 tubes de 4 ml et de les envoyer tels quels au CHU au lieu d'effectuer des transvasements de tube à tube afin obtenir 5 ml de sang

#### 5 - divers

- ? le port de chaussures ouvertes étant reconnu comme un risque d'AES lors du prélèvement quelques sabots ont été fournis
- ? dans le cadre de la prévention de la transmission de la tuberculose des affichettes « interdiction de cracher » ont été mises à disposition du CTA



## Annexe 4.

### **Enquête de séroprévalence de l'hépatite B au sein des professionnels exerçant à l'Hôpital national de NiAMEY, en amont d'une campagne de vaccination anti-VHB des personnels exposés**

**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, ...)

La prévalence du portage de l'Ag HBs à Niamey (chez les donneurs de sang) est évaluée selon les enquêtes à 12-22% (bulletin pathologie exotique)

Dans la mesure où l'infection VHB est reconnue comme un risque professionnel chez les soignants) le taux de prévalence attendu est au moins égal supérieur à celui de la population des donneurs de sang.

Dès lors plusieurs hypothèses sont à envisager concernant la politique vaccinale :

- si la majorité des infections HBV ont été acquise après l'enfance, situation où seule 10% des hépatite B acquise évolue vers l'hépatite B chronique, un taux de prévalence de l'ag HBs proche de 20%, avec un taux 'anti HBc proche de 100% : ceci indiquerait que toute la population adulte a été en contact avec le VHB et qu'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 alors que 90% des hépatites B congénitales évoluent vers l'hépatite B chronique, la prévalence de l'anti HBc serait inférieure à 50% indiquent qu'une partie importante de cette population reste réceptive et qu'il persiste un bénéfice à vacciner le reste de la population des soignants

Par ailleurs, d'après les données de l'OMS (ref) 40% des hépatites virales du personnel de santé dans le monde sont acquises lors d'une exposition professionnelle. La séroprévalence du VHC chez les donneurs de sang de Niamey est estimée à 5% ( ref)

**Objectif principal** : déterminer la prévalence de HBV chez le personnel de l'HNN

#### **Objectifs secondaire :**

Connaître les caractéristiques des infections par HBV (infection ancienne non répliquante, infection chronique avec ou sans répliquante) chez le personnel de santé

Définir la politique vaccinale antiHBs chez le personnel de santé

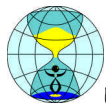
Déterminer la prévalence des anticorps anti HCV chez le personnel de l'HNN

#### **Population et méthodes.**

Il y a environ 900 personnels à l'HNN (31 administratifs, 106 médecins, 450 paramédicaux, 47 ASN, 263 autres) excluant les élèves et les étudiants

C'est une étude de séroprévalence d'un échantillon représentatif de la population du personnel de l'HNN. Les marqueurs recherchés sont dans l'ordre :

- Ac anti-HBc
- Si positif, une recherche d'Ag HBs
- Si positif, Ag HBe et HBV DNA



## Annexe 4 (suite)

### Schéma de l'étude :

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

2 Tirage au sort d'un échantillon représentatif de la population des personnels dans chaque catégorie .administratifs, médecins, paramédicaux, manœuvres, autres .

D'après les calculs et les sous populations le nombre de sujets nécessaires est de 200 (calcul de la taille de l'échantillon) répartis en 10 administratifs, 20 médecins, 100 paramédicaux, 15 manœuvres, 55 autres.

Un comité de pilotage, issu du Comité AES veillera l'information des personnels, à la mise en place de l'étude, et à son bon déroulement et désignera un étudiant chargé de la réalisation pratique de l'étude.

Les médecins du Comité s'entretiendront individuellement avec chacune des personnes tirées au sort pour information et recueil du consentement.

Les prélèvements sanguins seront réalisés au pavillon F. les échantillons seront anonymisés et adressés au laboratoire de biologie de l'HNN. Une plasmathèque de chaque prélèvement sera conservée à - 20°C pour dosage de HBV DNA en cas de ag HBS +.

Le rendu individuel des résultats sera réalisé par les médecins du comité AES.

Le 17 novembre 2007 à Niamey .

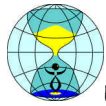
### A FAIRE :

#### Equipe NIGER :

- Formulaire du consentement
- Avis du comité d'éthique
- Lettre d'information aux soignants signée de Monsieur le directeur.

#### Equipe France

- inclure le projet année 2 dans le projet année 2 GERES, mission Niamey, juin 2007
- calculer le coût HBV DNA

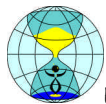


## Annexe 4.8

### **Rencontre avec le RENIP Visite du Centre de SAGA Lundi 19 novembre 2007**

Sont présents : le Docteur Marianne, en charge d'organiser pour Esther la réunion de concertation associations-ministère-Esther en février 2008 ; le coordonateur du Renip, monsieur Boubou Hamoudou ; la nouvelle présidente de l'association des femmes Bafoumey, madame Conte Sona ; Patricia Paillet, psychologue Entraide Santé 92 ;

- le Rénip se développe sur le niger : Niamey, Zinder, Maradi, Dosso ; il reste à toucher les villes de Tahoua et Tillabéri dans un avenir proche.
- Il bénéficie du soutien financier du Fond Mondial et du Réseau Africain
- Il organise régulièrement des actions de formation sur l'infection à VIH et la maladie Sida pour des PVVIH et leur entourage , notamment sur Niamey et Maradi
  
- Le Renip a mené 2 journées de sensibilisation en rassemblant des leaders religieux locaux, chrétiens, protestants, catholiques et musulmans. 35 personnes en tout à chaque réunion, 1 sur Niamey, l'autre à Maradi. Les thèmes de la stigmatisation, de la prévention, les préservatifs aussi !, et des témoignages de PVVIH ont constitué l'essentiel de ces réunions.
- le décès brutal de madame Maïga, présidente de l'association des femmes Bafoumey, alors qu'elle venait de témoigner de sa séropositivité a créé un véritable électrochoc et une prise de conscience de la part des religieux présents ; de même, le témoignage d'une enseignante, HIV+, face à son « directeur de conscience » a bouleversé celui-ci.  
Pour monsieur Boubou Hamoudou, le discours des religieux locaux est plus tolérant envers les PVVIH et la nécessaire prévention.
  
- En vue de la journée mondiale contre le Sida, le Rénip organise du 26 au 28 novembre une caravane de sensibilisation autour du VIH-Sida, caravane qui part de Niamey à Ouagadougou, avec une quinzaine de PVVIH originaires de Zinder, Maradi, Niamey ; ils se proposent de faire de la prévention et de l'information dans les villes et villages traversés ;
- Les repas communautaires continuent ainsi que les causeries des femmes, chaque samedi.
  
- Le Renip confirme l'engorgement du CTA (trop de patients) et la difficulté d'un suivi correct dans les autres centres prescripteurs ; exemple : dans un lieu que nous ne nommerons pas, certains patients attendant leurs résultats de dépistage sont félicités devant tout le monde pour être HIV-, les autres sont donc « désignés » HIV+ ; pas de counseling non plus évidemment.  
En maternité, de nombreux exemples de refus de soins et stigmatisation des femmes HIV+ à l'accouchement. La PTME ne semble toujours pas en route.



## Annexe 4.8 (suite)

- le Rénip bénéficie de financement pour assurer des permanences dans les centres prescripteurs, hôpitaux, maternités. Il leur est très difficile de mettre ce projet en route d'une façon satisfaisante, il n'y a pas d'accueil, pas de locaux, pas de confidentialité, ni de dispositif harmonisé avec les équipes soignantes, pour permettre ces permanences, sauf avec quelques bonnes volontés de temps en temps.

Le Rénip souhaite donc un dispositif plus officiel pour pouvoir œuvrer efficacement et durablement.

Pour le groupement des femmes, madame Conte Sona remplace donc madame Maïga .

Un aspect inquiétant actuellement : les jeunes ne se mobilisent pas assez, ne viennent pas beaucoup à la rencontre des associations.

Une partie de la rencontre se poursuit avec une patiente de Saga, venue trouver du réconfort à l'association.

Hospitalisée à Saga, elle est rejetée par sa famille qui l'a abandonnée. Son état physique s'aggrave, atteinte d'un kaposi envahissant, elle se déplace de plus en plus difficilement, et apparemment n'arrive pas à obtenir un traitement attendu depuis plusieurs semaines, ce qui l'inquiète aussi.

Nous nous proposons de la raccompagner à Saga, après réconfort, écoute, et quelques douceurs à manger ;

### Visite de Saga

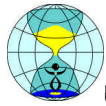
Beaucoup de personnes (une bonne centaine) attendent derrière la porte du centre tenu par 6 sœurs franciscaines. Elles offrent un repas pour 150 familles, c'est à dire nourrissent environ 300 personnes par jour.

Le centre de Saga à un dortoir d'une quinzaine d'hommes hospitalisés, de même pour les femmes ;ils sont souvent occupés par des patients atteints de Sida, en phase terminale pour certains .

il y a aussi une dizaine de lits mère-enfant pour les problèmes de dénutrition infantile.

Le centre est accueillant, extrêmement bien tenu et propre ;

Après une rencontre avec une des sœurs franciscaines, nous proposons d'animer une causerie avec les patients hospitalisés qui le souhaitent, lors d'une prochaine mission , proposition acceptée.



## Annexe 4.2

# Compte rendu de la visite au laboratoire du Centre National antituberculeux (CNAT )

Suite à l'atelier coinfection VIH-Tuberculose, le Dr Tchouso directeur du centre a émis le souhait de notre présence au CNAT pour un état des lieux

### 1- le laboratoire

? accueil au laboratoire par Abdoulaye Hamadi , biologiste en charge du laboratoire

laboratoire organisé en 5 parties :

- réception du prélèvement
- enregistrement
- réalisation de l'étalement
- coloration
- lecture

#### ① réception du prélèvement

elle se fait à travers une fenêtre à barreaux donnant sur une cour où la plupart des crachats sont collectés

- dans un souci de ne pas faire revenir le malade 3 jours de suite, le premier échantillon est prélevé sur le champ sous le contrôle d'un agent de santé
- un deuxième échantillon est recueilli le matin au réveil que le malade rapportera le plus tôt possible au centre

- le troisième échantillon est prélevé sous contrôle d'un agent de santé quand le malade rapporte le deuxième échantillon

⇒ le résultat des 3 crachats est donc rendu en à peine plus de 24 heures.

ceci dans un souci d'épargner au malade des aller-retours au centre, sachant que beaucoup de tuberculeux viennent consulter très tard , passant d'abord par la marabout ou le guérisseur et qu'ils se trouvent du fait très affaiblis et souvent sans ressource, leur condition physique ne leur permettant plus de travailler

#### ② enregistrement

- un numéro est attribué qui est transcrit sur la feuille de demande, sur le bouchon, sur le pot ainsi que sur une lame
- ce même numéro sera retranscrit le lendemain suivit de la lettre A pour le 2<sup>ème</sup> crachat et de la lettre B pour le 3<sup>ème</sup> crachat
- afin d'économiser les lames qui font souvent défaut les 2 étalements seront réalisés sur la même lame

? le cahier d'enregistrement comporte :

numéro labo / date / nom du malade / âge / sexe / adresse / nom de l'unité de traitement / nouveau cas ou suivi / résultat de l'examen /commentaire sur le traitement s'il s'agit d'un suivi

#### ③ réalisation de l'étalement : la hotte n'étant pas fonctionnelle il se fait donc au sein même du laboratoire

- utilisation d'une anse métallique passée dans la flamme entre chaque prélèvement : le risque d'aérosols est donc très élevé d'autant plus que le technicien est dépourvu de masque de protection

- fixation de la lame par passages successifs dans la flamme : nouveau risque d'aérosols

#### ④ coloration : coloration de Ziehl- Neelsen à chaud

- fuchsine 1% : 5 à 10 minutes avec chauffage préalable ( vapeurs toxiques )
- décoloration alcool acide : 5 minutes
- bleu de méthylène : 1 minute

#### lecture des lames

- depuis notre dernier passage le laboratoire a été doté de 3 microscopes OLYMPUS CX21 qui rend la lecture beaucoup plus fiable et confortable

- rendu des résultats selon les recommandations de l'OMS

- dans le cadre du contrôle de qualité, les lames doivent être gardées 1 an afin de pouvoir être contrôlées par le Laboratoire National de Référence

- l'ancien microscope à fluorescence a été remplacé par un modèle plus récent mais n'est pas utilisé, la coloration à l'auramine n'étant pas pratiquée au laboratoire

⇒ lors de notre passage sur 40 examens 12 étaient positifs à BAAR



## Annexe 4.2 (suite)

### 2 - le traitement

les régimes standardisés comportent toujours deux phases :

- une phase initiale intensive de 2 ou 3 mois
- une phase de continuation qui peut durer 4, 5, ou 6 mois

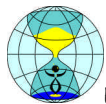
un contrôle des crachats se fait à M2 M5 et M7

- si le contrôle à M2 est positif la phase initiale intensive est prolongée à 3 mois

la phase intensive initiale doit être rigoureusement supervisée par un agent de santé ou par un membre de la famille qui aura été informé, cette deuxième solution étant la plus souvent pratiquée

le patient positif bénéficie d'un counselling et reçoit son traitement pour un jour, il doit revenir le jour suivant avec impérativement un membre de sa famille à qui on explique l'importance de l'observance du traitement

---



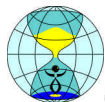
### **III. AGENDA DE LA MISSION**

**Partenariat ESTHER  
Rapport de Mission  
ENTRAIDE SANTE 92**

**Mission réalisée du 13 au 20 novembre 2007  
ENTRAIDE SANTE 92 et GERES**

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





## AGENDA de la MISSION

Entraide Santé 92 :

EDS : Elsa dos Santos infirmière, CHU Ambroise Paré, 92 Boulogne  
PP : Patricia Paillet, psychologue, CHU Raymond Poincaré, 92 Garches  
VF : Véronique Friocourt, biologie, CHU Ambroise Paré, 92 Boulogne  
ER : Elisabeth Rouveix, médecin, CHU Ambroise Paré, 92 Boulogne  
PDT : pierre de Truchis, médecin, CHU Raymond Poincaré, 92 Garches  
Geres :  
EB : Pr Elisabeth Bouvet, médecin, CHU Claude Bernard Bichat, 75 Paris  
IL : Isabelle Lolom, biohygieniste, CHU Claude Bernard Bichat, 75 Paris  
GP : gérard Pelissier, GERES, CHU Claude Bernard Bichat, 75 Paris

### Mardi 13 novembre 2007

16H00 : Arrivée à Niamey

18H00 : Rencontre des Dr Eric Adehossi , Boubacar Madougou et Tchouso Dusmane. Discussion sur le programme de la semaine

### Mercredi 14 novembre 2007

Matin : - HNN : audit des pratiques : services de Chirurgie (ER, GP), urgences (EB, IL, EDS) ,visite laboratoire HNN (VF)  
- CTA : (PDT, PP)

AM : - atelier soignant de chirurgie : généralités VIH (ER, EB, VF, EDS)  
- CTA : (PDT, PP)

### Jeudi 15 novembre 2007

Matin : - HNN audit des pratiques : urgences (IL, EDS) et bloc opératoire (ER, EB) et HNN : visite laboratoire HNN (VF)  
- Atelier restitution suivi des AES et observations des gestes ( IL, EB, ER, GP, EDS)  
- visite/compagnonnage au CTA (PDT, PP)  
- Rencontre CRF (PDT, PP)

AM : - staff médecins prescripteurs HNN (ER, IL, EB, VF, EDS)  
- Atelier 1 , Coinfection VIH-TB (ER, VF, PDT)  
- Atelier rédaction des procédures : EB, GP, IL, EDS

### Vendredi 16 novembre 2007

Matin : - 8h00 Rencontre gestionnaire de l'hôpital (ER)  
- staff au CTA (ER, PP, EDS, VF)  
- HNN : suivi des actions GERES (IL, GP, VF)

AM : - Atelier continuum de soins (PP et EDS)  
- Réunion de travail sur enquête de prévalence HBV (EB, ER, PDT, IL)  
- Rencontre Stéphanie tchiombano puis du Dr marianne puis de Hubert Balique

### Samedi 17 novembre 2007

travail de synthèse, compte rendus des ateliers et réajustements des projets  
Travail l'après midi avec Boubacar Madougou et Eric Adehossi

Soir : Diner avec Idé Moussa

### Dimanche 18 novembre 2007

Matin : Les girafes

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

Soir : départ des membres du GERES (EB, IL,GP)

### Lundi 19 novembre 2007

Matin : observation des pratiques à l'HNN (IDS)  
HNN : visite laboratoire HNN (VF) et HNN : Visite au pavillon madras (PDT)  
CTA (ER , PP,)

AM : Atelier 2 : Coinfection TB (ER, PDT, VF)  
Atelier continuum de soins CTA : PP, EDS  
Rencontre du doyen (ER)

### Mardi 20 novembre 2007

Matin : Réunion de synthèse avec la direction de l'HNN (ER, PDT, EA, BM Ilisasou Na-Maganga, Sabou Ibrahim)  
Visite CNAT

AM : ateliers de travail au CTA ET Réunion de synthèse au CTA

Soir : Départ vers Paris.

fin de la mission