

# *Projet ESTHER-NIGER*

## *Mission à Niamey : 24-30 novembre 2013*

### *Entraide Santé 92 et GERES*

---

#### Participants Entraide santé 92

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

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

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

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

#### Participants GERES

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

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

#### Participants GIP-ESTHER

Dionke Fofana, responsable Pays NIGER, ESTHER Paris

Gilles Raguin, directeur ESTHER Paris

Boubacar Madougou, médecin, correspondant ESTHER Niamey

Boureima Amadou, infirmier, correspondant ESTHER Niamey

## Résumé de la mission

- **Sites d'intervention** : Centre de traitement ambulatoire (CTA), Hôpital National de Niamey (HNN), maternité Issaka Gazoby (MIG)
  - **Objectifs de la mission**

D'emblée se pose le problème de l'absence effective de réalisation de charges virales à Niamey et ce depuis de longs mois. Cette donnée a été regrettée par l'ensemble des partenaires et acteurs, et discutée à chaque étape de notre mission. Partout cela est considéré comme une entrave majeure à la prise en charge de qualité des PVVIH.
1. **Compagnonnage au CTA (PDT,EC)**: l'activité est toujours importante mais le CTA est en grande difficulté. L'appareil à CD4 est en panne (à noter que ce matériel fut le premier installé au Niger et qu'il a maintenant 10 ans), et la biochimie est en panne. Les subventions accordées par l'état pour le centre sont clairement insuffisantes. Les locaux sont exigus eu égard au nombre d'intervenants médicaux et paramédicaux et au nombre de patients pris en charge. On note également un relâchement dans la tenue globale du centre (rangements des dossiers, salle de réunion envahie de cartons de dossiers, hygiène globale). De plus, récemment un incendie électrique a endommagé des appareils électriques (tel le lave-linge) et certains locaux. Une demande a été faite pour l'intervention d'un électricien. Si dans un mois cette réparation n'est pas effective on propose d'envisager l'aide de « électriciens sans frontière ». Un plaidoyer pour remettre à niveau le CTA a été fait par ESTHER au cours du Comité de liaison.
  2. **Comité des antiviraux : mises au point et présentation/discussion de dossiers à l'HNN(PDT,ER,EC)**.

Une mise au point a été faite sur les différents moyens de prévention la transmission du VIH en 2013, afin de replacer dans ce contexte les nouvelles recommandations OMS de juin 2013. Il est à noter que le conseil scientifique ne s'est toujours pas réuni pour envisager la transposition nigérienne des recommandations OMS.

Des cas cliniques ont été présentés : l'absence de charge virale et l'absence de TT de 3<sup>ème</sup> ligne rends difficile voire impossible de proposer des traitements à certains patients en échec thérapeutiques.
  3. **Rencontre MVS (ER,PDT,HB,EC)** : rencontre du directeur et du médecin. Cette structure associative œuvre dans plusieurs domaines de prévention, dépistage (7500 test/an : prévalence de 7%) et prise en charge des PVVIH. 1 seul médecin actuellement pour une file active de 600 patients sous ARV, 1 médecin bénévole est en cours de formation. Le centre est doté d'une pharmacie et d'un laboratoire qui vient d'être doté d'un appareil à CD4 par le ministère de la santé. Les CPS sont très présents et actifs. Il est proposé un soutien médical : participation du médecin de MVS aux staffs téléphoniques réalisés par ESTHER. MVS commence également à travailler avec les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes et les Usagers de drogue.

4. *Suivi du projet de prévention de l'échec thérapeutique (PDT,ER).*

En raison de l'absence de réalisation des CV à Niamey, le projet d'évaluation de l'utilisation des DBS pour CV, génotype et dosages des ARV a été réalisé et présenté à la CROI. Bien évidemment, les médecins (et les patients) ont besoin de poursuivre cette expérience puisque il n'y a pas de solution locale. Il été décidé d'utiliser le reliquat de environ 4000 euros de la convention ESg2/ESTHER pour financer cette opération (réalisée par le laboratoire de St LOUIS). Une cinquantaine de prélèvements ont été rapportés en France lors de cette mission.

5. *Suivi de la cohorte Mère enfant de la maternité Gazoby(ER,HB, IL,EC,PDT).*

La directrice de la MIG nous assure le meilleur accueil. L'équipe PTME (prévention de la transmission mère enfant), gynécologues, pédiatres, sages-femmes et CPS sont extrêmement mobilisés et fiers de cette expérience. Ils sont même un peu victimes de leur succès. Grace au travail des CPS, le nombre de test de dépistages réalisés augmente et 13 femmes VIH+ ont été découvertes après un avortement. L'objectif de 200 couples mères enfant VIH est à présent atteint : 222 femmes incluses, 146 ont accouché.

Les problèmes actuels sont :

- L'absence d'accès à la charge virale, pour la mère comme pour l'enfant...il est convenu de proposer le circuit « buvard-hôpital st louis » pour la détermination de la CV des enfants nés de mère VIH+ .
- base de recueil : seuls les Jo de 220 femmes, l'accouchement de 50 et le suivi de 10 enfants sont enregistrés dans la base. Lors de notre mission nous avons choisi de façon aléatoire 38 dossiers afin de vérifier la validité des données. La donnée manquante principale est le consentement signé (27). Une rectification a été faite sur les questions concernant le statut du conjoint (formulation inadaptée). Quelques erreurs minimales ont été recensées. Surtout, le cahier de recueil du suivi et de la femme et de l'accouchement n'est pas rempli rendant difficile la collecte des données à rentrer dans la base. Il a été rappelé l'importance de l'information/consentement et la qualité du recueil de données. En revanche, le suivi des enfants est bien renseigné dans le cahier de suivi (les enfants sont même suivis tous les mois). Il est donc convenu qu'une personne soit recrutée pour assurer le bon renseignement des cahiers de suivi avant même la saisie dans la base.
- Le taux de TME semble extrêmement bas, conforme aux objectifs théoriques (1 enfant VIH+).
- D'ores et déjà il faut envisager la façon de pérenniser les moyens permettant la mise en œuvre en routine de la PTME.

6. *Suivi de l'implantation du matériel de sécurité de prélèvement sanguin à l'HNN(IL, EB).*

Le matériel arrivé en juin 2013 a été progressivement distribué et utilisé dans les services concernés. Une enquête de satisfaction (questionnaire en annexe) a été réalisée auprès d'environ 100 soignants pour connaître leur niveau de satisfaction de ce programme de prévention des risques infections chez le personnel soignant. L'implantation de ces dispositifs doit être étendue à d'autres secteurs de l'hôpital en 2014. La pérennité de cette action doit être discutée avec la recherche de fonds pour continuer à acheter ces dispositifs (PASP, HNN ...). Détails des actions et des résultats en annexe.

**7. Suivi du projet de prévention du risque de transmission de tuberculose en milieu de soins (EB,ER,IL,PDT)**

- Etude Quantiféron® chez les personnel de l'HNN : tirage au sort des différentes personnes /strates faits, courriers envoyés. 126 personnes incluses ; 70 sujets avec consentement écrit (en attente de prélèvement). Strate A (la plus à risque de TB) : 23/33 prélevées et 7 refus, strate B : 57/100 prélevées et 4 refus, strate C : 38/100 et 8/100 dans la strate D. Pour l'instant les résultats préliminaires semblent montrer une positivité du Quantiféron® dans moins de 50% sans différence selon les strates ... La participation des personnels est un peu plus difficile que pour la vaccination HBV car l'intérêt individuel est moins évident.
- Le prélèvement de sang des sujets inclus se fait au laboratoire ; de manière à simplifier le circuit : il est prévu de déplacer l'activité de prélèvement en HDJ où les personnes tirés au sort sont vus en consultation au moment de l'inclusion
- La saisie des données se fait à l'HNN par H. Diaouga sur une base EPIDATA : pas de problème particulier, base à jour, validation des données saisies faites avec récupération des quelques données manquantes
- Pas de problème au niveau du laboratoire sur la technique du Quantiféron® ; les données brutes ont été récupérées pour validation des taux mesurés d'interféron-gamma
- Parcours des patients BK+ dans l'hôpital. Un complément d'étude est en cours avec pour objectif 100 patients. Actuellement 33 patients sont inclus identifiés par leur passage dans le pavillon de phtysiologie.
- Le projet GeneXpert® n'a pour l'instant pas trouvé de soutien financier pour l'achat de l'appareil. Des réactifs sont budgétés sur le projet APPS.

**8. Formation continue et évaluation des conseillers psychosociaux(EC,HB).**

- Les équipes du Nord ont Participé à la co-animation de groupes de parole sur site.
- Des réunions plénières de tous les CPS ont permis de travailler en groupe certains thèmes (en particulier par des jeux de rôle) : comment « apprivoiser » le patient ? comment établir la relation de confiance pour prévenir les perdus de vue ? rappels sur relation d'aide et écoute.

**9. Projet AFD/ESTHER « délégation des taches et décentralisation.**

Il est convenu que ES 92 et le GERES participeront avec les collègues du Sud aux formations des binômes formateurs : fin mars 2013 puis juin-juillet 2013.

#### 10. 2<sup>ème</sup> Comité de liaison ESTHER NIGER.

Il s'est tenu les 29 novembre 2013 au grand hôtel du Niger en présence du ministre de la santé, du représentant de l'ULSS et du CICLS (à noter que le responsable le Dr Moussa Ide a été muté).

Les acquis du partenariat ont été rappelés (nombre de personnels formés, nombre de patients suivis et traités avec le soutien du projet ESTHER, PTME à la MIG, hygiène/prévention du risque personnel santé à l'HNN, prévention de l'échec par DBS au CTA et HNN) et les difficultés actuelles listées : vétusté du parc des appareils CD4, manque de contrat de maintenance, prise en charge encore trop tardive justifiant la mise en œuvre des recommandations OMS, absence de charge virale à Niamey.

Des perspectives pour la suite du partenariat ont été élaborées :

##### 1-Amélioration de la prise en charge des patients VIH+ :

- Outils d'évaluation des patients s/s ARV accessibles par les centres
  - ✓ Dossier informatisé avec analyse décentralisée
- Laboratoires à remettre à niveau (CTA++)
- Améliorer le diagnostic précoce des échecs sous ARV:
  - ✓ Accès aux résultats de Charge Virale (HNN, CTA, MVS) indispensable+++,
  - ✓ CV accessible dans tous les centres : CV HNN / CV « PointofCare » dans chaque centre ??
- Staffs HNN et staffs en ligne
- Mise à disposition de tests de résistance génotypique
- Formation des équipes sur le suivi des patients en 1<sup>er</sup> ligne; évaluation ETP
- Proposer des combinaisons innovantes pour les patients en échec de 3<sup>ème</sup> ligne
  - ✓ Protocole d'évaluation des 3<sup>èmes</sup> lignes ARV
  - ✓ Nouvelles molécules, essais thérapeutiques
- Mieux diagnostiquer et traiter les IO
- Accompagner la poursuite de la prise en charge des couples mère-enfant PTME :
  - ✓ Évaluation continue des inclusions PTME (MIG)
- Accompagner la décentralisation : soutien à la formation/délégation des tâches

##### 2-Assurer la protection du personnel soignant et améliorer la qualité des soins

- Extension de la mise à disposition du matériel sécurisé de prélèvements
  - ✓ Tous services HNN CTA MVS MIG, extension à d'autres structures?
  - ✓ Généraliser les prélèvements sous vide
  - ✓ Sécurisation du prélèvement capillaire (lancettes rétractables)
- Mettre à disposition les solutés hydroalcooliques (SHA) :
  - ✓ Production locale, distribution dans les sites partenaires (+ autres..?)
- Dépistage décentralisé par TROD:
  - ✓ femmes en salle de travail/dépistages en Centres de santé périphériques
- Réduire le risque de transmission de la TB dans les structures de santé
  - ✓ Circuit sécurisé et dépistage précoce du patient TB
  - ✓ Mise en place de masques de protection, formation des personnels
  - ✓ Permettre un diagnostic et un TT précoce de TB : GeneXpert® TB, Dépistage du personnel soignant (IGRA)
- Évaluation de la multi résistance aux ATB au Niger :



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



- ✓ Dépistage du portage digestif des BMR (hospitalisés ?, patients VIH ?, patients sous cotrimoxazole ?)

## 11. Travaux de recherche

Des abstracts pour soumission au congrès de l'AFRAVIH prévu en avril 2014 à Montpellier en France ont été élaborés avec les partenaires :

- Activité et place des CPS au sein du dispositif de soins
- Résultats préliminaires de la cohorte PTME de la MIG
- Prévention de la TB en milieu de soins
- Introduction du matériel de sécurité du prélèvement veineux à l'HNN



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



# AGENDA

*Mission à Niamey : 24-30 novembre 2013*

---

## AGENDA DE LA MISSION

Novembre 2013		EC	IL	HB	ER	EB	PdT
Dimanche 24	soir	Réunion de travail préparation de la semaine					
Lundi 25	matin	CTA	MIG	MIG	MIG		CTA
	am	CTA/MIG	MIG	MIG	MIG		CTA/MIG
Mardi 26	matin	HNN	HNN	MIG	MIG/MVS	HNN	HNN/MVS
	am	HNN	HNN	MIG	HNN (AES)	HNN (AES)	HNN
Mercredi 27	matin	MIG	HNN	MIG	HNN (staff)		
	am	Projet AFD					
Jeudi 28	matin	MVS	HNN (tb)	MVS	HNN (tb)	HNN (tb)	HNN (HDJ)
	am	Enquête personnel soignant et Préparation comité de liaison					
Vendredi 29	matin	Comité de liaison					
	am						

### Participants Entraide santé 92

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

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

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

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

### Participants GERES

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

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





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



GROUPE D'ÉTUDE SUR LE RISQUE  
D'EXPOSITION DES SOIGNANTS  
aux agents Infectieux

# *ANNEXES : DETAIL DES ACTIVITES*

## *Mission à Niamey : 24-30 novembre 2013*

---

## Objectif N°1 : Compagnonnage au CTA

Pierre de Truchis et Emmanuelle Capron

### 1. Personnel en poste au CTA :

-Situation satisfaisante du personnel médical : 4 à 5 médecins en poste, dont le Dr Yacouba Nouhou, finalement officiellement nommé au CTA, dont il a l'expérience. Deux étudiants de 7<sup>o</sup> année en stage, avec évaluation des patients en HDJ, et supervision par les médecins PT. Problème d'exiguïté des locaux empêchant une activité médicale optimale.

-Paramédicaux : plusieurs changements des infirmiers, ayant désorganisé le fonctionnement quotidien de l'HDJ et de la salle de prélèvements. Matériel de prélèvement vacutainer sécurisé toujours en place ; manque de tubulures et solutés perfusion. Absence de technicien informatique pour rentrée des données patients (Fuchia).

*Recommandations : promouvoir un management des ressources humaines du CTA par le MSP ; revoir le recrutement d'un technicien épidémiologiste, avec matériel informatique adéquat ; organiser la supervision médicale sénior des patients en HDJ*

### 2. Activité/file active

Nombre toujours en hausse de nouveaux patients (10 à 20 nouveaux dossiers par semaine) ; importante file active de patients traités : 1625 patients sous ARV (+120 perdus de vue encore dans la file active). La répartition des traitements ARV est la suivante :

-1<sup>o</sup> ligne : 1525 patients : AZT+3TC+NVP : 1092, AZT+3TC+EFV : 109, TDF+3TC+EFV : 268, ABC+3TC+EFV : 41, ABC+3TC+AZT/TDF : 7, AZT+3TC+LPVr : 41

-2<sup>o</sup> ligne : 111 patients (=7% des patients traités) : ABC+ddl+LPVr : 58, TDF+3TC/FTC+LPVr : 40, autres : 13, dont ATVr : 4 ; encre de nombreux patients auxquels proposer un passage en 2<sup>o</sup> ligne.

-ligne ultérieure : 8 patients, dont DRVr (1), raltégravir (2) ; plusieurs de ces patients, à ajouter aux patients en échec de 2<sup>o</sup> ligne, actuellement en traitement suboptimal faute de traitement complet de 3<sup>o</sup> ligne disponible.

*Recommandations : favoriser les échanges sur dossiers cliniques : staffs, staffs en ligne, etc.. ; poursuivre les formations sur évaluation de l'échec, afin de permettre un traitement efficace plus précoce ; provoquer rapidement la réunion du comité technique national pour obtenir les commandes de traitement de 3<sup>o</sup> ligne ; avancer sur une solution de mesure effective des charges virales à Niamey afin de permettre le diagnostic des patients en échec.*

### 3. Situation matérielle et administrative

-Gestion et management du CTA laissant à désirer, le ministère de la santé n'exerçant pas sa responsabilité de direction technique et administrative, et laissant les agents du CTA se débrouiller sans moyens matériels ; défaut de gestion du personnel du CTA qui apparait laissé à l'abandon.

-Locaux : état de délabrement avancé des locaux du CTA, du fait de l'encombrement et du manque de bureaux disponibles, et surtout en raison de l'incendie électrique dans le local des machines à laver, avec détérioration des couloirs, pièces attenantes et suppression de l'alimentation électrique fonctionnelle dans la moitié du CTA. Absence de local disponible pour l'archivage des dossiers, ce qui rend inutilisable la salle de réunion commune. Totalité de la peinture des locaux à reprogrammer de façon rapide.

-Revoir achat de machine à laver pour assurer le lavage des draps de l'HDJ (non lavés actuellement !), ou reprendre un programme de laverie externalisée, à financer

-manque de petit matériel médical, pourtant indispensable (tensiomètres, thermomètres, lampes, balances, etc..)

*Recommandations : plaider urgent et insistant auprès de l'ULSS et de la CISLS pour reprendre une gouvernance efficace du CTA ; insister pour obtenir du MSP l'établissement du devis concernant les réparations électriques urgentes et les moyens de réparation ; en l'absence de succès, voir les possibilités d'intervention d'Electriciens Sans Frontières ; reprendre l'évaluation du projet de construction d'un local attenant dédié aux archives, ce qui permettrait de libérer les boxes de consultation et la salle de réunion.*

#### 4. Laboratoire :

Dysfonctionnement grave du laboratoire pour des raisons de manque de moyens de maintenance des automates de laboratoire, d'irrégularité dans l'approvisionnement des réactifs, et de perte de la mission d'expertise auparavant assurée au CTA :

- Facscout CD4 en panne (laser), non réparable sur place, l'appareil datant de 10 ans ; CD4 adressés à l'HNN, à MVS, ou à Lamordé selon les semaines ;
- Automate d'hématologie en panne, envoi nécessaire des prélèvements à l'extérieur.
- Manque de réactifs pour l'automate de biochimie, dont les capacités en termes de nombre d'analyses quotidiennes sont dépassées
- absence de réactifs Giemsa pour recherche de plasmodium, rupture d'approvisionnement des antigènes plasmodium (programme paludisme)
- pas de demandes récentes d'antigènes Cryptocoque, examen selles pour recherche microsporidies/cryptosporidies non effectuées.

*Recommandations : plaider auprès de l'ULSS pour renouvellement des automates, notamment CD4, obtenir un Pima Point of Care à titre de dépannage ; demande de fourniture de réactifs paludisme auprès du programme Paludisme ; reprise d'un programme de soutien au diagnostic des infections opportunistes ;*

#### 5. Pharmacie

- Fonctionnement toujours efficace de la pharmacie, avec évaluation à jour des patients traités ; participation efficace de la pharmacie à l'éducation thérapeutique et à l'évaluation des patients perdus de vue ;
- Approvisionnement en ARV assuré sans rupture depuis +2 ans, avec stocks évalués en temps réel ; manque de molécules de 3<sup>e</sup> ligne, y compris pour les rares patients déjà sous traitement (rDRV)
- Manque de certains médicaments nécessaires pour le traitement des IOs : antibiotiques, fluconazole, antiviraux, solutés, antihistaminiques, antidiarrhéiques , etc...et de matériel de prélèvement (tubes biochimie,...)

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

## Objectif N°8 : Compagnonnage / renforcement des capacités auprès des Conseillers Psychosociaux (CPS)

Emmanuelle Capron et Huguette Berthe

Cette mission a été organisée d'une part sous forme de rencontres avec les conseillers psychosociaux sur leur lieu de travail et d'autre part sous forme d'ateliers afin de renforcer leurs capacités en matière d'approche et de communication.

Les rencontres sur site ont eu lieu au sein du :

- Centre de Traitement Ambulatoire (CTA),
- Service de pédiatrie A de l'hôpital national de Niamey (HNN)
- Hôpital de jour de l'HNN
- Maternité Isaac Gazoby (MIG)
- Association et centre de prise en charge « Mieux Vivre avec le Sida »

Sur chacun des sites visités les activités des CPS sont bien organisées et la qualité de leurs interventions se sont considérablement améliorées. Ils constituent dorénavant des équipes fixes, conformément à leur demande alors que l'an dernier une rotation entre les sites leur était imposée. L'atteinte de leurs objectifs est d'ordre plus qualitatif que quantitatif. Les comptes à rendre au chargé de projet et vis-à-vis d'ESTHER sur le nombre de perdus de vue-retrouvés chaque mois et le nombre de patients ayant assisté à un groupe de paroles a été remis en cause. Le choix des participants réunis dans les groupes est plus harmonieux.

Nous avons pu assister à des groupes de paroles (choix du sujet improvisé par les patients) ou séances collectives d'éducation thérapeutique (thème de la discussion proposé aux participants ciblés) sur chacun des sites sauf à l'HDJ et en médecine B (HNN) pour des raisons d'emploi du temps. Dans chacun de ces groupes les conseillers psychosociaux adaptent le choix de la langue (Djerma, Haoussa, Français) en fonction des participants.

Tous les groupes auxquels nous avons participé ont choisi le thème de l'observance du traitement. Plusieurs CPS assistent au groupe de parole mais l'un d'entre eux est désigné comme animateur. Il invite les participants à se présenter et pose quelques questions sur le vécu du traitement. Dans tous les groupes, tous les patients ont pu s'exprimer même si cela ne semblait pas gagné d'avance : au CTA, un homme, seul au milieu d'un groupe de femmes, venant d'apprendre sa séropositivité est resté muet, tête baissée tout au long de la séance et a finalement posé sa question sur l'histoire naturelle de l'infection, à laquelle le CPS a répondu de façon parfaitement adaptée alors que nous n'étions pas sur ce sujet.

L'attitude de l'animateur induit la plupart du temps une dynamique interactive : les patients posent des questions et d'autres y répondent grâce à leur témoignage. A MVS où la mise en place de groupe de parole est ancienne et largement expérimentée, la CPS n'est intervenue que pour faire la synthèse de ce qui avait été dit par les participants ou pour donner des informations complémentaires : alors que 2 femmes présentaient des témoignages contradictoires sur le respect de la confidentialité et du refus de soins par les soignants elle a rappelé les droits du patient et la législation. Dans tous les groupes l'animateur veille à ce que la totalité du sujet ait été renseignée (à

propos du traitement sont évoquées les modalités de prise, l'observance, la gestion des oublis, la conduite à tenir suite à des vomissements après la prise du traitement, le suivi, le contexte du voyage, les effets secondaires, la possibilité de recours au médecin en cas de problème, la prise en dehors du domicile, la gestion des stocks etc...)

Dans chaque structure un soignant formé à l'éducation thérapeutique renforce la prise en charge en ETP du patient.

Chaque équipe de CPS dispose d'un local adapté (sauf la pédiatrie A et le CTA). La maternité où l'an dernier les groupes de parole se faisaient sous le manguier, en dehors de la saison des pluies ont actuellement un joli local de 20 m<sup>2</sup> construit devant l'entrée du lieu de prise en charge de la Prévention de la Transmission Maternofoetale (PTME) ce qui leur permet de remplir parfaitement leur rôle d'accueil et d'orientation des femmes enceintes séropositives car toutes passent par ce box en arrivant à la maternité. Lorsqu'un médecin a besoin d'informations complémentaires non renseignées dans le dossier médical, il s'adresse aux CPS qui la plupart du temps savent ce qu'est devenue la patiente. Ainsi les quelques pertes de vue que compte la maternité sont des cas réels de rupture de suivi. Seul bémol : leur local construit à base de tôles en fer sera impraticable dès le mois de mars en raison de la chaleur et le climatiseur n'est pas encore arrivé...

En plus de leurs activités citées, les CPS sont tenus de rendre un rapport d'activité mensuel et de renseigner des fiches patients suite à une visite à domicile (VAD) ou à la recherche d'un perdu de vue. Dans le cas de ces deux activités, le consentement du patient est sollicité.

Les principales difficultés se ressentent au niveau de la pédiatrie A et du CTA :

- Au CTA, grosses difficultés matérielles et financières au niveau de l'ensemble du centre, locaux inadaptés et délabrés (incendie électrique récent) pour prendre en charge la plus grosse file active de Niamey. Pas de local spécifique pour les éducateurs. Salle de réunion mise à disposition des groupes de paroles mais les dossiers patients y étant archivés des allers et venues perpétuels perturbent la communication. Heureusement les 3 éducateurs restent très motivés et efficaces dans leurs activités. Le personnel soignant confirme que sans eux, ils ne s'en sortiraient pas. L'un d'entre eux ressent l'envie de changer de site...
- En pédiatrie A (HNN) l'équipe des CPS a vécu une période difficile suite au décès de l'un d'entre eux. Un seul mène les activités et manque d'expérience et de local pour les groupes de paroles où sont réunis mères et enfants infectés par le VIH de 1 mois à 11 ans : comment répondre aux questions des mamans devant l'enfant de 11 ans qui ne connaît pas le nom de sa maladie ? Le psychologue, très investi, formé à l'éducation thérapeutique et qui semble coordonner la prise en charge du VIH en pédiatrie essaie de combler les manques et de parer au plus urgent. Il propose notamment de mettre à disposition la salle de stimulation (= salle d'éveil) qu'il a mis en place pour les groupes de parole et d'occuper les grands enfants pendant que leurs mamans sont avec le CPS. D'autre part il reçoit les enfants individuellement pour l'éducation thérapeutique au fur et à mesure de leurs besoins. Le médecin chef est partie prenante à l'éducation thérapeutique et prend le relais lorsque le psychologue est absent.

La plupart des CPS sont heureux dans leurs fonctions, intégrés et reconnus dans les équipes soignantes. Nous avons tenté d'évoquer la question du burn-out des CPS : aucun d'entre eux n'est réceptif à ce sujet ...

Les deux séances d'ateliers ont porté sur la conduite de l'entretien à partir de leurs pratiques :

Qui adresse le patient ?

Pour quelles raisons vous est-il adressé ?

Comment vous présentez-vous en tant que CPS ?

Quel est le but de cet entretien vis-à-vis du patient ?

L'objectif étant de mettre en avant la nécessité d'appivoiser le patient, d'établir avec lui une relation de confiance qui l'aidera à revenir la fois suivante : prévenir les perdus de vue. Ensuite quelques notions sont rappelées sur la relation d'aide et l'écoute active : congruence, empathie, non jugement ainsi que sur l'entretien motivationnel (encouragement, estime de soi).

Ces réflexions sont mises en pratique au travers d'un jeu de rôle.

Enfin un temps est consacré à l'actualisation des connaissances sur l'infection à VIH/SIDA au travers de questions posées.

Un film sur l'entretien devait être projeté mais n'a pu l'être pour des raisons techniques (absence de son).

Une demande d'aide à la réalisation d'un abstract sur l'activité des CPS pour le congrès de l'AFRAVIH à Montpellier nous a été demandée par une participante (MVS). Nous comptons y répondre pour le soumettre avant le 15 décembre 2013.

Nous remercions les conseillers psychosociaux pour leur accueil, leur confiance et pour la traduction simultanée des groupes de paroles en langue française.

Nous remercions la coordination ESTHER pour la planification de ces rencontres sur sites et en salle de réunion dans l'intervalle de cette mission.

Nous remercions tous patients et soignants rencontrés dans les différents sites d'avoir partagé avec nous ces moments d'échanges.

## Objectif n° 6 : Compagnonnage / actions GERES : volet « sécurisation du prélèvement intra-veineux (IV) »

Isabelle Lolom, Emmanuelle Capron, Elisabeth Bouvet

### Rappel du contexte :

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

1/ des problèmes de type logistique (acheminement par exemple) :

- les sites de production sont situés aux USA, et ces dispositifs transitent en Europe par une plate forme de distribution qui se trouve en Belgique
- l'acheminement se fait actuellement par voie terrestre puis maritime, et de nouveau par transport routier jusqu'à Niamey (coût de transport pour 70 000 unités de prélèvement : environ 2600 euros soit 17.5% du budget d'équipement)
- le retrait du matériel à la douane de Niamey, et le transport à l'hôpital qui nécessite entre autre des frais supplémentaires

2/ des problèmes liés au contexte géo politique qui n'ont pas permis le déplacement des partenaires du Nord d'octobre 2010 à février 2012 pour accompagner localement les équipes.

9 mois ont été nécessaires pour que le matériel soit finalement disponible à l'hôpital : finalisation de la commande auprès du fournisseur (06/2012), arrivée du matériel à la douane de Niamey (09/2012), et livraison finale à l'HNN (03/2013). Ces éléments doivent être prise en compte de manière à sécuriser le circuit d'approvisionnement du matériel, et des alternatives doivent être envisagées/étudiées afin de pallier à d'éventuelles ruptures (volume du stock par exemple).

Au niveau de l'HNN, l'implantation de ces dispositifs est sous la responsabilité d'un Comité de Pilotage issu du groupe AES. 2 personnes ont été identifiées par la coordination locale pour la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- le Dr Daouda Alhousseini (pharmacien) : en charge de la gestion du stock, du circuit de livraison/distribution des matériels dans les services. De manière à tracer le type de matériel et les quantités délivrées, et de préciser la fréquence des gestes IV dans les secteurs concernés, un outil de gestion a été développé. Les sorties de matériel se font sur présentation d'un bon de demande signé par le major.
- M. Hama Diaouga (major général, Service Assurance qualité) en charge des aspects liés à la formation du personnel, et du suivi de l'implantation.

Rappelons que des sessions de formations du personnel à la manipulation de ces dispositifs ont été réalisées avant implantation par un pool de formateurs locaux (environ 20 personnes identifiées : 2/unités de soins, personnels stables du service), eux même formés en juillet 2012 à l'occasion d'une mission Nord-Sud. Des supports de communication ont été élaborée et remis aux équipes locales : diaporama de formation, film, fiches techniques, et bras d'entraînement.

Ces référents « IV » sont également en charge de s'assurer de la bonne utilisation des dispositifs une fois introduit, et de faire remonter les difficultés auprès du Comité de Pilotage.

### Etat d'avancement (novembre 2013) :

- ♦ 8 services sont équipés en systèmes de prélèvement sécurisés : laboratoires (Biologie, Biochimie), service d'aiguillage adulte, pédiatrie A, 3 services de médecine adulte (A, B3, B1), et l'Hôpital de jour de Maladies Infectieuses.
- ♦ Près de 130 personnels soignants (infirmiers / laborantins) des unités concernées ont été formés : formation initiale (novembre 2012 : 95 personnes), nouveaux arrivants et personnels récemment affectés (6 au 8 novembre 2013 : 36 personnes).
- ♦ Les affiches et fiches technique
- ♦ Une visite de chaque service a pu être réalisé dans le cadre de la mission. Les points suivants ont été relevés :
  - Tout d'abord, un accueil très favorable de la part des professionnels vis-à-vis de ces dispositifs. Tous souhaitent continuer à les utiliser, mais certains se posent la question de la pérennité de l'action.
  - La principale difficulté rencontrée est celle de la mobilité des agents, qui sont affectés de manière aléatoire et parfois du jour au lendemain dans les unités, et cela sans information du Comité de Pilotage. Des séances de formation sont mise en place mais reste difficile d'un point de vue organisationnel
  - L'utilisation des matériels de sécurité par tous les soignants se fait de manière progressive ; ils restent encore des seringues à disposition pour les personnes non formées. A terme, il est prévu une dotation exclusive en dispositifs de sécurité
  - Le passage d'une technique de prélèvement IV direct à une technique sous vide ne pose pas de difficultés particulières, et semble d'apprentissage facile.
  - Le prélèvement chez les enfants avec capital veineux très limité (patient dénutri par exemple) est toujours présent. Le prélèvement sanguin par microméthode pédiatrique avec utilisation de lancettes rétractables pourrait être une solution mais cela suppose d'avoir à disposition des automates adaptés à la micro analyse. Cette piste reste néanmoins à explorer.
  - Pas de retour particulier des patients à l'occasion des prélèvements
  - A 2 mois de l'implantation, aucun dysfonctionnements / accidents n'ont été signalés depuis l'introduction dans les unités de soins
  - Pas de répercussion majeure sur la filière d'élimination des déchets, et en particulier pas d'augmentation du volume, dans la mesure où pour l'instant les corps de pompe sont récupérés « en cas de rupture d'approvisionnement ! », et stockés au niveau du service d'hygiène (procédure de désinfection / nettoyage à mettre en œuvre). Bien qu'à ce jour la dotation en corps de pompe est suffisante pour une utilisation de type à usage unique, seules les aiguilles/épicrâniennes sont éliminées dans un conteneur/fût prévu à cet effet. A noter que les conteneurs cartonnés de type Safety-Box® ne sont pas forcément bien adaptée pour l'élimination des épicrâniennes (orifice d'introduction étroit) mais cela ne semble pas pour l'instant poser de difficultés aux soignants.
- ♦ Environ 6500 dispositifs de prélèvements ont été délivrés après 2 mois d'utilisation. Certains lots de matériels (Push Button®) vont arriver à péremption en mars /avril 2014. Il est donc proposé :
  - D'équiper le CTA avec ce dispositif : activité importante de prélèvement, et personnels infirmiers formés à la manipulation



- De mettre à disposition ces dispositifs dans les secteurs de laboratoires où des prélèvements chez les enfants sont possibles
- D'évaluer les besoins pour une nouvelle commande auprès du fournisseur (1<sup>er</sup> semestre 2014)

♦ L'introduction des dispositifs de sécurité à d'autres services de l'hôpital est validée à l'occasion du Comité AES qui s'est tenu pendant la mission. Un plan d'action doit être discuté localement mais il est logique de commencer en priorité par les autres secteurs de médecine.

♦ En parallèle de cette action, une réflexion concernant la surveillance des patients diabétiques (contrôle de la glycémie) est à mener. Elle se fait aujourd'hui sur prélèvement sanguin (3 fois/jour/patient) mais une technique de prélèvement moins à risque pourrait être envisagée. L'achat de matériel (lancette rétractable de sécurité) pour prélèvement capillaire permettrait :

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

Une étude de faisabilité et une analyse économique est à conduire en 2014 pour estimer la fréquence du geste (nombre de demande d'examen de la glycémie sur 1 an), identifier les fournisseurs en essayant de privilégier les circuits locaux.

♦ Autres actions autour des AES :

- Les affiches « conduite à tenir en cas d'AES », « liste des médecins référents », tri des déchets ont été ré-actualisées, imprimées en format poster et plastifiées. Elles seront mise en place d'ici la fin de l'année dans l'ensemble des services
- Il est acté que les fiches techniques concernant le prélèvement sanguin avec rappel des bonnes pratiques de manipulation des différents dispositifs de sécurité seront également plastifiées et affichées
- 2 personnes (1 binôme médecin / paramédical) seront en charge de la coordination du Comité AES de l'HNN : le Dr Moussa Saada et M. Hama Diaouga
- Base de surveillance AES :
  - les outils de surveillance ont été adaptés au contexte local (questionnaire, et surtout la révision du thésaurus de codage),
  - la base de saisie est pratiquement finalisée sur EPIDATA : tous les questionnaires depuis 2006 seront saisis sur cette nouvelle base qui devrait être opérationnel au 1<sup>er</sup> trimestre 2014. Un data manager (H. Diaouga) a été formé à Paris pour assurer le suivi de cette base. Une deuxième formation sur les programmes d'analyses doit être envisagée afin de rendre les équipes totalement autonomes dans la gestion de cette surveillance

**PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX CHEZ LE PERSONNEL A L'HNN  
Hôpital National de Niamey – Novembre 2013 (QUESTIONNAIRE)**

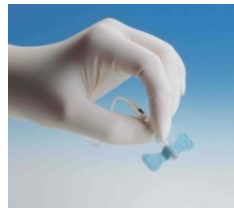
L'hôpital National s'est engagé depuis 2006 dans un programme de réduction du risque infectieux chez les professionnels de santé (AES par exemple). Ce questionnaire nous permettra de faire le point sur vos connaissances par rapport aux différentes actions mises en œuvre. Il est anonyme et sera analysé de façon globale. **Merci pour votre participation.**

**Pour rappel, un AES (accident exposant au sang) est défini par tout contact avec du sang et/ou liquides biologiques après effraction de la barrière cutanée (piqûre, coupure, contact peau lésée, projection oculaire ...).**

- Vous avez entre :**       20 et 30 ans                       30 et 40 ans       40 et 50 ans       plus de 50 ans
- Vous êtes :**     un homme                       une femme
- Quelle est votre fonction dans l'hôpital :**
  - Infirmier(e)               Major                       Agent de service, fille de salle
  - Médecin                       Biologiste                       Pharmacien
  - Laborantin               Etudiant                       Autre(s), préciser : \_\_\_\_\_
- 4. Si vous êtes un « étudiant », préciser :**
  - Soins infirmiers       Médecine                       Laboratoire       autre : \_\_\_\_\_
- 5. Depuis quand travaillez-vous à l'hôpital National (ne pas répondre pour les étudiants) ? :**
  - < 1 an                       entre 1 et 5 ans                       entre 5 et 10 ans                       > 10 ans
- 6. dans quel service travaillez- vous actuellement?**
  - Médecine (préciser : B1, B2, Pav Madras ...)
  - Chirurgie (préciser : orl, gynécologie ...)
  - Laboratoire (préciser : biologie / biochimie)
  - Pédiatrie (préciser : A, B)
  - Aiguillages
  - Urgences
  - Autres, préciser \_\_\_\_\_
- 7. Pensez-vous que travailler à l'hôpital comporte un risque d'être infecté par :**
  - un agent transmissible par le sang (VIH, VHB ...)?       oui                       non       ne sait pas
  - le bacille de la tuberculose ?                                       oui                       non       ne sait pas
- 8. Savez-vous que des actions de prévention de ces risques ont été mises en place à l'HNN ?**
  - oui                       non
- 9. Les informations sur les règles d'hygiène et mesures de prévention vous semblent-elles suffisantes et accessibles ?**
  - oui                       non
  - Si non, préciser : \_\_\_\_\_
- 10. Avez-vous déjà eu une formation sur les AES :**
  - à l'hôpital ? :     oui                       non                       ne sait pas
  - au cours de vos études ?     oui                       non                       ne sait pas
- 11. Avez-vous déjà eu une formation sur la prévention de la transmission de la tuberculose :**
  - à l'hôpital ? :     oui                       non                       ne sait pas
  - au cours de vos études ?     oui                       non                       ne sait pas
- 12. Avez-vous déjà été victime d'AES par piqûre ?**
  - oui                       non                       ne sait pas
  - Si oui, dans l'année :     oui                       non                       ne sait pas
  - avez-vous déclaré cet AES au major ?                                       oui                       non

13. Avez-vous été victime d'AES avec un patient VIH ?  oui  non  ne sait pas
14. Pensez-vous qu'il est possible de recevoir un traitement préventif du VIH en cas d'AES A L HNN?  Oui  Non
15. Avez-vous vue une AFFICHE PRECISANT la conduite à tenir en cas d'AES dans les services ?  Oui  Non  Ne sait pas
16. Avez-vous été vacciné(e) contre l'hépatite B ?  oui  non  ne sait pas  
Si oui, à l'hôpital National  oui  non
17. Pensez-vous que les autorités sanitaires devraient faire plus pour la protection des soignants et généraliser les programmes de prévention ?  oui  non

*Cette dernière partie du questionnaire est réservée aux personnels (infirmiers, laborantins ...), étudiants compris, qui réalisent des prélèvements intra veineux (IV) à l'hôpital. Certains services de l'hôpital sont équipés dans le cadre d'une phase pilote de matériels de sécurité permettant de réduire le risque de piqûre au cours du geste.*



17. Avez-vous déjà utilisé un de ces dispositifs  oui  non  ne sait pas  
Si non, savez vous qu'ils sont présents dans l'hôpital ?  oui  non  ne sait pas
18. Si vous l'avez utilisé, pensez-vous que ces dispositifs diminuent le risque d'accident par piqûre après utilisation ?  oui  non  ne sait pas
19. Par rapport à un prélèvement à la seringue, vous pensez que :
- c'est plus simple d'utilisation ?  oui  non  ne sait pas
  - c'est plus rapide (durée du prélèvement) ?  oui  non  ne sait pas
  - c'est d'apprentissage facile?  oui  non  ne sait pas
20. La mise à disposition de ce type de matériel vous rassure t'il lorsque vous prenez en charge un patient connu porteur du VIH ?  oui  non  ne sait pas
21. Souhaitez-vous continuer à utiliser ces dispositifs ?  oui  non  ne sait pas

Commentaire libre :

.....  
.....

PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX CHEZ LE PERSONNEL A L'HNN  
Hôpital National de Niamey – Novembre 2013 (RESULTATS : données brutes)

Questions 1 et 2 (âge et sexe des répondants)

Classe d'âge de l'agent		
	N	%
20-30 ans	36	35.3
30-40 ans	36	35.3
40-50 ans	16	15.7
> 50 ans	13	12.7
INCONNU	1	1.0
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Sexe de l'agent		
	N	%
HOMME	27	26.5
FEMME	62	60.8
INCONNU	13	12.7
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Questions 3 et 5 (fonction / ancienneté des répondants)

Fonction		
	N	%
INFIRMIER	45	44.1
MAJOR	10	9.8
AGENT HOSP	6	5.9
MEDECIN	1	1.0
BIOLOGISTE	5	4.9
PHARMACIEN	1	1.0
LABORANTIN	15	14.7
ETUDIANT	15	14.7
AUTRE	4	3.9
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

En exercice a l'HNN depuis quand		
	N	%
< 1 an	12	11.8
1-5 ans	17	16.7
5-10 ans	37	36.3
> 10 ans	16	15.7
SANS OBJET	15	14.7
INCONNU	5	4.9
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Autre : 4

manœuvre (1) ; nutritionniste (2) ; secouriste (1)

Etudiant : 15 (tous en médecine)

Question 7 (risque TB et AES en milieu de soins)

Existence d'un risque lie au VIH		
	N	%
OUI	99	97.1
NON	2	2.0
INCONNU	1	1.0
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Existence d'un risque lie a la TB		
	N	%
OUI	83	81.4
NON	2	2.0
INCONNU	17	16.7
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Questions 8 et 9 (actions de préventions à l'HNN : existence, suffisantes et accessibles)

Connaissance sur actions préventives		
	N	%
OUI	67	65.7
NON	32	31.4
INCONNU	3	2.9
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Informations suffisantes/accessibles		
	N	%
OUI	50	49.0
NON	45	44.1
INCONNU	7	6.9
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

**Question 6** (service actuel d'exercice des répondants)

Service actuel d'exercice			Service avec matériel de sécurité		
	N	%		N	%
MED A	15	14.7	<b>OUI</b>	69	67.6
MED B1	3	2.9	<b>NON</b>	32	31.4
MED B2	1	1.0	<b>NSP</b>	1	1.0
MED B3	5	4.9	<b>Total</b>	102	100.0
MED B4	5	4.9			
PAV F MED	2	2.0			
PAV F CHIR	1	1.0			
PEDIATRIE A	10	9.8			
PEDIATRIE B	4	3.9			
BIOLOGIE	15	14.7			
BIOCHIMIE	7	6.9			
MADRAS	16	15.7			
URGENCE	4	3.9			
MEDECINE	8	7.8			
PEDIATRIE	1	1.0			
PNEUMOLOGIE	1	1.0			
PAV E	2	2.0			
CHIRURGIE	1	1.0			
INCONNU	1	1.0			
<b>Total</b>	102	100.0			

**Questions 10 et 11** (Formation AES / TB : à l'HNN et au cours des études)

Formation AES à l'hôpital			Formation AES au cours des études		
	N	%		N	%
<b>OUI</b>	35	34.3	<b>OUI</b>	37	36.3
<b>NON</b>	60	58.8	<b>NON</b>	26	25.5
<b>INCONNU</b>	7	6.9	<b>NSP</b>	1	1.0
<b>Total</b>	102	100.0	<b>INCONNU</b>	38	37.3
			<b>Total</b>	102	100.0

Formation TB à l'hôpital			Formation TB au cours des études		
	N	%		N	%
<b>OUI</b>	13	12.7	<b>OUI</b>	51	50.0
<b>NON</b>	71	69.6	<b>NON</b>	21	20.6
<b>NSP</b>	1	1.0	<b>INCONNU</b>	30	29.4
<b>INCONNU</b>	17	16.7	<b>Total</b>	102	100.0
<b>Total</b>	102	100.0			

**Question 12** (ATCD d'AES par piqûre)

Antécédent d'AES par piqûre		
	N	%
<b>OUI</b>	19	18.6
<b>NON</b>	77	75.5
<b>SANS OBJET</b>	1	1.0
<b>NSP</b>	3	2.9
<b>INCONNU</b>	2	2.0
<b>Total</b>	102	100.0

AES dans l'année : 5/13 → 38.5% (6 non réponse)  
AES notifié au major : 14/18 → 78% (1 non réponse)

**Questions 13 et 14 (ATCD d'AES avec patient VIH et traitement préventif post AES)**

<b>Antécédent avec patient VIH</b>			<b>Accès possible a un traitement</b>		
	N	%		N	%
OUI	4	3.9	OUI	71	69.6
NON	87	85.3	NON	24	23.5
SANS OBJET	1	1.0	INCONNU	7	6.9
NSP	4	3.9	<b>Total</b>	102	100.0
INCONNU	6	5.9			
<b>Total</b>	102	100.0			

**Questions 15 et 16 (Affiche service CAT en cas d'AES et vaccination VHB)**

<b>Affiche AES vu dans les services</b>			<b>Vaccination hépatite B</b>		
	N	%		N	%
OUI	87	85.3	OUI	26	25.5
NON	9	8.8	NON	73	71.6
NSP	2	2.0	NSP	1	1.0
INCONNU	4	3.9	INCONNU	2	2.0
<b>Total</b>	102	100.0	<b>Total</b>	102	100.0

Vaccination à l'HNN : 10/18 → 55.5% (8 non réponse)

**Question 17 (Généralisation des programmes de prévention)**

<b>Généralisation des actions</b>		
	N	%
OUI	95	93.1
NON	4	3.9
INCONNU	3	2.9
<b>Total</b>	102	100.0

**Enquête auprès des utilisateurs de dispositifs de prélèvements (n = 55 personnes)**

**Question 18 (Réduction du risque d'APC avec ces dispositifs)**

<b>Si oui, diminution du risque d'APC</b>		
	N	%
OUI	55	53.9
<b>Total</b>	102	100.0

**Question 19 (comparaison avec un prélèvement à la seringue)**

- plus simple : 48/55 (87.3%)
- plus rapide : 42/55 (76.5%)
- apprentissage facile : 42/55 (76.5%)

<b>Si oui, simple d'utilisation</b>			<b>Si oui, prélèvement plus rapide</b>			<b>Si oui, apprentissage facile</b>		
	N	%		N	%		N	%
OUI	48	47.1	OUI	42	41.2	OUI	42	41.2
NON	3	2.9	NON	3	2.9	NON	1	1.0
INCONNU	4	3.9	INCONNU	10	9.8	INCONNU	12	11.8
.	47	46.1	.	47	46.1	.	47	46.1
<b>Total</b>	102	100.0	<b>Total</b>	102	100.0	<b>Total</b>	102	100.0

**Questions 20 et 21**

- 89% des utilisateurs (49/55) se sentent en sécurité en les utilisant en présence d'un patient VIH
- 98% des utilisateurs (54/55) souhaitent continuer à les utiliser

*ANNEXES :*  
*ABSTRACTS POUR AFRAVIH 2014*  
*Mission à Niamey : 24-30 novembre 2013*

---

## ABSTRACT N°1 SOUMIS A AFRAVIH 2014

### Le conseiller psychosocial au cœur de l'alliance thérapeutique entre patients et équipes soignantes

Aminata MAIGA, Salamatou SOUMAILA, Fati HABDOU, Hamidou YACOUBA DJIBO, Ramatou ABDOU, Habsatou YOUSOUFOU, Fatoumata ISSA, Fatoumata GARBA, Fati SIDDA, Katoumi ADAMOU, Fatoumata IBRAHIM, Alhousseni BOUJANGAR, Boureima ADAMOU, Ibrahim Boubacar NGORA, Dionke FOFANA, Huguette BERTHE, Emmanuelle CAPRON, Boubacar MADOUGOU  
GIP ESTHER,

Collectif associatif : MVS, Renip+, Lafia Matassa,  
Entraide Santé 92

Contexte : A Niamey (NIGER) le projet ESTHER mis en place avec le collectif associatif composé du RENIP+, Lafia Matassa, et MVS (Mieux Vivre avec le Sida), comprend le renforcement du soutien psychologique et social et de l'éducation thérapeutique des PVVIH, dans l'objectif de réduire le nombre de perdus de vue (PDV) et prévenir les échecs thérapeutiques.

Méthode : Les activités sont mises en œuvre par 12 conseillers psychosociaux (CPS) répartis sur 4 sites (Centre de Traitement Ambulatoire, Hôpital National de Niamey, MVS, Maternité Issaka Gazoby). Ils sont formés par ESTHER notamment à la relation d'aide avec des animateurs de Sida Info Service, suivis sur le terrain par le chargé de projet et un psychologue et supervisés par les partenaires du Nord lors des missions. Ils sont tenus à un rapport d'activité mensuel.

Résultats : Activités recensées sur les 4 sites opérationnels en 2012 :

6553 femmes enceintes sensibilisées au dépistage en vue de la PTME, 400 groupes de parole ou séances collectives d'ETP, 444 visites à domicile pour accompagnement ou reprise de contact (PDV), 88% des 415 PDV recherchés ont été retrouvés. Les CPS ont un rôle essentiel d'accueil et d'orientation des PPVIH. Ils font le lien avec les équipes soignantes et accompagnent le patient tout au long du parcours de soins. La relation de confiance établie favorise l'alliance thérapeutique et prévient les ruptures de suivi, élément essentiel de la prévention de l'échec thérapeutique.



## ABSTRACT N°2 SOUMIS A AFRAVIH 2014

### **Prise en charge précoce et pluridisciplinaire des femmes enceintes vivant avec le VIH et suivi de leurs enfants dans le cadre d'un programme ESTHER : faisabilité de la mise en place d'une cohorte observationnelle à la maternité Issaka Gazobi de Niamey (NIGER).**

Zara Diallo Fatouma<sup>1</sup>, Zara Oumarou<sup>1</sup>, Isabelle Lolom<sup>2</sup>, Huguette Berthe<sup>3,9</sup>, Mamane Daou<sup>4</sup>, Saidou Mamadou<sup>5</sup>, Boubacar Madougou<sup>4,6</sup>, Eric Adehossi<sup>4</sup>, Dionke Fofana<sup>6</sup>, Emmanuelle Capron<sup>3,9</sup>, Catherine Crenn-Hebert<sup>7,9</sup>, Corinne Floch<sup>7,9</sup>, Elisabeth Bouvet<sup>2</sup>, Pierre de Truchis<sup>3,9</sup>, Nayama Madi<sup>1</sup>, Elisabeth Rouveix<sup>8,2,9</sup>.

<sup>1</sup> Maternité Issaka Gazobi de Niamey (NIGER)

<sup>5</sup> Laboratoire National de Référence, Hôpital Lamordé (NIGER)

<sup>4</sup> Hôpital National de Niamey (NIGER),

<sup>8</sup> Hôpital Ambroise Paré APHP(FRANCE),

<sup>3</sup> Hôpital Raymond Poincaré APHP(FRANCE),

<sup>7</sup> Hôpital Louis Mourier APHP(FRANCE),

<sup>2</sup> GERES

<sup>6</sup> ESTHER

<sup>9</sup> ENTRAIDE SANTE 92

**Rationnel :** la maternité Issaka Gazobi (MIG) est une maternité de référence au Niger. Malgré de nombreux obstacles initiaux un programme de Prévention de la Transmission maternofoetale du VIH (PTME) a été mis en place à partir de 2009 dans le cadre d'un programme ESTHER.

**Objectifs :** Evaluer la faisabilité de la mise en place d'un protocole de prise en charge précoce, coordonné et pluridisciplinaire des femmes enceintes VIH+ et d'un protocole de suivi des enfants avec allaitement protégé.

**Méthodes :** mise en place d'une cohorte de 200 couples mères /enfants pris en charge et suivis à la MIG selon les recommandations nationales.

**Résultats :** La 1<sup>ère</sup> phase du projet a permis : i) aménagement d'un local spécifique pour le counselling, ii) identification et formations théoriques et pratiques des intervenants : conseillers psychosociaux, technicien de recherche clinique, pédiatres et gynécologues, iii) mise en place d'un staff pluridisciplinaire. La 2<sup>ème</sup> phase a débuté en avril 2011 et a permis d'inclure 180 femmes VIH+, toutes sous trithérapie. En juin 2013 : 110 ont accouché (103 à la MIG), dont 12 césariennes. 103 enfants sont vivants pour lesquels 89 résultats de PCR VIH sont connus : 1 seul enfant a une infection VIH. L'allaitement maternel protégé concerne 101 enfants.

**Conclusion :** ce projet en cours a permis la structuration de la PTME à la maternité de référence de Niamey grâce à une forte implication pluridisciplinaire. Les résultats préliminaires notent une amélioration du dépistage des femmes VIH+, de leur prise en charge et des soins à leurs enfants et taux de TME qui semble conforme aux objectifs.

## ABSTRACT N°3 et 4 SOUMIS A AFRAVIH 2014 : actions AES et Tuberculose

### Prévention du risque de transmission de la tuberculose en milieu de soin à l'Hôpital National de Niamey (HNN) : circuit des patients ayant une tuberculose pulmonaire à microscopie positive.

S Moussa Sale<sup>1</sup>, B. Madougou<sup>1</sup>, I. Salahoudine<sup>1</sup>, M. Daou<sup>1</sup>, D. Alhouseini<sup>1</sup>, D. Fofana<sup>6</sup>, P. De Truchis<sup>4,6</sup>, I. Lolom<sup>2,3</sup>, E. Rouveix<sup>4,5</sup>, E. Bouvet<sup>2,3</sup>.

<sup>1</sup>Hôpital National de Niamey - NIGER

<sup>2</sup>GERES - <sup>3</sup>Hôpital Bichat (APHP) - FRANCE

<sup>4</sup>ENTRAIDE SANTE 92 - <sup>5</sup>Hôpital Ambroise Paré, <sup>6</sup>Hôpital Raymond Poincaré (APHP) - FRANCE

<sup>6</sup>ESTHER France

**Rationnel.** A l'HNN, les patients (Pts) atteints de tuberculose pulmonaire (TP) à microscopie positive (M+) sont hospitalisés en phthisiologie mais peuvent séjourner dans d'autres services sans précautions particulières avant le diagnostic. L'architecture est peu adaptée à la mise en isolement respiratoire, et les masques de protection rarement disponibles. Les soignants sont peu sensibilisés au risque de transmission. Afin d'appréhender les risques de transmission de la tuberculose (TB) à l'HNN, un projet GERES est en cours dans le cadre d'un programme ESTHER (3 volets) : analyse du circuit des Pts-TPM+, étude de la prévalence de la TB latente chez les soignants (test IGRA<sup>®</sup>) et dépistage de la TP par la technique Genexpert<sup>®</sup> chez les patients à frottis négatifs. Nous décrivons ici le volet 1. **Méthode.** Enquête descriptive prospective avec inclusion des Pts-TPM+ hospitalisés en 2012-2013. Recueil des données : démographiques, cliniques, circuit du Pt, délais du diagnostic et de début du traitement, mesures d'isolement et de protection du personnel. **Résultats.** 96 patients avec TPM+ ont été inclus : âge moyen 52 ans, 23% sont VIH+ et 10.5% ont un antécédent de TB. Le délai d'apparition des symptômes est < à 1 mois dans 13.5% des cas, compris entre 1 et 3 mois pour 44% des Pts. Le délai diagnostic est > 4 jours pour 29% des cas. 50% des Pts ont une M+ > 10 Baar /champ. 72% des Pts sont admis via les urgences sans précautions. L'admission directe en phthisiologie est effective dans 19% des cas. Pour les autres Pts-TPM+, avant le transfert, l'hospitalisation se fait en salle commune. **Conclusions.** L'exposition des soignants au risque de transmission nosocomiale de la TB est confirmée. Les premières données confirment la nécessité de définir une stratégie préventive, dont fait partie la précocité du diagnostic par l'amélioration des techniques microbiologiques.

### Programme d'amélioration des pratiques et de réduction du risque d'accident exposant au sang (AES) à l'hôpital National de Niamey (HNN), Niger, par introduction d'une technique de prélèvement veineux sous vide (PV-SV) avec dispositif de sécurité (DS).

B. Madougou<sup>1-4</sup>, H. Diaouga<sup>1</sup>, I. Lolom<sup>2-3</sup>, D. Alhouseini<sup>1</sup>, E. Capron<sup>5-7</sup>, G. Pellissier<sup>3</sup>, D. Fofana<sup>4</sup>, E. Rouveix<sup>5-6</sup>, E. Bouvet<sup>2-3</sup>

<sup>1</sup>Hôpital National de Niamey, Niger

<sup>2</sup>Hôpital Bichat Claude Bernard (AP-HP), France

<sup>3</sup>GERES (Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux), France

<sup>4</sup>ESTHER

<sup>5</sup>ENTRAIDE SANTE 92 (Entraide Santé 92), <sup>6</sup>Hôpital Ambroise Paré (AP-HP), France ; <sup>7</sup>Hôpital R. Poincaré (AP-HP), France

**Objet.** Le prélèvement intra veineux (PV) est à haut risque de contamination en cas d'AES. L'HNN avec le GERES (partenariat ESTHER) s'est engagé en 2006 dans un programme d'évaluation, d'amélioration des pratiques et de réduction du risque. **Méthode.** Le programme a associé : 1/mise en place d'une surveillance des AES (2006), 2/deux audits des pratiques (2007-2008), 3/une enquête terrain d'évaluation de dispositifs de sécurité (DS) : 7 services-2010, 4/introduction d'une technique de PV-sous vide (SV) en 09/2013 avec achat de DS, 5/création d'un comité de pilotage, d'un pool de formateurs en charge des formations, sensibilisation du personnel, et suivi de l'implantation, 6/enquête de satisfaction (11/2013). **Résultats.** Le PV (75% des actes invasifs) était à l'origine de 20% des piqûres notifiées. 82% des actes étaient réalisés en IV direct à la seringue. Ont été identifiées à risques d'AES : ponction de la veine, transfert du sang dans le tube, élimination. 3 DS ont été testés (1340 actes) par 66 soignants formés à la technique PV-SV (taux de satisfaction entre 82% et 100% selon critères évalués). 2 DS (aiguille de PV, unité à ailettes) ont été introduits au laboratoire (n : 2) et en médecine (n : 5) après formation des personnels (n = 94). 6500 DS ont été délivrés (2 mois d'utilisation), aucun incident n'a été relevé. Sur 55 utilisateurs interrogés : cette technique leur paraît plus simple d'utilisation (77%), d'apprentissage facile (76%), et plus rapide (76%). Tous estiment que ces DS réduisent le risque de piqûre et souhaitent les utiliser. **Conclusion.** Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins aux patients, l'engagement des soignants et de l'administration de l'HNN a permis la mise en place d'un programme de réduction des risques d'AES. Une introduction progressive du matériel protégé à l'ensemble des services de l'hôpital est prévue en 2014.

## TABLE DES MATIERES

✓ <i>Résumé de la mission</i>	<i>page 2</i>
✓ <i>Agenda de la mission</i>	<i>page 6</i>
✓ <i>Détail des activités</i>	<i>page 8</i>
➤ <i>Objectif N°1 : Compagnonnage au CTA</i>	<i>page 9</i>
➤ <i>Objectif N°8 : Renforcement des capacités auprès des Conseillers Psychosociaux (CPS)</i>	<i>page 11</i>
➤ <i>Objectif n° 6 : Actions GERES : volet « sécurisation du prélèvement intra-veineux »</i>	<i>page 14</i>
✓ <i>Abstracts pour AFRAVIH 2014</i>	<i>page 22</i>