



Coopération entre le CHU de Rennes et les structures de santé du Burundi

Compilation des rapports de missions
effectuées en 2011 au Burundi

Janvier 2012

Rapport de mission du 18/02/11 au 28/02/11 : CMC Buyenzi et PTME

Hélène Leroy

1. Problématiques étudiées :

- Supervision du projet CMC-Buyenzi/Fondation GSK : évaluation des avancées réalisées, observation de l'activité quotidienne des différents membres du CMC, discussions sur la poursuite de la coopération
- Poursuite du recueil de données des patientes du programme de PTME au CMC
- Entretien avec différentes personnes ayant assisté à la formation « Mieux travailler ensemble autour de la mère et de l'enfant infecté/affecté par le VIH » de février 2010, un an après. Quel « bilan » ?

2. Déroulement de la mission :

A. Au CMC Buyenzi

1. L'avancée des travaux

La première partie de la réhabilitation des bâtiments du CMC s'est achevée durant le mois de janvier 2011 et le mobilier a été livré dans la semaine du 21 au 26/02/11. Il y a donc une pièce pour le dépistage volontaire, une salle de consultation médicale et deux salles pour les infirmières de PTME (cf photos).

La prochaine étape est la réhabilitation du bâtiment abritant les consultations de planning familial, le hangar servant de lieu d'attente ainsi que l'aire de jeux pour les enfants.

Photos 1 et 2 : centre de dépistage volontaire à gauche, bureau médical à droite





Photo 3 : hangar réhabilité pour les vaccinations des enfants et les groupes de paroles

2. L'activité du CMC

a. Les modalités de traitement

(Dr Séraphine Ntizahuyve, la directrice, Dr Christèle Kaze, les infirmières Lucie et Adrie responsables de la PMTE)

Les nouvelles recommandations de prise en charge des femmes enceintes séropositives du CNR éditées en octobre 2010 sont utilisées depuis décembre 2010 au CMC Buyenzi et sont conformes aux nouvelles recommandations de l'OMS. Les principales nouvelles orientations du plan national en matière de PTME sont les suivantes:

- la PTME est débutée plus précocement à 14 SA si possible
- la prophylaxie chez le nouveau-né par de la névirapine seule mais pendant 6 semaines
- l'allaitement allongé à au moins 12 mois, protégé tout le long et avec arrêt en 2 temps des ARV (névirapine puis lamivudine+zidovudine).

Encore une fois, le Burundi est précurseur en matière de PTME et les nouvelles recommandations de l'OMS ont été très rapidement appliquées.

b. Le dépistage

(Médiatrices de santé réalisant le counseling)

Depuis septembre 2010, l'organisation du dépistage a été modifiée : actuellement tout est réalisé dans la même matinée : counseling pré-test, test (rapide), counseling post-test et rendu des résultats ; ceci permet d'avoir un taux de rendu de résultats de 100%. Effectivement, auparavant, les résultats étaient rendus l'après midi alors que le dépistage avait eu lieu lors de la première consultation prénatale dans la matinée et certaines femmes acceptaient le dépistage mais ne revenaient pas chercher les résultats.

Entre 150 et 200 tests sont réalisés par mois en consultation prénatale (CPN).

A noter qu'il n'y a pas eu de dépistage en octobre 2010 faute de réactif pour les tests rapides.

c. Les hommes

Les résultats intermédiaires sur la sérologie des conjoints des femmes suivies sont les suivants, sur 345 réponses :

- 176 hommes (soit 51%) sont séropositifs
- 36 hommes (10,4%) sont séronégatifs
- 109 femmes ne connaissent pas la sérologie de leur mari (31,6%)
- 24 n'ont pas répondu à la question (7%)

Près d'un tiers des femmes suivies en PTME ne connaissent pas la sérologie de leur mari. Les raisons évoquées par les médiatrices de santé sont à la fois liées à l'homme (refus de faire le dépistage car ils considèrent que ce sont « les affaires des femmes », si les femmes sont positives les hommes se croient nécessairement positifs sans pour autant souhaiter un dépistage ou une prise en charge...) et à la femme (peur d'être rejetée par le mari si elle annonce sa séropositivité, peur qu'il prenne une seconde épouse...).

Concernant leur implication dans le programme de la PTME, d'après leur conjointe, 71% des hommes sont impliqués (484 sur 681), 17% (117/681) ne le sont pas et la femme n'a pas répondu dans 12% (80/681) des cas.

Actuellement, la plupart des conjoints des femmes suivies au CMC et qui se rendent aux groupes de paroles, participent eux-aussi à des groupes de parole spécifiquement dédiés aux hommes. On peut ainsi espérer une amélioration de cette situation qui fragilise beaucoup les femmes.

d. Les autres enfants

On constate toujours un manque de dépistage des autres enfants des femmes suivies au CMC. Effectivement, sur 272 réponses de femmes, 88 (32%) ignorent le statut de leurs enfants, le jour de la première consultation, ce qui ne laisse pas cependant présager des tests réalisés pendant l'année où la femme va être suivie au CMC.

34 femmes ont un enfant séropositif, 2 en ont 2.

Propositions : insister sur la nécessité de faire le dépistage des conjoints mais surtout celui des enfants des grossesses précédentes.

e. Les groupes de paroles

Actuellement 25 couples participent mensuellement aux groupes de paroles (2 journées différentes pour les 2 membres du couple, une pour les hommes et une pour les femmes). Les thèmes abordés mensuellement sont le planning familial et l'implication de l'homme au sein de la PTME.

J'ai pu assister au groupe de parole des femmes sur le planning familial. L'accent est surtout mis sur les moyens mécaniques et le préservatif féminin est une bonne alternative dans un pays où de nombreux hommes refusent l'utilisation du préservatif masculin. Certaines femmes ont très bien compris la nécessité de limiter les grossesses dans le contexte du VIH mais comme les résultats de la PTME sont bons, ceci encourage certaines femmes à avoir des enfants comme si elle n'était pas séropositive, c'est-à-dire, en grand nombre. Tout ceci dans des contextes économiques et sociaux souvent très défavorisés : la réduction du nombre de grossesses doit être une priorité.



Photo 4 : groupe de parole des femmes du 24/02/11 : planning familial et contraception féminine

Propositions : continuer ces groupes de paroles mensuels très appréciés par les participants. Parmi les autres thèmes possibles : la maladie VIH après la grossesse, le dépistage des enfants...

f. Les perdus de vue

Le phénomène des perdus de vue reste un problème dans la prise en charge au CMC. En effet, même s'il est peut-être moins important que dans la prise en charge des personnes

vivant avec le VIH en dehors de la grossesse, et même si les femmes sont attachées au fait d'avoir des enfants séronégatifs, il y a des pertes de vues.

Nous avons réfléchi avec Seconde, la médiatrice de santé, à une méthode plus efficace pour améliorer le repérage précoce de ces pertes de vues et aller rapidement à leur rencontre. Le registre mis en place en août 2010 n'était pas un bon outil pour ce faire. La grossesse est une situation où le traitement est nécessaire et doit être efficace rapidement, notamment dans un contexte où la charge virale n'est pas faite en routine. Ceci rend la régularité du suivi encore plus nécessaire qu'en dehors de la grossesse.

Propositions :

- *saisir les numéros de téléphone des femmes ou de leurs proches pour pouvoir communiquer rapidement des rendez-vous urgents (PCR enfant positifs, hépatite médicamenteuse...).*
- *Utiliser un mode de repérage des perdus de vue plus efficace et multiplier les visites à domicile, une fois la femme localisée.*

g. Le dépistage des enfants du programme

A noter qu'il n'y a pas eu de prélèvement pour PCR en janvier 2011 car il n'y avait plus de kit de prélèvement (notamment les papiers buvard). Selon l'équipe soignante, comme les femmes ne sont pas prévenues que le dépistage prévu est annulé quand il n'y a pas le matériel, certaines sont venues plusieurs fois avec leurs enfants sans qu'ils ne soient prélevés. Il est à redouter un découragement de certaines femmes qui viennent de loin pour le dépistage et probablement des pertes de vue.

Proposition : éviter tout arrêt du dépistage des enfants puisque le traitement des nourrissons contaminés est une urgence. Le Dr Jérémie Biziragusenyuka doit être mis le plus rapidement possible au courant de ces ruptures de réactifs afin qu'il puisse y remédier.

h. Les résultats du programme

Nous n'avons pas encore effectué l'analyse des données disponibles actuellement.

3. Les projets

a. La maternité

Le Ministère de la Santé du Burundi a édité depuis mars 2010 un système de financement basé sur la performance qui prévoit des rétributions aux centres de santé en fonction des services qu'ils proposent et des infrastructures et matériels dont ils disposent. Pour être reconnu et financé comme un centre de santé de PTME, il est nécessaire que les centres possèdent une maternité. Or il était prévu initialement que le CMC ait une maternité, les lits et tables d'accouchement étant déjà disponibles mais les locaux sont actuellement occupés. Des pourparlers sont en cours pour récupérer les locaux.

b. Le laboratoire

i. Biochimie

Il est prévu prochainement la mise en place d'une technique pour dosage de la créatinine, des transaminases, de la glycémie.

ii. Hématologie

La directrice du CMC Buyenzi, le Dr Séraphine Ntizahuyve, souhaiterait également développer un dosage du taux d'hémoglobine au sein du CMC, pour compléter les données disponibles avec l'hémoglobinomètre.

c. Saisie des données

Un agent de santé a été recruté il y a 1 an par le Ministère de la Santé dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Celui-ci serait intéressé par l'implication dans la saisie des données. Ceci permettrait d'avoir une saisie régulière des données au moins hebdomadaire voire biquotidienne. Ceci pourrait résoudre le problème des dossiers qui sont complétés dès que la femme se présente au CMC, c'est-à-dire tous les mois, nécessitant une nouvelle saisie informatique. La médiatrice, Mme Seconde, est elle aussi intéressée par la saisie de données.

d. Connexion Internet

Il est prévu prochainement la mise en place d'une connexion internet au sein du CMC.

B. La PTME au Burundi

1. Le dépistage rapide en salle d'accouchement

Le dépistage de toutes les femmes enceintes et le « rattrapage » en salle d'accouchement des femmes aux sérologies inconnues était un des thèmes abordés lors de la formation de février 2010.

Par ailleurs, une formation encadrée par le Dr Jérémie Biziragusenyuka a eu lieu en juin 2010 où 75 sages femmes ont été sensibilisées au VIH, à la nécessité d'une prise en charge urgente des enfants nés de mères séropositives ainsi qu'à la réalisation des sérologie par Test Diagnostic Rapide permettant un dépistage en salle d'accouchement si la sérologie n'est pas connue par la mère au moment de l'accouchement, ceci permettant de dispenser les ARV aux enfants dès les premières heures de vie.

Cependant, actuellement, nous n'avons pas trouvé de structures où ces tests sont réalisés en salle d'accouchement. Diverses explications sont avancées : non disponibilité des réactifs, pas de prime pour ce travail « supplémentaire », pas « d'ordre » des supérieurs, difficultés pour réaliser le counselling en salle d'accouchement ...

a. A HPRC

Rencontre du Dr Chloé (chef de service de gynécologie/maternité) : les tests de diagnostic rapide devraient commencer à être utilisés en mars 2011. Jusqu'alors, si la sérologie de la mère n'est pas connue, les sages femmes réalisent un « accouchement propre » comme

préconisé en cas de séropositivité de la mère ; mais le dépistage en salle d'accouchement n'est pas fait malgré la formation. Le principal blocage vient du personnel qui estime que ceci doit être fait par le personnel du CPAMP. A partir de mars, le Dr Chloé a acquis l'accord de la Direction de l'hôpital pour « blâmer » le personnel qui ne ferait pas ces tests en salle d'accouchement.

Nous avons insisté sur le fait qu'une nouvelle sérologie peut être réalisée si la date de la première sérologie est « ancienne », notamment dans le contexte de multi partenariat que cela soit pour la femme ou son partenaire.

Le Dr Chloé a, par ailleurs, soulevé le problème de l'absence d'ARV en salle d'accouchement pour les nouveau-nés excepté dans les stocks du week end.

b. Au CHUK

Rencontre avec les 2 cadres de santé de la maternité du CHUK : les tests de diagnostic rapide ne sont pas non plus réalisés en salle d'accouchement, alors que cela avait été fait avec succès lors d'une thèse en médecine d'un étudiant. L'argument avancé est l'absence de réactifs.

A noter qu'au CHUK, les ARV pour les enfants sont disponibles 24h/24 en salle d'accouchement contrairement à l'HPRC.

2. Avancées depuis la formation de février 2010:

Depuis les RCP qui ont suivi la formation de février 2010, certaines structures assurent la PTME tout le long du programme, jusqu'aux PCR des enfants, alors que d'autres ne prennent toujours pas en charge la PTME.

a. Les Réunions pluridisciplinaires (RCP) :

Depuis février, il n'y a eu qu'une RCP réunissant certains acteurs de la PTME au Burundi. Celle-ci avait pour but de mieux connaître les activités des uns et des autres, d'envisager de travailler en réseau et de privilégier la réalisation de la PTME dans son ensemble au sein d'une même structure.

b. Exemple d'une association qui prend en charge la PTME: La SWAA Burundi

Dr Angélique Ndiokubwayo

Depuis la formation de février 2010, les médecins de la SWAA ont décidé de prendre en charge complètement leurs patientes tout le long du programme de PTME. Les médecins ne réfèrent que pour le soutien nutritionnel qu'offre le CMC pour les mères et pour les nouveau-nés. Les médecins de la SWAA ont un registre pour ces couples mères-enfants.

Depuis la mi-2009, 75 femmes enceintes séropositives ont été ou sont suivies à la SWAA. Il y a eu 5 décès d'enfants et pas de décès maternel. Sur les 47 enfants nés de mères séropositives, selon les PCR actuellement réalisées (21 PCR1 de faites), il n'y a pas d'enfants contaminés. Le registre de la SWAA ne permet cependant pas de pouvoir calculer beaucoup d'indicateurs pouvant nous informer sur l'efficacité du programme de PTME.

c. Une autre association, la Nouvelle Espérance : pas de PTME

Il n'y a toujours pas de prise en charge de la PTME dans cette association. L'explication avancée est l'absence de consultations prénatales et de maternité. Les femmes sont référées au CMC, structure proche géographiquement.

d. Un exemple de centre de santé : Musaga

Rencontre avec la Directrice, le Dr Nukuri Goreth, directrice du centre de santé.

Le Ministère de la santé a donc décidé de « décentraliser » la PTME au Burundi et à Bujumbura. Musaga fait partie de ces centres de santé agréés.

Il s'agit d'un centre de santé où il y a environ 300 consultations de CPN par mois et 100 à 120 accouchements par mois. Toutes les femmes enceintes seraient testées pour le VIH. Depuis le début de la prise en charge de la PTME en juillet 2010, seules 10 femmes ont été suivies dans ce programme (dont 3 en janvier 2011 !). Par ailleurs 4 femmes ont été référées au CMC pour soutien nutritionnel. Malgré le suivi au CDS Musaga, les femmes sont envoyées au CMC pour les PCR, puis reviennent au CDS Musaga. Nous n'avons pas eu d'indications quant au succès de ces programmes.

C. Entretien avec le Dr Léonard du CNLS (Conseil National de Lutte contre le SIDA)

Le CNLS semble vouloir instituer dans chaque structure réalisant de la PTME (dont le nombre augmente selon une volonté ministérielle de décentralisation) un dossier unique mère-enfant. Le Dr Léonard avait déjà consulté les dossiers au CMC et ceux-ci lui conviennent. La raison de cet entretien était d'avoir mon accord pour pouvoir utiliser les dossiers du CMC, les modifier et les généraliser. Nous sommes bien sûr très heureux que ces dossiers puissent se généraliser à l'ensemble du pays.

3. Perspectives :

1. Poursuivre les avancées du CMC

- continuer le partenariat pour l'amélioration de la prise en charge des couples mère-enfant

- diminuer les ruptures de stock notamment en matière de dépistage des enfants par PCR

- améliorer le repérage des perdus de vue et multiplier les visites à domicile de ses familles, s'assurer de la réalisation complète de la PTME pour les enfants (2 PCR + sérologie)

2. Démarches pour une « Année 3 » pour le projet avec la Fondation GSK

- poursuite des groupes de paroles, de l'appui concernant le dossier médical, et l'évaluation de l'activité, de la distribution de lait maternisé quand allaitement maternel impossible

- aide à la réalisation du projet de maternité

3. Aide à la mise en place d'un dossier de PTME dans les structures du Burundi qui prennent en charge cette prévention

4. Essayer de reprendre l'activité des « Réunions pluridisciplinaires en matière de PTME »

Rapport de mission au Burundi

7 au 11 mars 2011

Financement et coût de la mission

Financement de la mission : ESTHER

Coût¹ : 2 010.00 euros

Cadre de coopération : structures partenaires au cours de cette mission

- Au Burundi
 - Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)
 - Institut National de Santé Publique (INSP)
 - Centre National de référence du Burundi (CNR)
 - Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi (CMC Buyenzi)
- En France
 - CHU de Rennes
 - ESTHER
 - Fondation GSK

Participant

Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes

Objectifs de la mission

- Poursuivre la coopération dans le domaine de la biologie du VIH, et avancer dans la compréhension des dysfonctionnements pour proposer un cadre de partenariat ESTHER 2011-2012 adapté aux problématiques rencontrées.
- Soutenir les équipes médicales dans la gestion des dossiers complexes : réunion d'une ½ journée avec l'ensemble des médecins des structures partenaires.
- Suivi de l'avancée du projet CMC-Buyenzi/Fondation GSK/CHU de Rennes pour la construction de l'extension des locaux.

Principaux contacts au cours de la mission

- Dr Jérémie Biziragusenyuka, coordonnateur ESTHER
- HPRC
 - Dr Scolastique Manyundo-Risase, nouvelle responsable du CPAMP HPRC
 - Dr Térance Ntawurishira, directeur de l'HPRC
- Biologie
 - Donavine Hakizimana, directrice des laboratoires de l'INSP
- PTME
 - Pascasie, infirmière, responsable PTME du CDS de Gatumba
 - Annick Irambona, infirmière et Rose Gahitira, médiatrice de santé, en charge de la PTME du centre de médecine communautaire du CHUK
- CNR (unité de recherche)
 - Pr Théodore Niyongabo
 - Dr Evelyne Baramperanye

¹ Billet d'avion, visa, hôtel, prophylaxie du paludisme.

Compte-rendu de la mission

Biologie

La situation est pour l'instant inchangée, avec une panne quasi généralisée de la biologie du VIH en rapport avec des dysfonctionnements multiples : absence de réactifs, certains matériels non fonctionnels, absences de tubes pour la réalisation des CD4 (cf. rapports de mission précédents).

La décision de passer les charges virales sur la technique Abbott en remplacement de la technique bDNA semble avoir été prise au niveau du CNLS, mais d'une part les kits de réactifs sont encore en attente, d'autre part la question de l'automatisation de l'extraction n'a pas encore été réglée.

Un court rendez-vous avec Albert, pharmacien du CNLS en charge de la biologie a permis d'évoquer ces difficultés et les moyens mis en place par le CNLS pour essayer d'y répondre. Un RDV avec le SEP-CNLS a du être annulé au dernier moment pour des raisons d'agenda, le bilan de la situation a été fait par courrier électronique (cf. mail en annexe 1).

Des discussions sont en cours avec Abbott pour trouver la solution la plus adaptée au pays, concernant les charges virales VIH et la recherche ADN pour les bébés.

Concernant la PCR ADN, le protocole de comparaison Rwanda/INSP n'est pas allé jusqu'au bout de ce que nous avons prévu (600 tests comparés entre le Rwanda et le Burundi), sans que les raisons soient explicites (défaut de financement ?). Une réunion de présentation des résultats s'est tenu le 8/3/11 au CNR : 158 échantillons ont été analysés simultanément au Rwanda et à l'INSP du Burundi, 147 sont interprétables ; il y a 145 « - » et 2 « + ». La faible prévalence s'explique par le fait que les résultats analysés à l'INSP proviennent de sites ayant une pratique très active de la PTME. Il y a une discordance entre les résultats du Rwanda sur deux prélèvements retrouvés négatifs à l'INSP et positif au Rwanda. L'un des prélèvements a été analysé à Rennes, il est effectivement négatif. Pour le second, il est impossible actuellement de retrouver l'enfant, ce qui illustre le problème du rendu des résultats et du suivi (cf. CR de la mission de novembre 2010).

Projet CMC-Buyenzi/Fondation GSK/ESTHER

- Demande de financement pour 2011-2012 : l'essentiel est la demande de participation à la mise en place d'une maternité, qui viendrait compléter pour les accouchements eutociques, le service rendu par la maternité de l'hôpital Prince Régent toute proche. L'idée de base est ainsi de pouvoir proposer aux femmes suivies au CMC un panel complet de service allant de la 1^{ère} CPN à la confirmation de la sérologie négative de l'enfant.
- Le dossier mère-enfant va être discrètement remanié pour ajouter quelques items, notamment la question du partage de l'information sur la séropositivité au sein de la famille. Ce dossier va servir de base à un dossier PTME national (avis du Dr. Léonard Ntirampeba, CNLS).
- Le CMC-Buyenzi souhaiterait mettre en place un laboratoire de biologie « de base » afin de lui assurer des ressources propres. Une étude de faisabilité va être menée.

Recherche

Une rencontre au CNR a lieu en présence de Théodore Niyongabo, directeur et Evelyne Baramperanye, chargée des questions de recherche, en présence de J. Bizira. Il apparaît que le CNR n'a pas, actuellement, l'infrastructure nécessaire à l'écriture de protocoles, mais dispose cependant de quoi réaliser le monitorat d'étude clinique, sous réserve des moyens financiers adéquats attribués à chaque étude. Ainsi, l'étude « traitement continu des femmes séropositives enceintes » n'a pas vu le jour : le draft a été écrit à Rennes, mais l'écriture du protocole complet qui incombe au CNR n'a pu se faire. Il va être proposé à Hélène Leroy au CHU de Rennes d'écrire le protocole complet sur le modèle de celui qui a été récemment réalisé pour l'étude du fluconazole à forte dose dans les cryptococcoses neuroméningées (IMEA/CNR).

PTME

Dans le cadre de la décentralisation et de la PTME, nous nous sommes rendus avec Jérémie Biziraguseniyuka au centre de santé de Gatumba soutenu par ESTHER, pour discuter des aspects spécifiques PTME.

Il apparaît que :

- Il y a peu de refus de dépistage (10%), avec une visite à domicile en cas de refus pour essayer de convaincre femme et éventuellement mari

- En cas de dépistage positif, les femmes consultant très largement après la 14^{ème} semaine de grossesse, les deux consultations d'observance ont lieu le jour même et le traitement débuté le jour du dépistage
- Une opération de dépistage décentralisée au marché de Gatumba a montré une séroprévalence de 31%... (92 + pour 300 tests réalisés) ; au CDS la prévalence varie de 3 à 10 pour 300 (nombre de femmes vues chaque mois)
- Les PCR ADN ne sont pas prélevées sur place, ce qui nécessite un déplacement des patientes au CMC Buyenzi avec risque ++ que le test ne soit pas fait : Pascasie, infirmière du CDS, va aller se former au CMC pour pouvoir réaliser les prélèvements elle-même à Gatumba (il faudra prévoir un petit budget d'acheminement dans le cadre du programme ESTHER).
- Il y a encore régulièrement des ruptures de stock de tests de dépistage à la CAMEBU et le CDS n'a pas de circuit de secours.
- Il existe un programme d'aide alimentaire à base de Plum-Peanut via l'UNICEF

Une autre rencontre a eu lieu dans le service de médecine communautaire du CHU, en charge des consultations prénatales. La prévalence de l'infection chez les femmes enceintes était en février de 4 pour 85 femmes testées. Le dépistage est globalement bien accepté (quasiment pas de refus, mais c'est plutôt une technique d'opt-out qui est utilisée).

- Le centre est actuellement en rupture de buvard et ne réalise plus de PCR ADN depuis 4 mois
- Il existe d'importantes difficultés concernant la nutrition
- Il y a des problèmes de financement des médicaments pour les enfants dont on ne connaît pas encore le statut vis-à-vis de l'infection (bactrim).

Mise en place d'une nouvelle formation PTME : La formation PTME prévue en 2011 concernera les chefs de poste, chefs nursing, chefs de service, afin de les engager dans un processus de réflexion et d'amélioration continue du service rendu aux patientes. Il s'agira comme en 2010 d'une formation-action devant déboucher sur la mise en place de protocoles « pratiques » dans les structures participantes. Nous nous acheminons vers la prise en charge de 2 petits groupes, sur 5 ½ journées chacun, possiblement en septembre 2011.

Hôpital Prince Régent Charles

Lors de cette semaine de mission, la situation de la prise en charge de l'infection par le VIH à l'HPRC pouvait être considérée comme « catastrophique » :

- La semaine précédente, une rotation des équipes médicales avait été mise en place par l'hôpital Prince Régent sur un grand nombre de services. Les deux médecins du CPAMP formés depuis 2006 à la prise en charge du VIH ont été mutés aux urgences et en pédiatrie. Deux nouveaux médecins sont arrivés, mais aucun d'entre eux ne dispose d'une formation, même basique, à la prescription des antirétroviraux, et doivent gérer une file active de plus de 1300 patients traités. Une rencontre avec le directeur de l'HPRC, le Dr Térance Ntawurishira, a permis d'expliquer les difficultés rencontrées. Le principe d'un chevauchement entre le départ des anciens et l'arrivée des nouveaux a été évoqué, Florette Musanabana devant revenir au CPAMP pour quelques mois afin de former son successeur au suivi des ARV et à la gestion du CPAMP¹. J'ai exprimé au directeur l'importance de disposer de personnels formés pour la gestion très spécifique du CPAMP. La nouvelle responsable du CPAMP, Scolastique, est très volontaire pour se former et un accès à la formation dispensée au DIU va être demandé. Elle estime néanmoins qu'un troisième médecin serait indispensable au bon fonctionnement du CPAMP (deux pour les consultations, un pour l'hospitalisation).
- En hospitalisation, lié en partie aux rotations de personnel médical, de nombreux patients n'avaient pas vu de médecin depuis leur admission (plusieurs semaines pour certains). Le dépistage en salle de médecine interne n'est pas fait correctement : un patient venant pour altération fébrile de l'état général n'a été dépisté que 6 semaines après son admission, alors qu'il était porteur d'une tuberculose active. Par ailleurs, une instruction récente du CNLS aux directions d'hôpitaux, relayée auprès des équipes, signale la fin du remboursement aux hôpitaux des médicaments qui ne seront pas pris sur le stock de la CAMEBU. Or cette dernière manque régulièrement de médicaments essentiels. Un patient hospitalisé en médecine interne est décédé au cours de ma mission, vraisemblablement de méningite, du fait de l'absence de cefotaxime à la CAMEBU (alors que l'hôpital disposait de stocks tout à fait suffisant pour traiter le patient). La direction ayant

¹ Le retour de Florette Musanabana au CPAMP a été effectif à compter du début du mois d'avril 2011

adressé une lettre aux personnels leur signifiant que le coût des médicaments non pris en charge serait retiré de leurs salaires s'ils étaient tout de même administrés, le personnel se trouve dans une situation d'injonctions contraires, où les traitements sont présents mais ne peuvent être administrés si le patient est indigent. Le CNLS et la direction ont été alertés de cette situation qui prévalait depuis quelques semaines, il semble qu'une solution transitoire ait été trouvée après mon départ.

- Les médiateurs de santé restent dans une situation sociale difficile : pas d'augmentation de salaire depuis la création de la fonction il y a 5 ans ; les médiateurs n'ont plus de contrat de travail depuis quelques mois , semble-t-il du fait d'une « vacance » entre deux rounds du Fonds Mondial.. il existe un souhait d'intégrer la fonction hospitalière pour disposer d'un statut moins précaire.
- Une réunion d'une demi-journée a permis de discuter des dossiers difficiles des associations et des hôpitaux et de prendre des décisions thérapeutiques et diagnostiques, ainsi que de programmer les tests de résistance à réaliser au CHU de Rennes.

Futures missions

- Trois missions médicales auront lieu en juin 2011, essentiellement dans le cadre de l'enseignement au DIU, mais intégrant une composante d'appui à l'HPRC.
- Deux missions infirmières en juin 2011 (Aide-soignante et cadre de santé), avec pour objectif :
 - Rencontrer les cadres de soins de l'HPRC
 - Proposer des moyens d'améliorer le dépistage en salle de médecine interne en favorisant l'opt-out et en expliquant la différence entre opt-out et dépistage à l'insu du patient.
 - Proposer des moyens pour améliorer le suivi paramédical des patients en salle de médecine interne (poids, autres constantes etc...)
 - Analyser les informations recueillies dans les multiples registres du CPAMP et voir quelle utilisation il en est fait.
 -

Conclusions

Les difficultés importantes rencontrées par les acteurs locaux actuellement nécessitent une coordination large entre les acteurs « Nord » du projet ESTHER, afin d'essayer d'apporter les réponses les plus appropriées à la question de la biologie, du médicament et des ressources humaines.

Annexe 1 : mail à Jean Nirangira

Bonjour Dr Nirangira,

Encore désolé pour le retard ce matin, j'avais bien prévu d'être là à 7h45 mais il y a encore des éléments que je ne maîtrise pas !

Voilà les points que je souhaitais aborder avec vous :

- Biologie :

- certaines firmes sont prêtes à faire des offres "tout compris" avec mise à disposition sans achat des machines, dont ils prendraient la responsabilité de l'entretien. D'après mes premiers contacts en 2010, Abbott serait susceptible de faire une offre de ce type. Je pense donc qu'il ne faut actuellement en aucun cas envisager d'acheter de nouveaux équipements pour la réalisation de charge virale, qui serait une dépense en pure perte. Je milite actuellement pour qu'Abbott mette à notre disposition gratuitement un extracteur pour la machine installée à l'INSP et je pense qu'ils sont prêts à faire une offre. Ils pourraient, je pense, prêter un autre RT2000 pour l'installation d'un second équipement. Je leur demande de prendre directement contact avec vous (ce contact existe déjà puisqu'ils fournissent les kits pour la PCR ADN)
- Il est question d'achat d'un nouvel appareil de charge virale pour Ngozi. Là aussi je pense qu'il faut actuellement éviter l'achat et passer par un système de mise à disposition, les 60 000 \$ dépensés pour le RT2000 de l'INSP auraient très bien pu être économisés en 2007 car déjà à l'époque, Abbott mettait gratuitement à disposition ces équipements dans les pays qui le négociaient (dont la France !). Par ailleurs, le fabricant aurait été plus "motivé" au fonctionnement immédiat et à l'installation s'il s'agissait d'un prêt plutôt que d'un achat (alors que la machine de l'INSP a dormi 2 ans dans le sous sol en attendant que l'équipe de Rennes n'arrive à l'installer avec l'aide d'Abbott). Par ailleurs, à ma connaissance il n'y a pas d'environnement biomédical à Ngozi mais je ne suis pas allé voir sur place. Ne serait-il pas judicieux d'envisager d'installer cette seconde machine au CHUK maintenant qu'il y a un biologiste ? Nous allons développer la technique sur DBS qui devrait permettre de résoudre le problème des transports d'échantillon en attendant que des techniques très avancées puissent être installées ailleurs que dans la capitale, mais cela prendra au moins deux ou trois ans avant que toutes les conditions ne soient réunies.
- ALCHEM m'a informé que le CNLS aurait commandé 88 kits de PCR ADN (90 échantillons traités environ avec chaque kit) pour le diagnostic des enfants. Nous avons réalisé 1250 tests au Rwanda l'an dernier, je doute que nous puissions en réaliser 6000 dans l'année suivant la livraison des kits : il faudrait impérativement, si le chiffre est confirmé, convenir d'une livraison en plusieurs lots, sinon la moitié voire 2/3 de cet investissement va directement passer à la poubelle (la péremption de ce type de kit est souvent inférieure à 12 mois, voire 6 mois au moment de la livraison).
- Traitements : j'ai passé pendant la semaine de longs moments à l'hôpital Prince Régent Charles, notamment en hospitalisation, et j'ai constaté deux problèmes graves, et je ne suis pas resté assez longtemps pour essayer de voir comment les résoudre:
 - Suite à la lettre que le CNLS a adressé aux hôpitaux annonçant qu'aucun remboursement de médicaments ne serait plus effectué directement auprès des hôpitaux, mais que tout devait sortir de la CAMEBU, certains patients ne reçoivent pas les traitements importants et urgents, alors que le médicament est bien disponible dans l'hôpital en question. J'ai vu de mes yeux en médecine interne vendredi matin un patient au stade SIDA, sous ARV, dont le traitement antibiotique avait été retardé de 50 heures en attendant que sa famille trouve l'argent pour acheter le médicament (qui était disponible à la pharmacie HPRC, mais pas dans le stock CAMEBU). Ce patient avait probablement une méningite bactérienne aiguë et le retard d'administration lui aura probablement été fatal (son état vendredi matin ne laissait penser rien de bon...).
 - Une demande a été faite aux hôpitaux par le CNLS pour qu'ils réenregistrent dans la base SIDA INFO des CPAMP tous les patients hospitalisés qui étaient déjà enregistrés dans une autre structure (association, autre hôpital que celui de l'hospitalisation etc...). Je ne sais pas si l'on a mesuré les conséquences de cette décision : les patients ne reçoivent aucun traitement en attendant le réenregistrement, ce qui peut également leur être fatal en cas de besoin de traitement urgent (cf. l'exemple précédent); il y a rupture d'ARV pendant quelques jours pour certains patients ; c'est un travail important pendant les visites de médecins à HPRC, qui sont déjà très rares : on passe plus de temps à collecter les informations nécessaires à la création d'une nouvelle fiche pour chaque patient que de temps à examiner et faire des hypothèses diagnostiques; cela risque de générer une quantité très importante de "faux perdus de vue" dans la base, car manifestement le personnel ne sait pas du tout comment vont être gérées les fiches de ces patients une fois sortis de l'hôpital et à nouveau suivis dans leur structure d'origine.

Voilà les éléments que je souhaitais aborder avec vous. Nous aurions de toute façon eu du mal à aborder tout cela en 15 minutes avant votre départ pour le ministère !

Les partenaires "Nord" d'ESTHER seront présents en juin au Burundi (Pr. Olivier Bouchaud pour le CHU Avicenne et le CHUK, moi-même pour le CHU de Rennes et l'HPRC). Peut-être pourrions-nous prévoir une rencontre un peu prolongée avec les acteurs du CNLS afin de voir comment nous pourrions ensemble essayer de résoudre ce type de difficultés. Jérémie Bizira, coordonnateur ESTHER, va faire le suivi de ces différents éléments en attendant pour pouvoir rendre compte précisément de la situation sur le terrain.

Nous sommes bien conscients des difficultés rencontrées dans le pays, des difficultés que peut rencontrer le CNLS avec la succession des rounds, mais pour la première fois depuis ma toute première intervention au Burundi il y a tout juste 10 ans, j'ai trouvé que nous "revenions en arrière" de façon très nette sur plusieurs points.

Désolé d'avoir été un peu long...

Bien à vous

Dr Cédric Arvieux Maladies infectieuses et tropicales - Pôle Médecines Spécialisées

Programme ESTHER - Burundi

CHU-Pontchaillou 35033 Rennes France

Tel: 33 2 99 28 42 38 --- Fax: 33 2 99 28 24 52

Mobile en France 33 6 15 22 83 12

Mobile au Burundi (+ 257)79 616 336

Compte rendu de la mission/stage pour ESTHER du 5 au 16 Avril 2011 au Burundi

Objectif de la mission : *Elaborer un guide d'évaluation des actions de formation ESTHER et tester ces outils au Burundi avec les partenaires ESTHER concernés*

5/4	6/4	7/4	8/4	9/4	10/4	11/4	12/4	13/4	14/4	15/4
	Jour férié : W perso	CMC Buyenzi (2)	CHUK (2 prof)			W avec Jérémie	CMC buyenzi Visite de la structure	Confémec santé	Bilan jéréemie	
		Journée mondiale de la santé	HPRC (2)			Gatumba (3)	W chez ESTHER	ANSS (1)	BUYENZI (1)	
		SWAA (1)	MPIMBA (1)			CHUK (2)	CHUF (1)	W avec jéréemie chez ESRHER		
W avec jéréemie (objectifs/RDV)		W avec jéréemie (contexte et intrant)	Dr Céline ((USLS)			W avec jéréemie	W chez ESTHER			

Le Mardi 5 Avril 2011 :

Arrivée sur Bujumbura

Réunion avec Jérémie :

Présentation du guide dans ses grandes lignes.

Objectifs de mon travail sur place énoncés et explicités :

- Temps de travail personnel nécessaire avec lui pour travailler sur l'évaluation du contexte et définir les grandes compétences du professionnel en PTME (étape déjà amorcée avec Cédric Arvieux) et travailler sur la collecte des indicateurs de santé en pertinence et faisabilité

- Détermination des RDV à prendre, des personnes à rencontrer (personnes ressources)

Questions posées à jéréemie :

Comment intègre-t-on la formation dans le tissu de formation sur le même sujet ? Que font les autres ? Qui centralise l'info ? Qui devrait le faire ?

Selon lui l'USLS devrait se charger de centraliser les informations. A ce jour, une formation peut être effectuée par n'importe quelle ONG sans que les autorités nationales en soit averties.

En fait , 2 récipièntes du fond mondial :

- Le RBP+

- Le CNLS (Comité National de Lutte contre le Sida), qui est en lien avec le CNR (Centre National de référence)

L'USLS (Unité Sectorielle de Lutte contre le Sida) est un partenaire du CNLS . Il communique avec lui sur les protocoles, le dossier mère/enfant par exemple.

Objectivité du coordinateur à remplir la grille d'observation (processus). Jérémie s'accorde à dire que sa fonction ne lui confère pas assez d'objectivité pour réaliser l'évaluation du processus.

Connaissance du manuel du formateur et du participants en PTME par l'OMS ?

Jéréemie en a connaissance mais ne l'utilise pas .

Précision par jéréemie des fonctions et responsabilités des différents professionnels :

- Le médecin :

Pour 4000 patientes au CHU Kamenge : 2 médecins à temps plein

Pour 2500 patients au Prince Régent : 1 médecin en cs, 1 médecin en hospi, 2 vacataires et jéréemie.

-L'infirmière

.A4 : 2 ans après le collège : tiennent la pharmacie, prélèvement dépistage, cs IO, accouchement

.A2 : 4ans après le lycée

.infirmière spécialisée sage-femme : 2 à 4 ans après le lycée

L'infirmière a un droit de prescription accordé depuis Aout 2009 (texte ministériel) : a le droit de prescription du ttt ARV PTME+renouvellement ordonnance pour tout le monde.

L'école de Sage-femme ne s'est ouverte au Burundi il n'y a que 5 ans : on ne compte que 39 SF sur le territoire dont une dizaine sont dans l'administration.

-Le médiateur santé : observance pré/per, counselling, visite à domicile

-Assistante sociale : Pb des patients et des équipes, aide

Précision quant au terme de couverture : moy : 10% (13% en 2009) : Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui sont dans le protocole (suivi pré/per/post partum +ttt bébés)

Le terme de compétence n'est pas utilisé au Burundi, les programmes de formation sont encore formulés sous forme d'objectifs.

Le Mercredi 6 Avril 2011 : Jour Férié

Remise du programme de RDV par Jérémie et des indicateurs de qualité établis lors du groupe de travail (formation du 4 fev 2010)

Le jeudi 7 Avril 2011 :

RDV au CMC Buyenzi Avec Adri Nyiramajambere (infirmière ayant assisté à la formation)

Test de l'outil du transfert des compétences 4A(entretien individuel avec les professionnel de santé en PTME) :

Compter environ 45min

Au niveau pédago :

-la question 2 n'a pas été très bien comprise (sentiment de redite)

-la question 5 :Pb de compréhension pour le terme « acquisition »

-question 10 : le terme « utilité professionnel » n'est pas compris

-Q11 :pas claire

-Q21 et 22 peu différentes

-Relation entre les questions parfois peu claire (lien pour aller directement à une autre question...)

-Q24 difficile à répondre

-La question de l'évaluation à distance : 1 an est trop loin de la formation !!!

Au niveau de l'évaluation de la formation à proprement dit

-Adri a trouvé la formation très intéressante car elle portait sur les recommandations actuelles de l'OMS (formation pratique+méthode de suivi). Elle estime avoir beaucoup appris et est très satisfaite car elle parvient à appliquer le protocole. Les notes de rédaction pendant la formation sont ce qui l'a aidé au transfert. La mise en œuvre des recommandations est la compétence qu'elle a mise en œuvre depuis son retour (description précise effectuée). Pour les autres compétences, elle estime les avoir déjà mis en pratique avant la formation.

En besoin en formation, elle mentionne les effets secondaires des ARV et la prise en charge par rapport à ces effets secondaires.

Elle considère avoir mis en pratique cette nouvelle compétence car elle représente une utilité professionnelle mais reconnaît toutefois qu'il ne s'agit pas d'un application facile à mettre en œuvre. Son environnement prof l'a aidé à

mettre en œuvre sa nouvelle compétence en évitant les ruptures de stock et donc l'absence de blocage du circuit(et ceci grâce à la hiérarchie).

Elle s'est sentie tout de suite en confiance pour réaliser cette nouvelle tâche et n'a pas ressenti de problème émotionnel. Elle se sent grandie par cette nouvelle compétence et le ressent comme une « évolution » (elle parle d'être plus « gradé »). En terme de projet mis en place depuis la formation, elle relève les informations dorénavant transmises au CPN mais ne se souvient plus très bien. Quand je lui parle de la réunion multisite, elle se souvient y être allé 2 ou 3 fois et reconnaît le manque en terme d'échange entre personnels sur les problèmes rencontrés et les solutions envisagées en collectif mais ne se souvient pas des indicateurs. Sur le plan personnel, elle est satisfaite car quand le circuit de prise en charge est « complet », dit-elle, elle obtient une reconnaissance mais elle ne parle pas de motivation professionnelle.

La formation lui a permis de travailler en confiance avec elle-même et l'a aidé à essayer d'être disponible tant que possible pour les autres.

Avec une patiente dont l'enfant a 9 mois dont la PCR est pour le moment négative (une psychologue était présente pour me traduire)

Evaluation de l'outil 4D

Sur le plan pédago :

difficile de juger de la bonne formulation des questions mais ce qui est sûr c'est que les questions de relance semblent fondamentales

Au niveau de l'évaluation de la formation à proprement dit

Cette femme a souhaité se faire dépister suite à la mort de 3 de ses enfants (qu'elle relie au VIH) sur les conseils d'une amie. Elle a accouché il y a 9 mois de son 6^{ème} enfant (3^{ème} enfant vivant). Elle a parlé de sa séropositivité à sa belle sœur et sa belle-mère et son mari est informé et traité également.

Elle ne se souvient plus de l'annonce. Elle trouve très bonne la qualité de la prise en charge. Elle se sent convenablement suivie sur tout les niveaux (ttt, surveillance biol, mesure de prévention, ttt du bébé, alimentation du bébé : très facile). Avant sa prise en charge, elle était très fatigué et maintenant va bp mieux. De la même façon, elle est très satisfaite de la qualité des intervenants.

Toutefois elle ne connaît pas la suite des événements à venir pour elle mais connaît celle de son bébé (PCR et sérologie), ne sait pas qu'un traitement lui sera probablement proposé après l'allaitement protégé. Elle dit juste qu'en cas de grossesse, elle reviendra au CMC et se laissera guider par les intervenants. Ce qui lui a permis de rester dans le circuit est selon elle, la facilité de prise en charge et le fait de se sentir mieux depuis qu'elle est en contact avec le CMC ; cela l'a donc motivé à rester dans le centre.

Journée mondiale pour la santé sur le thème « Lutter contre la résistance aux antimicrobien »

Problématique : transmission de l'info à la population, sensibiliser les prescripteurs, les pharmaciens, le suivi et l'évaluation des autorités en la matière

Réflexion personnelle : **comment sensibiliser les prescripteurs, les professionnels du VIH sur cette question qui constitue un pb de santé publique.**

RQ : un seul médecin biologiste sur le Burundi !!!

RDV AVEC Dr Angélique du SWAA

Test de l'outil du transfert des compétences 4A(entretien individuel avec les professionnel de santé en PTME) et de l'outil N°5 (indicateurs de santé ESTHER):

Outil 4A :

Angélique a apprécié la formation car elle lui a apporté des informations sur les nouvelles recommandations, des échanges d'expériences et a eu un impact en changement de pratique dans le centre où elle travaille. Elle est très satisfaite de cette formation. Parmi les moyens aidant au transfert, elle mentionne les informations transmises, les analyses de pratique/échanges/consensus au cours de la formation qui ont permis de trouver des solutions ensemble. Par rapport au besoin en formation, elle souhaite maintenir la formation continue, le recyclage, l'actualisation des connaissances et souhaiterait être formé sur la nutrition chez les enfants.

Parmi les compétences mises en application depuis et grâce à la formation, elle cite : les recommandations ME, le diagnostic précoce (PCR) et le travail en réseau avec les différentes structures de soins (ex : référer à d'autres structures les patientes pour les soins qui ne sont pas offerts sur la structure en elle-même (accouchement, alimentation) ; elle cite le registre qui s'est mis en place depuis la formation. Avant la formation, les patientes étaient autonomes et l'alimentation du NNE était non harmonieuse au sein des structures. Les raisons de la mise en œuvre de cette nouvelle application sont : l'utilité professionnelle, la conviction personnelle et la facilité de mise en œuvre. L'environnement prof a été aidant dans la mesure où il y a eu mise en place de réunion, restitution et partage de connaissance avec les collègues de travail. Elle s'est sentie tout de suite en confiance avant d'appliquer cette nouvelle application et s'est peu sentie dépassée sur le plan émotionnel. Elle a su identifier les points positifs de sa nouvelle application. Les points positifs sont les impacts positifs immédiats sur le suivi. Les points à améliorer de son application sont liés au manque de disponibilité (rupture de stock, panne de machine). En ce qui concerne les applications non réalisées, les problèmes sont liés au manque d'équipe de gynéco nécessaire pour l'aide à la procréation et la pédiatrie. Elle se trouve obligée de renvoyer les patientes vers un gynécologue de ville (dont les cs sont chères) et ceci engendre le risque que la patiente ne s'y rende pas et ne revienne pas au SWAA par honte. **1 cs /semaine d'un gynéco et d'un pédiatre sur le SWAA serait ainsi souhaitable.** Pas de changement de poste, ni de promotion mais parlerait plutôt d'ajout de responsabilité. La formation a permis la mise en place de projet : utilisation d'un nouveau matériel (PCR) et d'une réorganisation de service. La réunion multisite a été également omise. (elle a oublié qu'elle avait fait suite à la formation). Toutefois, elle la regrette bp,. Elle pense qu'il y a eu 2 réunions auxquelles elle n'a pas assisté. **Réunion souhaitable car permet un feedback nécessaire** et permet également de connaître le suivi des patientes que le SWAA adresse dans les autres structures. Elle a pu observer aujourd'hui que le **protocole post-exposition n'est pas le même selon les structures.** Elle ne réalise pas la collecte des données des indicateurs de qualité élaborés lors de la formation.

Outil n°5 (indicateurs de santé ESTHER :

Indicateurs collectables sur le SWAA mais le SWAA n'est pas en mesure de savoir si la prophylaxie est effectuée en SDN.....**comment faire ???**

A noter que le « nombre de femmes VIH+ ayant accouché à J+7 qui a reçu une prophylaxie complète)conforme OMS » ????**Pas clair**

Il y a 3 cas :

- Les femmes déjà sous traitement pour elle –même avant leur grossesse (faut-il les exclure ??)
 - Les femmes sans traitement mais séropositive connue depuis plusieurs années et ne nécessitant pas de ttt pour elle-même ?
 - Les femmes dépistées en début de grossesse, dépistées+ et mise sous traitement à 14SA ?
- Et celles qui rentrent dans le circuit à 26SA, les intègre-t-on ????

Changer la terminologie « Nombre de couple ME **de mère VIH+** pendant la période

TRAVAIL avec jérémie

Test des outils d'évaluation du contexte et de l'intrant

Sur le plan pédagogie :

Sur la méthodologie : le coordinateur s'accorde avec le modèle de Stufflebeam qu'il trouve facile d'accès. L'introduction du guide est compréhensible.

Evaluation du contexte :

(méthodologie employée : lecture seule, puis aide secondaire en cas de difficulté, enfin discussion conjointe sur les problématiques rencontrées concernant l'évaluation du contexte)

Rq : le coordinateur constitue un bon évaluateur interne

- Reformulation du vocabulaire selon la terminologie « ESTHER » (« rapport semestriel de la coordination »)
- Reformulation de question afin de permettre une meilleure compréhension
- Question reformulée en fonction du contexte locale, sur le terrain (frais de déplacement, per diem)
- Le terme de « planification » n'est pas compris : nous choisissons d'employer le terme « programme » préférentiellement. Toutefois la planification de l'évaluation est entendu par le partenaire

Evaluation de l'intrant

RQ : Jérémie n'est pas le plus à même de réaliser l'évaluation de l'intrant ; Si l'évaluateur est interne, la responsable de formation ou le responsable projet serait les meilleurs candidats (il est nécessaire d'avoir un visu sur la fiche identification/planification de la formation)

- Changement d'une échelle de jugement afin de permettre de mieux discerner les différences (entre « insuffisant » et « satisfaisant » : diff de trancher)
- Préciser les termes . Par « rapport », on entend « rapport de mission de formation
- Changement de terme , préférer « qualité du programme de formation » plutôt que « qualité de la planification »
- Une échelle n'était pas claire : reformulation
- Préciser ou définir des terme comme « temps de régulation »

Au niveau de l'évaluation de la formation à proprement dit

Problématique soulevée de la centralisation de l'information au moment de la réunion pays. (nous ne savons pas ce qui est fait par les autres organisations humanitaires et associations)
Problématique des frais de déplacement et des per diem évoquées.

Vendredi 8 Avril 2011

Entretien au CHUK avec Espérance Bazizane (sage-femme): test de l'outil d'évaluation des transferts des compétences

Sur le plan pédago :

L'entretien est fondamental car il permet d'approfondir, de relancer le débat (questions de relance très souvent nécessaires)

Capacité d'autoévaluation variable d'un participant à l'autre et pas toujours facile à solliciter. Il est nécessaire de creuser la question et ceci grâce à l'entretien.

Reformulation nécessaire pour les questions 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 18, 20, 21

Au niveau de l'évaluation de la formation à proprement dit

Espérance a apprécié la formation car la formation a insisté sur le dépistage systématique en SDN (CAT). Elle estime avoir appris. Elle est satisfaite des compétences (ou pratiques) qu'elle a acquises. Toutefois, elle observe tjs le même pb sur le CHUK : l'absence de dépistage systématique. En fait un kit (réactifs pour effectuer le test rapide) est désormais disponible auprès du service PTME sur place. Le problème de la non réalisation de cette pratique est, selon elle, lié à l'organisation du service (la gynéco est mélangée à l'obstétrique, elle observe un manque de place, trop de patiente en travail, des conditions non favorables (pas de temps, pas de personnel pour faire un conseil au dépistage (pas de salle pour..). Ceci, selon elle, provoque le refus des patientes si ce temps ne leur est pas consacré. Elle reconnaît toutefois le faire davantage quand la patiente présente des signes cliniques en faveur du VIH/sida. Et en cas d'accident d'exposition au sang.

Elle estime avoir appliqué en partie les 2 premiers objectifs de la formation (parcours+recommandations) mais le 3^{ème}, très peu (faisant référence au travail en réseau).

Les activités/explications/échanges et la transmission des résultats en cas de PTME complète sont les moyens mis en œuvre pendant la formation qui l'ont aidé au transfert. (ça l'a encouragé).

Besoins en formation soulignés : le counselling en matière d'alimentation du NNE. Parmi les nouvelles pratiques mises en œuvre, elle souligne : la mise en œuvre des recommandations de l'enfant, le dépistage en SDN (connaissait déjà les recommandations de la mère, le conseil en matière de procréation à une patiente VIH+). Le diagnostic précoce du NNE, l'annonce de la séropositivité d'un enfant ne sont pas mis en pratique par elle-même car non effectué au sein de sa structure de travail (se réalise dans le service PTME : pas de ttt BB ici même). Enfin, le travail en réseau reste selon elle non solutionné : elle témoigne d'observer toujours les mêmes plaintes ... : **bp de femmes accouchent ailleurs mais viennent chercher des médicaments** ici. Elle recommande de distribuer des médicaments partout.

Elle choisit de me parler plus spécifiquement du dépistage en SDN et m'explique que l'équipe a un peu tardé à sa mise en pratique mais qu'un **algorithme les a aidés**.

L'utilité professionnelle ainsi que sa conviction personnelle ont participé à la mise en œuvre de cette pratique. Son environnement professionnel l'a aidé à la mise en œuvre de cette pratique par la mise en place d'un algorithme dans le service par le chef de département (pédiatre) juste après la formation. Elle souligne le fait que sa structure encourage toujours un départ en formation. Toutefois les conditions d'accueil de la structure sont un frein à la mise en place de cette pratique. Elle s'est sentie tout de suite en confiance. Elle reconnaît une émotion en lien avec cette pratique car elle « pense toujours que cette patiente est potentiellement infectée » (ce qui la bouleverse un peu). Toutefois l'émotion n'est pas un facteur qui l'empêche de réaliser sa pratique. Elle arrive à s'autoévaluer : les points positifs de sa pratique sont l'interrogatoire de la patiente, la connaissance des médicaments, les doses, les durées, les recommandations pour le suivi à venir. Pas de points négatifs constatés dans sa pratique.

Elle suggère pour améliorer cette pratique du dépistage en SDN de confier cette fonction à un personnel uniquement dédié au dépistage et au conseil au dépistage. De plus elle recommande aux médecins dans les structures hospitalières et aux IDE dans les centres de santé d'être vigilants au dépistage des femmes enceintes car elle constate **trop de femmes suivies pour leur grossesse mais non dépistées**.

Elle regrette que la réunion ne soit pas en place (n'y a pour sa part jamais assisté) mais souhaiterait qu'elle se réorganise de façon régulière. Elle reconnaît un gain de la motivation et souhaiterait que toutes les IDE du service soient formées (RQ : Jérémie me dit que c'est le cas). Sur le plan personnel, cette formation l'a rassurée, elle est plus positive dorénavant, plus sensible aussi.

RQ/registre des cas de VIH présent dans le service depuis Fev 2008 mais indicateurs ESTHER non collectables au sein de cette structure.

Entretien avec « Georges » de Buterere, médiateur de santé, test de l'outil d'évaluation sur le transfert des compétences

Sur le plan pédagogique

Q7 et 11 à revoir

Au niveau de l'évaluation de la formation à proprement dit

Georges a apprécié la formation car elle était en lien direct avec son travail. Il considère avoir toutefois peu appris car le temps était réduit. Il pense répondre en partie aux 3 objectifs de la formation. Les documents (brochures (aide-mémoire)) ont été une aide au transfert des compétences. En terme de besoins en formation, il a mentionné uniquement de maintenir des temps de réactualisation de connaissance ou faire une expérience dans un autre pays. Il pense avoir mis en œuvre plusieurs pratiques depuis la formation : les recommandations ME, l'annonce de la séropositivité d'un enfant et le dépistage en SDN. La prise en charge de l'enfant est confiée au CMC Buyenzi. Il me décrit l'annonce faite aux parents et dit que ce qui l'aide ce sont les images/diapositives utilisées lors de la formation sur ce thème précis. Il effectue cette pratique car elle représente un intérêt professionnel, mais aussi car il a reçu une formation (mise en situation déjà effectuée), par conviction mais aussi car l'équipe est aidante.

Il a su immédiatement reconnaître la situation favorable à l'application. Le travail avec l'équipe a constitué un environnement favorable. (staff de retour de formation). Il est en confiance et suggère beaucoup d'émotion dans cette nouvelle pratique (émotion ressentie lors de l'entretien) : le jeune âge de l'enfant (BB), l'accueil de l'annonce par les parents participent à cette émotion.

Cette émotion ne l'a pas freinée mais bien au contraire encouragée à bien faire.

En terme d'autoévaluation (très présente chez cet homme), il considère que le soutien psychologique qu'il offre est de bonne qualité et les points négatifs sont liés au manque de support dont il dispose pour effectuer l'annonce et donner des explications (images, schémas..)

Depuis la formation, Georges est devenu chef de service des CDV (cs de dépistage volontaire)/tjs médiateur

Parmi les projets mis en place, il n'a pas connaissance de la réunion. Mais informe que des rapports sur la PTME ont été mis en place dans la structure sur la PTME ainsi qu'un registre ME.

La formation a contribué à augmenter sa motivation. Sur le plan personnel, son comportement avec sa famille a changé, il s'est rapproché davantage de ses enfants et les sensibilise plus au pb des IST, des grossesses et du VIH.

RQ/ A la fin du séjour en contrôlant la fiche des participants, je m'aperçois

Que Georges n'a en fait pas participé à notre formation, sans doute une autre.(!!!!). en tout cas les questions ont été comprises. Cette expérience peut justifier le fait que ce guide est adapté pour toutes les formations PTME et qu'il est adapté au médiateur de santé

Entretien avec Jeannette NIYONIZIGIYE (IDE) et Florette MUSANABANA(Dr) de l'HPRC-Test de l'outil d'évaluation des transferts de compétences (outil 4B : entretien collectif)

Sur le plan pédago

Outil intéressant, facile à mettre en place mais on obtient moins de détails qu'avec l'entretien individuel. D'autre part, j'étais en présence d'un médecin et d'une IDE et le **rapport hiérarchique** était très présent et ne permettait pas à l'IDE de s'exprimer librement (bp de silence, temps de parole inégalement réparti).

Revoir la pertinence de l'outil entre 2 personnes d'une même structure et de grades différents ; Toutefois en groupe multidisciplinaire, on peut imaginer que les hiérarchies se brisent plus (comme pdt la formation)

A revoir...

Prévoir un **nouveau critère de qualité** : les deux professionnelles regrettent que l'on ne leur ait pas remis des documents concernant les recommandations qui devaient leur être envoyés à distance de la formation : prévoir ce critère dans l'évaluation du processus

Au niveau de l'évaluation de la formation à proprement dit

Elles sont satisfaites de la réunion et pensent avoir appris de façon satisfaisante. Le travail en réseau est l'objectif auquel elle n'ont pas complètement répondu. La rencontre entre les différentes structures, les échanges et les temps de discussions ont contribué au transfert des compétences.

Les recommandations OMS sont la pratique qu'elles ont mis en place depuis le retour en formation. Elles le décrivent parfaitement. Elle ont décidé d'appliquer cette pratique car c'est la meilleure (utilité professionnelle). L'environnement professionnel a permis d'aider à cette application en mettant à disposition les ttt nécessaires.

Elles ne relèvent pas de points à améliorer dans leurs pratiques mais basculent sur le dépistage en SDN qui, selon elles, constitue un point important à améliorer. Ce dépistage n'est, selon elles, pas réalisé car il n'existe pas d'IDE à ce jour affecté à cette tâche. Pour aider à la mise en oeuvre de ce dépistage, elle propose ainsi d'une part de **créer un poste dédié à cette tâche et d'autre part réfléchir peut-être à la mise en place de réunion de sensibilisation des patientes enceintes sur la pTME**. A ce jour, une réunion existe mais dans laquelle toutes les femmes sont invitées et pas seulement les femmes enceintes. Peut-être qu'une autre réunion (ou groupe de parole plus sélective permettrait de faire du conseil en dépistage avant l'arrivée en SDN...

La formation n'a pas permis un changement de poste.

De la même façon, elles ne sont pas allées à la réunion multisite et sont tout à fait intéressées pour sa remise en place.

Elles se sentent plus motivées car plus à l'aise. Elles n'estiment pas que cette formation a permis un changement au niveau personnel.

Entretien avec Assil MUSHIRANZIGO, IDE à la prison de MPIMBA

Sur le plan pédaogo

Rien de plus à signaler. Le questionnaire est en cours de révision et sera testé selon sa nouvelle forme dès lundi auprès d'autres professionnels de santé sous forme d'entretien mais aussi sous forme d'un autoquestionnaire.

Au niveau de l'évaluation de la formation à proprement dit

Professionnelle satisfaite par la formation. A un peu près satisfait aux objectifs envisagés. Les exposés et les travaux de groupe ont permis d'aider au transfert.

Cette formation n'a pas révélé de besoins de formation pour elle-même mais pour les autres professionnels ,oui !

Suite à la formation, des préservatifs ont été mis à disposition des détenus au sein de la prison

Elle a mis en pratique les recommandations OMS mère. Le reste, elle n'est pas en mesure de l'effectuer au sein de sa structure. C'est l'utilité professionnelle qui l'a conduite à mettre en œuvre cette pratique.

Les points + : la direction est favorable à ces nouvelles pratiques

Le problème subsistant : les transferts des patientes (véhicule) sur le CMC Buyenzi (prise en charge du NNE) ; le

transfert des détenus pour le palais de justice prime sur le transfert des femmes enceintes : « La justice prime sur la santé ».

Elle a tt de suite été en confiance et reconnaît une certaine émotion mais considère cette émotion non comme un frein mais comme une forme d'encouragement.

Dans sa pratique, elle reconnaît avoir du mal à appliquer le protocole dans sa totalité du fait des transferts difficile sur le CMC et donc ne recommande pas facilement l'AA (le lait étant sur le CMC) mais privilégie l'AM protégé.

Elle n'a eu de changement de poste.

Ne se souvient pas de la réunion, ni des indicateurs mais est favorable à sa remise en place pour les échanges d'expérience qu'elle permettra.

Elle se sent plus motivée mais ne constate pas de changement personnel.

Réunion avec Dr Karine de l'USLS

Document de référence en PTME :

Le plan de mise à l'échelle pour le programme de prévention VIH de la mère à l'enfant et de prise en charge pédiatrique au Burundi 2008-2011 n'a en fait pas été utilisé et est resté au stade de DRAFT

Le document de référence est donc : Le plan stratégique de la réponse au secteur de la santé face au VIH/SIDA et aux IST au Burundi pour 2010 -2015 A DIPOSITION :

Outils /manuel de supervision de référence :

Le document de référence PTME strict existant et essentiellement utilisés est :

-Le guide du prestataire de soins en PTME (Janv 2010) adapté du guide de l'OMS qu'elle considère également trop dense (elle va en remettre un à Jérémie).

Il existe par ailleurs, pour la formation pédiatrique le « manuel sur le SIDA pédiatrique en Afrique » réalisé par USAID et édité par le réseau africain pour les soins aux enfants affectés par le SIDA mais ce guide est destiné aux médecins (des guides ont été remis à Jérémie et à moi-même)

Un version adaptée pour les IDE est en cours d'élaboration...

Un autre doc est en cours d'élaboration mais il n'est pas précisément adapté pour le VIH (il aborde plusieurs pathologies) ; il s'agit du PCIME et du PCIMA (prise en charge intégré de l'adulte ou de l'enfant)

Sur les référentiel de compétence des professionnels de santé existant :

PAS DE REFERENTIEL DE COMPÉTENCE DU PROFESSIONNEL DE PTME CONNU (INFO CONFIRMEE PAR MEMBRE DE L'OMS ET Marie Ahouanto LORS DE LA RÉUNION AU MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRE À PARIS DÉBUT AVRIL

Il n'y en pas selon elle. Toutefois, « les normes sanitaires » peuvent être selon Jérémie un document ressource. D'autre part, une **délégation de tâche** a été permise grâce à une ordonnance ministérielle de 2009 sur la délégation de tâche : les IDE et SF peuvent désormais prescrire des ARV.

Quant au problème de centralisation de l'information :

Sur le pb de la centralisation de l'information en ce qui concerne l'état des lieux et l'analyse des besoins (pour savoirs quelles sont les actions réalisées par les autres ONG ou structures locales), Mme Karine estime que c'est de la responsabilité du ministère de la santé. Discussion sur ce sujet qui aujourd'hui est un frein à l'établissement d'un état des lieux de qualité. Elle s'accorde à dire qu'il s'agit d'un élément important. D'autre part, en discutant avec Jérémie, **la présence du ministère des relations étrangères au côté de l'USLS/CNRS/Ministère de la santé au Réunion pays pourrait peut-être être une source d'information importante pour réaliser l'analyse des besoins**

Modification de l'outil d'évaluation du contexte : ajout parmi le public présent lors de l'atelier« représentant du ministère des relations extérieures »

Le logiciel Sida Info

Le logiciel Sida Info est le logiciel de recueil d'indicateur au Burundi. Il est uniquement à ce jour disponible au CNRS mais pas à l'USLS. Il est en train de se développer progressivement dans les structures de soin. (ex :ne peut être présent dans des structures comme Bururi car il n'y a pas d'électricité...)

Lundi 11 Avril 2011

Visite à Gatumba. RDV avec Pascasie NTIRINGANIZA (IDE). Test de l'outil 4A sous forme d'autoquestionnaire à partir de mon questionnaire modifié

Sur le plan pédago

Malheureusement, encore trop de questions engendrent des **problèmes de compréhension** et donc la formulation de réponses non adaptées : la Q6, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 23 sont à revoir.

Il faut compter environ 45 min pour remplir le questionnaire contre une heure pour l'entretien. Toutefois, nous nous accordons à penser avec Jérémie que la présence d'un évaluateur sur place reste nécessaire du fait du niveau de compréhension variable des participants pour le français et pour approfondir les questions.

Problème majeure pour l'autoévaluation des participants ;En effet, Jérémie me dit que un burundais parle français mais « raisonne » en kirundi, dans sa propre culture.

Il serait utile de tester ce guide dans un autre pays de culture différentes pour vérifier notre hypothèse.

Toutefois nous concluons sur le fait que cet outil d'évaluation est de type « générique » et qu'il serait sans doute nécessaire que chaque pays se l'approprie avec pourquoi pas une traduction en langue locale pour les questions touchant à l'analyse de ses propres pratiques....

Quand Jérémie traduit en kirundi la question, celle-ci est majoritairement mieux comprise.

Au niveau de l'évaluation de la formation à proprement dit

Pascasie a apprécié la formation. Elle ne reconnaît pas de besoins de formation pour elle-même mais par contre pour ses collègues, oui. Elle estime avoir mis en œuvre les recommandations OMS, le suivi du couple sérodifférent, l'annonce de la séropositivité d'un enfant à sa mère, le dépistage en SDN et le travail en réseau. Utilité prof, facilité de

mise en œuvre et le soutien de l'équipe ont été les raisons de la mise en place des recommandations. Sa structure l'a aidé à mettre en place ses pratiques en lui apportant du matériel pour le dépistage. Elle a du mal à s'autoévaluer et se rapporte à sa structure en terme d'amélioration de la prise en charge (ex : la femme enceinte doit désormais passer au labo pour faire le dépistage avant la CPN) et de résultats obtenus (presque que des sérologies négatives chez les bébés de mères VIH+). Les points à améliorer de sa pratique concernent son souhait de faire des échanges (formation) avec le Rwanda ou la France.

Puis elle me fait part des projets souhaitables dans la structure tel que la **pris en charge des frais de déplacement pour les malades qui viennent faire les examens (CD4, Bilan initial).et le problème des réactifs.**

La question relative aux responsabilités engendrées depuis l'acquisition de ces nouvelles compétences, elle me répond oui et demande si c'est possible de recevoir une prime ;

Elle ne se souvient pas non plus de la mise en place des indicateurs qualité.

Entretien avec une patiente VIH+ de Gatumba (Elle a accouché il y a 5 mois et la PCR de l'enfant à 6 semaines est négative)

Son dépistage lui a été proposé en CPN (le conseil s'est bien passé. Elle a connu ses résultats le lendemain et reconnaît avoir hésité à venir. C'est la même personne qui lui a fait le dépistage et celle qui lui a remis. Elle en a parlé à son mari. Elle a eu connaissance des étapes du suivi (RDV donnés) et a reçu les enseignements sur le traitement et sur l'alimentation dont elle se dit satisfaite.

Elle a confiance en l'équipe et connaît le suivi à venir.

Toutefois quand je l'interroge sur les moments où elle a failli tout arrêter, elle m'informe que la **propos discriminant de la part de 2 soignants qui ont provoqué des interruptions transitoire de ttt chez la patiente. D'autre part, ces soignants n'ont respecté la confidentialité du statut de la patiente en divulguant son statut au village.**

Elle dit être resté dans le circuit grâce à la fidélisation qu'elle a créée avec certains autre soignants.

Entretien avec une patiente VIH+ qui a accouché il y a 1 an et 2 mois.

C'est une patiente qui a connu son statut virologique en 2004 après son accouchement. Elle est venue à Gatumba pour présenter son bébé qui présentait une AEG. Le dépistage était positif pour elle et son bébé. Pour cette grossesse, elle s'est fait suivre à partir de 2 mois de grossesse. Elle connaît parfaitement le circuit et est impatiente de connaître le résultat de la sérologie de son bébé. Elle a trouvé l'équipe professionnelle, le suivi clair. Elle ne dit avoir jamais été découragé car grâce à cette équipe, son autre enfant traité va bien et elle aussi. Elle pensait mourir en 2004 et grâce à l'équipe, elle va beaucoup mieux et est très positive. En fait, la structure l'a beaucoup encouragé. Elle dit que ce qui l'a motivé à rester, ce sont les médicaments et le maintien de sa santé. Elle pense revenir dans cette structure si les professionnels qui y travaillent sont les mêmes car sinon elle ira ailleurs.

Remarques pédagogiques par rapport aux entretiens de patientes :

Les questions de relance ajoutées sont utiles. Toutefois la présence d'un traducteur est nécessaire. Attention à pouvoir mettre un traducteur extérieur au soin (pour ne pas biaiser l'entretien et fausser les réponses).

Par ailleurs, la grille fonctionne bien. Il s'agissait, il faut le reconnaître de patientes exemplaires (Biais de sélection probable)

W personnel avec Jérémie dans les bureaux ESTHER

Nous avons retravaillé ensemble le questionnaire 4A et nous avons encore modifié des formulations de questions. test du nouvel outil l'après midi même au CHUK.

Entretien avec Aloysie NIYONGESO, IDE au CHUK (CPAMP). (les 7 premières questions testées)

Sur le plan pédago

Gros problème de compréhension par rapport au français surtout en parlé. Nécessité pour la professionnelle de lire les questions pour les comprendre, vocabulaire insuffisant. Un traducteur aurait été nécessaire....

Je constate ainsi une **hétérogeité de niveau pour le français** et donc de compréhension.

Les modifications apportées au questionnaire n'ont pas été utiles mais il ne s'agissait pas d'un problème de formulation des questions, car mes reformulations, mes exemples pour aider à la poursuite de l'entretien n'ont pas permis de favoriser la compréhension.

On peut s'interroger sur la compréhension qu'une telle candidate a pu développer lors des présentations magistraux lors de a formation...

Remarques importantes : il serait nécessaire pour la future utilisation du guide, que la **fiche de planification et le rapport de mission fassent figurer, en plus des objectifs, les compétences précises attendues** que les participants seront en mesure de mettre en œuvre à l'issue de la formation (comme c'est le cas pour cette formation précisément où les compétences attendues sont formulées)

Au niveau de l'évaluation de la formation à proprement dit

La participante se dit satisfaite. Elle a toutefois peu appris et ne pense pas avoir satisfait à l'objectif 3 (travailler en collaboration).

Le reste des questions n'a pas été compris.

Entretien avec Marie-Annick IRAMBONA, IDE au CHUK (CPAMP)

Sur le plan pédago

Le problème du français s'est à nouveau opéré. En précisant et en reformulant avec Jérémie en Kirundi, les questions d'ordre de l'autoévaluation ont été comprises.

2 questions sont encore à revoir dans leur formulation (Q5 et 10)....

Au niveau de l'évaluation de la formation à proprement dit

Les objectifs de la formation ont été atteints selon elle. Les applications réalisées sont : le conseil en terme de procréation, les recommandations, le diagnostic précoce du NNE et le travail en réseau.

Les exercices pratiques pendant la formation et la facilité de mise en œuvre sont les raisons qui expliquent sa nouvelle pratique : Les recommandations maternelles. Elle soulève toutefois un ressenti émotionnel dans le début de sa pratique qui l'a freiné mais pas arrêté à réaliser à nouveau cette application. Elle ne comprenait pas la raison du changement de protocole. Elle dit que ce sont les discussions avec ses collègues qui ont contribué à l'encourager.

Elle dit ne pas réaliser le suivi des couples différents et recommande la mise en place de groupe de parole.

En autoévaluation, du point de vue positif, elle me dit arriver à identifier les enfants perdus de vue grâce à un carnet de suivi mais reconnaît devoir faire des progrès en coucelling.

Elle n'a pas observé de projet dans sa structure en lien avec la formation. Pourtant Jérémie me dit avoir fait une visite récente avec Cédric ou elle même a présenté un certain nombre d'éléments mis en place depuis la formation et ils étaient nombreux !!!!!

Elle ne reconnaît pas de bénéfices personnels associés à la formation mais se déclare toutefois plus motivée professionnellement.

Elle m'informe qu'il n'y a plus de PCR effectuées sur le pays depuis plus d'1 mois (depuis février/mars selon Jérémie) en raison de rupture de réactif !!!!
Les prélèvements ne sont pas effectués du tout (et donc pas envoyés au Rwanda en attendant le retour des réactifs)

RQ/Je m'interroge sur le fait que la visite sur le terrain a permis d'observer des changements de pratique que le questionnaire ne met pas en valeur. **Caractère limitatif du questionnaire.** Notons toutefois que cette formation remonte à il y a longtemps !

Nous pouvons toutefois soutenir l'hypothèse que ce questionnaire devrait s'accompagner d'une observation de pratiques sur le terrain. Avec une grille d'observation associée. (Outils qu'il faudrait créer dans l'avenir avec un niveau acceptable de performance)

W personnel avec Jérémie

On a travaillé sur l'outil du processus : rectifications effectuées et indicateurs supplémentaires ajoutés, d'autres supprimés car redite

Puis on a retravaillé le questionnaire adressé au chef de poste par avance avant de le tester demain (reformulation de questions/une question supprimée car redite)

En soirée : outil d'évaluation remodifié : reformulation+4 questions supprimées

Le Mardi 12 Avril 2011

Visite du CMC Buyenzi avec Jérémie et la délégation des pays de la Loire

Temps de travail personnel sur le guide chez ESTHER

Déjeuner avec la délégation des pays de la Loire

Entretien avec une chef de poste du service PTME du CHUK/ test de l'outil d'évaluation des compétences des participants ayant assistés à la formation

Sur le plan pédago`

Les questions sont bien comprises dans l'ensemble. Bon échange. Difficultés ressenties par la personne interrogée pour parler des points à améliorer dans les pratiques de son personnel (l'évaluation est vraisemblablement un raisonnement auquel ils ne sont pas habitués....)

Je propose de faire des exemples concrets pour aider à répondre.

Je constate que parfois il ne s'agit pas de pratique nouvelle mais de renforcement de pratique et que je n'interroge pas cet aspect des choses.

Ne faudrait-il ajouter une ou 2 questions à ce propos ???

: je modifie le questionnaire

Faut-il ajouter l'item « Problème d'argent » à la question 9, je ne pense pas ...

Au niveau de l'évaluation de la formation à proprement dit

Elle n'a pas connaissance des objectifs de la formation. Je les lui donne. Elle reconnaît que la formation a permis à ses 4 agents de faire des applications dans leurs services.

Je constate que parfois il ne s'agit pas de pratiques nouvelles mais de renforcement de pratique et que je n'interroge pas cet aspect des choses.

Parmi la liste d'application, elle reconnaît la mise en place des recommandations ME. Pour les autres pratiques, elle dit qu'il s'agissait de pratiques déjà réalisées avant la formation mais que la formation a renforcées. (Cf remarque pédago).

Elle dit toutefois que **le dépistage en SDN ne se fait tjs pas malgré la formation.**

Peut-être faudrait-il faire des propositions pour les points négatifs et les points positifs pour aider la personne interrogée....

Les raisons de la mise en place de cette nouvelle pratique sont le bénéfice prof, la facilité de mise en œuvre, l'acceptabilité de l'équipe et la structure adaptée.

Elle me demande pour l'item « encouragement/soutien de l'équipe » si je sous-entend une prime ?? (je lui dit que non)

L'environnement prof a aidé ces 4 agents à réaliser leurs pratiques en leur fournissant le matériel disponible (algorithme, médicaments dispo). Elle a personnellement participé en s'assurant de la disponibilité de ces médicaments et faire en sorte qu'il n'y ait pas de rupture, en cherchant les médecins disponibles pour délivrer les ttt.

Parmi les points positifs des pratiques des 4 agents : doux, partage de leurs pratiques

Pas de points négatifs trouvés.

Le dépistage en SDN n'est pas fait. **Selon elle, il s'agit d'un pb de formation. Pourtant je lui dit que Jérémie m'a dit qu'il y avait eu une formation en interne des infirmières dans le service. Elle parle quant à elle de formation extérieure, de formation payée. En approfondissant, elle m'accorde que la non réalisation de cette pratique est liée à un problème d'argent et pas de formation (de connaissances).**

La formation a permis la mise en place d'une réunion après la formation organisée par elle-même pour faire une sensibilisation générale sur la question des nouvelles recommandations OMS 2009. Elle a « renforcé l'éducation » De façon générale la mise en place de ce projet faisant suite à la formation a permis selon elle de rendre l'équipe plus active et plus sensibilisée.

Elle a observé une plus grande motivation prof de la part de ces 4 agents mais m'avoue que c'est sans doute à cause de l'argent qu'ils ont perçu grâce à la formation

Mercredi 13 Avril 2011

Présentation de Jérémie sur les coinfections VIH/TB/VHB/VHC à l'hôtel de Tanganika pour le groupe de médecin « Heineken »

Entretien avec Aline à l'ANSS (IDE) sur l'outil A4

Sur le plan pédago`

L'outil a l'air enfin de fonctionner ; le fait d'avoir fait/proposé des exemples pour les questions d'autoévaluation (points positifs et points négatifs) a aidé le professionnel à mieux comprendre la question et à se mettre en posture d'autoévaluation et d'analyse de sa propre pratique.

Au niveau de l'évaluation de la formation à proprement ditv

La satisfaction est bonne, la plupart des objectifs sont remplis et les pratiques réalisées sauf le dépistage en SDN car ne le font pas. On a travaillé essentiellement sur l'annonce de la séropositivité d'un enfant à ses parents. Un besoin de formation est nécessaire selon elle pour ses collègues. Elle réalise l'annonce de la séropositivité d'un enfant parce que cette pratique est bénéfique sur le plan médical, car l'équipe a été favorable et par conviction personnelle. Il lui a fallu du temps pour réaliser cette pratique. Son environnement prof l'a aidé à réaliser à mettre en place cette pratique en se montrant disponible en cas de conseils (entraide, solidarité). Elle a ressenti une émotion liée à l'annonce, de se

mettre à la place de ces femmes à qui on annonce la séropositivité de leur enfant (empathie+++)
mais ceci ne l'a pas freiné pour ses pratiques ultérieures. Ses points positifs se rapportent à l'accueil, au soutien, travailler en équipe. Ses points négatifs concernent l'irrégularité de sa procédure car les PCR ne sont pas toujours faites (pas de son fait mais pb de réactifs++++), parfois insatisfaction des patientes. Cette formation lui a permis d'avoir plus de responsabilités car elle a en charge la survie de l'enfant. La formation a permis la mise en place des PCR dans sa structure. Elle a assisté à 2 réunions (sur 3) suite à la formation au CNR, souhaiterait vraiment que ça reprenne. Elle constate une plus grande motivation prof. Sur le plan perso, elle se sent « plus capable » depuis.

A noter que l'ANSS signale une rupture de certains ARV (jérémy informé)

W avec jérémy

Travail sur l'outil du partenariat : RAS, OK

Rq : il serait intéressant de parler de la qualité du partenariat entre Anne, Olivier, lors de l'accueil du partenaire Sud en France...

Travail sur les indicateurs de santé : revoir avec Célia la formulation + précision du premier et 2^{ème} indicateurs

Proposition de formulation :

« Nombre de femmes VIH+ ayant accouché et qui a reçu une prophylaxie complète à J+7 »

*comprend celles qui sont suivies tôt (dès 14SA), tardivement (28 ?), jusqu'à l'entrée en SDN ????

Pour les deux derniers :

« Nombre de mères VIH+ pratiquant un AM protégé pendant la période »

si on garde celui actuel, précisez, Nombre de couple mère/enfant de mère VIH+

RQ : il faut que les indicateurs soient compris de tous

Ces indicateurs sont tous collectables dans les structures (CMC buyenzi, Gatumba, Buturere, Bururi)

Temps de discussion

-sur le logiciel Sida info : Prince régent a Sida Info mais à ce jour, ne le remplit pas car elle n'a pas le temps, ni sans doute la formation (trop lointaine)

Toutes les autres le font sauf Bururi car il n'y a pas d'électricité

-Sur le Round 8

Sur la remise en place de la réunion entre structure prévue, une tout les 2 mois mais le sujet sera revue en Juin

-Sur les 22 participants : 4 ne sont plus là (1 an après): ils travaillent structure tjs dans le VIH mais soit en périphérie soit dans une autre structure sur Bujumbura.:

Jeudi 14 Avril 2011

Entretien chez ESTHER avec Dr Séraphine du CMC Buyenzi

Sur le plan pédago

Sur le plan pédago`

« matériel à disposition » à remplacer par « matériel disponible »
situations concrètes » par « situation qui vous concerne »

Au niveau de l'évaluation de la formation à proprement dit

Séraphine est satisfaite par la formation reçue car elle a permis d'offrir une meilleure prise en charge des mères et des enfants.

Les objectifs de la formation ont été remplis.

Les aides au transfert ont été la prise en compte du niveau de connaissance, les activités pratiques basées sur le matériel disponible, et le formateur qui a aidé à formuler le projet d'application.

Elle souligne un besoin de formation pour ses collègues.

Elle choisit de parler plus spécifiquement du diagnostic précoce du NNE. Elle réalise cette application pour le bénéfice médical.. Son environnement prof l'a aidé dans sa pratique en mettant en place un registre et en mettant en place des médiateurs de santé qui ont pour fonction d'empêcher les pertes de vue. Pas d'émotion en interaction avec cette pratique.

Ses points+ : bonne connaissance, explications claires, en fait une priorité

Points négatifs : prise en charge pédiatrique à approfondir,

Pour les applications non réalisées : la prise en charge du couple sérodifférents : ont mis en place des groupes de paroles pour sensibiliser (une fois par mois)

Sont en attente d'une accréditation pour construire une salle de naissance.

Elle reconnaît avoir gagné plus de responsabilité du fait qu'elle est porteuse d'un message. Cette formation a donné lieu à la mise en place du projet d'accréditation.

D'autre part, elle serait très favorable à la reprise de la réunion multisite.

La formation, sur le plan personnel lui a apporté beaucoup de fierté.

Conclusion/bilan avec Jérémie :

Pour moi :

Apprentissage riche et expérience nécessaire.

Sur le plan pédagogique, j'ai dû clarifier, reformuler, créer des critères/indicateurs. J'ai constaté des pb de vocabulaire (adaptation au contexte).

Il serait sans doute souhaitable que les outils 4 ABCD soient complétés d'une observation directe de la mise en œuvre des compétences par l'utilisation d'une grille d'observation. Jérémie ainsi que les partenaires Nord, au cours de leurs missions exploratoires observent un certain nombre d'éléments qu'il serait peut-être souhaitables de recueillir dans une fiche. Toutefois, il existe déjà un rapport semestriel rendant compte de la situation (amélioration, progrès, ...).

L'analyse de contenu de ce document reposant sur une observation directe des pratiques semble absolument fondamentale. De plus, placer l'analyse de ce rapport reconnaît également sa validité et sa reconnaissance.

Mon voyage a permis de clarifier certains points, vérifier que tous les items importants étaient présents, reformuler des items inadaptés au contexte, ajouter des indicateurs.

Il m'a permis d'observer les difficultés de compréhension, de traduction.

Mon guide n'est pas valide du fait de la réalisation dans un unique pays test. Il est probablement reproductible. Ceci dépendra de la reconnaissance d'ESTHER. Le coordinateur semble l'apprécier mais doit se l'approprier (traduction parfois nécessaire).

Au total

11 participants/professionnels interrogés/22 (dont 18 présents)+ 1 agent (médiateur) qui n'avait en fait pas assisté à la formation

3 patientes

1 personne de l'USLS

1 chef de poste

Soit : 17 entretiens réalisés pendant la période.

Pour Jérémie

Me dit que cette expérience l'a poussé à avoir une autoévaluation par rapport à ses activités ESTHER, lui a donné un autre regard.

Apprentissage pour lui également sur le suivi/évaluation.

Expérience constructive

Outil reproductible (pourquoi pas sur le DIU ?)

Rapport de mission au Burundi

14 au 25 juin 2011

Financement et coût de la mission

Financement de la mission : Fondation GSK, DIU des grands lacs, ESTHER

Coût¹ : 11 000 €

Cadre de coopération : structures partenaires au cours de cette mission

- Au Burundi
 - Diplôme Inter Universitaire de prise en charge des personnes vivant avec le VIH-Sida de la région des grands lacs.
 - Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi (CMC Buyenzi)
 - Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)
 - Institut National de Santé Publique (INSP)
 - Centre National de référence du Burundi (CNR)
- En France
 - CHU de Rennes
 - ESTHER
 - Fondation GSK

Participants

Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes/Université de Rennes 1, Société Française de Lutte contre le SIDA

Dr Matthieu Revest, infectiologue, CHU de Rennes/Université de Rennes 1

Pr Christian Michelet, infectiologue, CHU de Rennes/Université de Rennes 1

Sylviane Gautier, aide soignante, CHU de Rennes

Elisabeth Bougeard, cadre de santé, CHU de Rennes

Objectifs de la mission

- Enseignement au DIU de la région des grands lacs
- Biologie du VIH en coopération avec le CNLS et l'INSP
- Mise en place de la coopération avec le Centre de Santé de Kigwena
- Préparation du projet ESTHER 2012
- Préparation du projet « Patient Safety » (coopération ESTHER/CHU de Rennes/HPRC/CHUK)
- Suivi de l'avancée du projet CMC-Buyenzi/Fondation GSK/CHU de Rennes
- Suivi du projet CPAMP HPRC et organisation des soins en unité de médecine interne (Mmes Gautier et Bougeard) :
 - Rencontrer les cadres de soins de l'HPRC
 - Proposer des moyens d'améliorer le dépistage en salle de médecine interne en favorisant l'opt-out et en expliquant la différence entre opt-out et dépistage à l'insu du patient.
 - Proposer des moyens pour améliorer le suivi paramédical des patients en salle de médecine interne (poids, autres constantes etc...)
 - Analyser les informations recueillies dans les multiples registres du CPAMP et voir quelle utilisation il en est fait.

¹ Billets d'avions, visa, per diem, prophylaxie du paludisme.

Principaux contacts au cours de la mission

- Dr Jérémie Biziragusenyuka, coordonnateur ESTHER
- Equipe pédagogique du DIU (Pr Christian Courpotin, Dr Frédéric Méchai, Pr Olivier Bouchaud, Dr Janvière, Dr Evelyne Baramperanye, Dr Matthieu Revest)
- HPRC
 - Dr Scholastique Manyundo-Risase, CPAMP HPRC
 - Dr Florette Musanabama, CPAMP-HPRC
- Biologie
 - Francine, technicienne de l'INSP en charge de la biologie moléculaire

Compte-rendu de la mission

DIU de la région des grands lacs

Le compte rendu du comité pédagogique du 16 juin qui s'est déroulé au Centre National de Référence du VIH et des hépatites (CNR) est disponible en annexe. Pour cette session, le DIU a bénéficié de la présence de 3 enseignants de l'université de Rennes 1 (Pr. C. Michelet, Dr C. Arvieux, Dr M. Revest).

Biologie

Au 12 juin, nous disposons pour la première fois depuis de très nombreux mois des kits de charge virale (Abbott) ainsi que des consommables attendant, de techniciens formés et d'un matériel qui fonctionne. L'INSP peut donc actuellement réaliser 21 tests de charge virale par jour, 3 à 4 jours par semaine. Dans un second temps, si des kits de bDNA arrivent à l'INSP, les deux techniques de charge virales pourront transitoirement être réalisées en parallèle : PCR ARN Abbott et bDNA Siemens, car deux techniciens différents peuvent travailler les deux techniques en même temps.

Depuis 3 à 4 mois, le circuit de réalisation des PCR-ADN pour le diagnostic précoce des nourrissons n'est plus financé ; or le circuit PCR-ADN du Burundi n'est pas fonctionnel, puisque aucun kit de PCR-ADN n'a été reçu à l'INSP depuis la fin de l'étude de comparaison Burundi/Rwanda, dont les kits étaient financés par Abbott. Il n'y a donc plus de diagnostic précoce du nourrisson depuis 4 mois au Burundi, alors que celui-ci fonctionnait parfaitement bien depuis 2 ans... Par ailleurs, si les PCR ADN étaient possibles, elles viendraient diminuer les possibilités de PCR ARN qui se réalise sur le même équipement, et surtout avec le même technicien. Or actuellement, les besoins théoriques du Burundi sont au minimum de 23 000 charges virales annuelles.

Le stage effectué par Francine et Oscar au Cameroun, dans le laboratoire de l'institut de Recherche et de développement (IRD), n'a pas été très fructueux : pas réellement d'encadrement la première semaine du fait de tâches urgentes à réaliser par l'équipe d'accueil, et défection la seconde semaine du médecin devant assurer l'encadrement. L'équipe d'accueil, consciente des carences, a proposé un prolongement du stage, mais celui-ci n'a pu être effectif pour des raisons logistiques. Le rapport de stage est en attente.

L'équipe du CNLS n'a pu être rencontrée sur le thème de la biologie, les perspectives restent donc très floues : il est question de l'installation d'un second équipement Abbott RT2000 dans la ville de Ngozi, mais les questions d'approvisionnement ne semblent pas avoir été réglées. La discussion de la mise à disposition d'un extracteur qui permettrait à l'INSP de porter sa capacité au niveau des besoins du pays n'a pu avoir lieu.

Côté CD4, au moins un cytomètre Beckmann-Coulter est fonctionnel, mais sans automatisme (permettant tout de même de répondre aux besoins actuels). La panne de tube de propylène ayant entraîné une absence de CD4 pendant plusieurs mois est réglée ; par contre, après examen des listings de l'INSP, de nombreux réactifs et consommables sont périmés du fait de l'inutilisation prolongée...

Suite au constat fait en mars de l'absence d'organisation du suivi des demandes de PCR ADN pour le diagnostic précoce des nourrissons, une base de donnée sous EPI-info a été réalisée par un collègue de Francine, à partir de la fiche de demande de PCR-ADN qui était utilisée pour l'envoi des échantillons au Rwanda. Francine arrive à rentrer les nouvelles demandes, mais il est nécessaire de disposer d'un agent de saisie pour entrer toutes les fiches de 2010 (1480 dossiers) puisque les enfants sont théoriquement toujours en cours de suivi. Jérémie va organiser cela avec un agent de saisie du CNR, le budget pourra être pris sur la ligne de la fondation GSK. Il serait également nécessaire qu'une personne ayant de bonne connaissance d'épi info puisse améliorer cette base : certaines données présentes sur la fiche ne sont pas utiles, d'autres qui le seraient sont absentes. Cette question va être discutée en Bretagne, certains TECs du COREVIH étant prêts à s'investir sur les bases de données (financement COREVIH possible techniquement, à discuter en bureau).

Une visite au laboratoire de biologie de l'hôpital Prince Régent Charles a été effectuée au cours de cette mission, du fait de la demande du CPAMP de disposer d'un compteur de CD4 au sein de l'HPRC. La visite a été guidée par Fidele Ndayihimbaze, responsable du laboratoire, qui avait déjà été rencontré il y a deux ans suite aux dysfonctionnements majeurs des équipements apportés par le programme ESTHER en début de projet. Aucun compte n'a été tenu des remarques réalisées en 2009 :

- L'entrée du laboratoire est jonchée de « cadavres » de matériels irréparables ou en attente de réparation. Néanmoins les cartons dont personne ne savait ce qu'ils contenaient n'encombrent plus l'entrée.
- L'étuve achetée par le projet ESTHER est toujours posée sur une table trop petite, entraînant un frottement à l'ouverture de la porte, ce qui diminue l'étanchéité. Une table plus grande devait être trouvée en 2009...
- Du matériel « initialement destiné au Rwanda » (très grandes étuves, hôte à flux laminaire, amenés par la coopération française ?) encombre le couloir car il paraît difficilement installable dans les locaux actuels.
- Le compteur de NFS Beckman-Coulter, qui n'a jamais fonctionné après les premiers essais car il n'avait pas été utilisé plusieurs mois faute de réactifs, n'a pas été réparé, mais encombre toujours la paillasse.

En pratique, il est inenvisageable actuellement de mettre en place de nouveaux matériels, ceux-ci étant condamnés à dysfonctionner tant que la question de l'achat des réactifs et de la maintenance n'aura pas été un tant soit peu organisée à l'HPRC.

Projet CMC-Buyenzi/Fondation GSK/ESTHER

L'équipe médicale était réduite pendant ce séjour car Christelle et Séraphine participent aux sessions du DIU. Néanmoins, nous avons pu visiter les nouveaux locaux (salle de dépistage, salle de délivrance des médicaments avec pharmacie attenante) qui sont maintenant utilisés. Les travaux de restructuration du planning familial (seconde tranche de travaux) ont débuté et sont bien avancés, tous les murs « en dur » étant maintenant en place. Le planning bénéficiera ainsi d'une salle d'attente/Information, de deux salles de consultation et de deux pièces de stockage.

Le dossier mère-enfant conçu par Hélène Leroy est très utilisé ; il va être généralisé à la consultation mère-enfant du CHUK, et il est en cours de modification au niveau du CNLS pour une généralisation dans tout le pays. Il va également être proposé à l'équipe du centre de santé de Kigwena.

L'année 3 du programme a été officiellement acceptée par le conseil scientifique de la fondation GSK, permettant l'ouverture d'une maternité de 1^{er} niveau, libérant ainsi celle de l'HPRC tout proche pour les accouchements dystociques et les urgences obstétricales.

Centre de santé de Kigwena

Ce petit centre de santé est situé à une trentaine de kilomètres de Rumonge, au sud de Bujumbura ; il faut environ 2 h pour s'y rendre en voiture en partant de la capitale. Ce centre a la particularité d'avoir été régulièrement bien « classé », notamment dans le domaine des indicateurs de la contractualisation, et les moyens obtenus ont permis la création d'activités génératrices de revenu pour le centre : une épicerie/bar et une petite aire de restauration (brochettes), dont les bénéfices reviennent à la structure.

Il est composé d'une équipe de 6 infirmières, un microscopiste et 3 plantons. Quatre infirmières sont formées à la prise en charge du VIH, une est en cours de formation. L'une a bénéficié d'une formation PTME spécifique, et deux sont formées au counseling. L'équipe est soutenue par un médiateur de santé du RBP+ dont la fonction se résume au counseling. L'électricité est disponible assez régulièrement ; des problèmes d'alimentation en eau dans la journée qui obligent à effectuer du stockage nocturne.



L'entrée du centre de santé de Kigwena

Ce centre prend déjà en charge des patients infectés par le VIH (74) pour leur délivrer les médicaments des infections opportunistes. Jusqu'à aujourd'hui, les patients étaient obligés d'aller à Rumonge ou au centre de la FVS à Bururi pour les femmes enceintes, afin d'avoir leurs antirétroviraux, tous les mois, alors que le trajet Kigwena-Bururi coûte 8000 BFi. Le centre de Kigwena a obtenu son agrément comme site ARV (non seulement pour la PTME comme demandé initialement, mais en pratique pour toute les prises en charge de patients infectés par le VIH), ce qui va permettre aux patients de bénéficier de l'intégralité du suivi à Kigwena. Les modalités de transfert des dossiers restent à définir, avec la FVS de Rumonge notamment.

En PTME, la prévalence paraît assez faible. Les taux de dépistage

sont très élevés (supérieurs à 90%), ce qui est possiblement un « produit » de la contractualisation et un résultat des campagnes menées auprès des accoucheuses traditionnelles, nous dit Sakina. Les taux de positivités sont très faibles par rapport à ce qui est attendu : il n'y a eu que trois dépistages positifs depuis le mois de janvier 2011 (5 mois et ½), alors que plusieurs centaines de femmes ont été dépistées, et dix en 2010 pour 1200 dépistages, ce qui oriente vers une prévalence de l'ordre de 0,8% ; or la province de Rumonge est considérée comme à haute prévalence (de l'ordre de 4,5% de la population générale) et celle des jeunes femmes en âge de procréer habituellement supérieure à la prévalence de la population générale. On s'attendait donc à un chiffre plus proche de 6-8%. Si cette prévalence de moins de 1% se confirme, il s'agit plutôt d'une bonne nouvelle, et nécessitera probablement de modifier nos approches.

Les demandes matérielles de la structure sont

1. Pouvoir bénéficier d'un ordinateur pour réaliser le suivi de la file active : *peut être pris sur le budget 2011 (3000 € d'initiation de projet prévus), ou budgétisé en 2012 s'il y a des demandes plus urgentes*
2. Mise en service d'un circuit de réalisation des examens biologiques, notamment CD4 et charge virale : *Jérémie se charge de voir avec ses contacts à l'hôpital de Rumonge comment organiser cela.*
3. Bénéficier d'une aide pour l'organisation du « circuit patient », notamment en cas d'hospitalisation des patients suivis dans le centre
4. La plaque de cellules photo-électrique qui alimente la salle d'accouchement lorsque l'électricité du réseau n'est pas disponible est actuellement en panne : voir si une réparation est possible ou s'il faut envisager un nouvel achat.

Nous avons identifiés également des aides possibles qui n'étaient pas formulées :

5. Bénéficier d'une aide pour l'organisation de la PTME : *Sakina ira réaliser un stage au CMC Buyenzi afin de voir quelles sont les modalités de prise en charge et les modalités d'utilisation du dossier médical, et pourra revenir avec des exemplaires du dossier (il en faut au maximum une vingtaine par an). Ce stage pourra avoir lieu avant la fin du mois de juin*
6. Formation continue : *Sakina pourra bénéficier d'une inscription au DIU des Grands Lacs (elle possède le niveau A2 requis pour postuler)*
7. Une aide à la gestion de la pharmacie, et notamment l'évaluation des commandes et des stocks est nécessaire : *une infirmière du CHUK plus particulièrement chargée de la pharmacie va réaliser une mission auprès de l'hôpital de Bururi, et sa mission sera étendue au CDS Kigwena*



Réunion de travail entre les responsables du centre, l'équipe ESTHER et CHU de Rennes

Hôpital Prince Régent Charles

Actuellement, le CPAMP HPRC dispose de deux médecins temps plein, de 4 ½ journées de vacations médicales, de 5 infirmières temps plein, une assistante sociale, un travailleur et 9 médiateurs de santé. L'équipe se réunit au complet tous les jeudis après-midi pour faire le point.

Organisation médicale du CPAMP-HPRC

Le retour de Florette Musanabama, grâce aux efforts du coordonnateur ESTHER Jérémie Biziragusenyuka, est une très bonne nouvelle pour la structure : depuis avril 2011, le CPAMP-HPRC bénéficie ainsi d'une nouvelle responsable de structure ambulatoire, Scholastique, très motivée pour aller de l'avant, et Florette a pris la direction des opérations concernant les patients hospitalisés. La formation de Scholastique en matière VIH doit être complétée, et elle bénéficiera de l'appui d'ESTHER pour participer à l'automne 2011 au cours Fournier à Paris.

Actuellement, Scholastique assure les consultations médicales ; elle est soutenue par deux vacataires du CNR qui font chacun 2 ½ journées différentes, soit 4 demi-journées en plus. Florette réalise des consultations en fonction de l'activité en salle et des nécessités de remplacement de Scholastique ou des deux vacataires.

La contractualisation n'est pas encore effective dans les grands hôpitaux comme HPRC. Le principe de la prime versée par ESTHER reste donc pour l'instant en vigueur.

Visites en hospitalisation (rapport rédigé par Christian Michelet et Matthieu Revest)

- Points positifs de la visite :
 - o Locaux utilisés pour les soins intensifs ou plutôt surveillance continue : chambres propres, une seule personne, surveillance au centre de l'unité, existence de personnel soignant qui participe à la visite. Mais pas beaucoup d'éléments pour la surveillance (scope, brassard électronique : voir les besoins et la typologie des patients)
 - o Visite de deux salles de médecine interne : certains internes sont très demandeurs d'avis, de conseils et connaissent bien leurs malades. Ils doivent être mieux encadrés et la visite lors d'un séjour dans ces

salles d'hospitalisation me semble avoir une grande utilité : visite de tous les patients dans un lit, « à la française ».

- Meilleure propreté des locaux par rapport aux constatations antérieures, essai de respect de la confidentialité

- Points négatifs
 - Pas d'infirmière pour les visites : l'interne se débrouille tout seul et lorsqu'il ne maîtrise ni l'histoire des patients, ni la présence des infirmières, ni la salle, c'est la catastrophe : « j'ai demandé l'examen, mais je ne sais pas si c'est fait ; je n'ai pas vu le résultat ». « j'ai prescrit mais la prescription n'a pas été exécutée » qu'il s'agisse de la prescription d'examen complémentaire ou d'un médicament. On ne sait pas les motifs de la non exécution de la prescription : le patient ne peut pas payer (théoriquement pour l'infection par le VIH, ce ne devrait pas être le cas encore qu'il existe un flou sur ce qui est pris en charge et ce qui ne l'est pas), si la prescription n'a pas été lue par l'infirmière, si c'est un problème d'approvisionnement, de nonchalance...
 - Difficultés des « internes » à raisonner uniquement sur la sémiologie et demandes d'examens complémentaires limitées mais pas toujours justifiées.
 - Prise en charge de la tuberculose (suspicion ou documentée, ce qui est rare), lien avec le VIH pas toujours fait (le dépistage est rarement demandé si suspicion de tuberculose ou parfois attente de l'accord du patient qui n'est pas forcément capable de donner son avis).
 - Suivi du patient sous traitement parfois aléatoire une fois le diagnostic porté.

- Proposition d'amélioration
 - Lister les examens complémentaires et traitements qui peuvent être donnés au patient sans que celui-ci ait à payer
 - Essayer d'organiser au moins un temps de transmission entre l'infirmière en charge de la salle et l'interne (ou l'externe responsable de la salle) au moins 2 fois par jour : avant la visite, après les prescriptions pour les expliquer : temps essentiels.
 - Améliorer la connaissance de la prise en charge des syndromes méningés fébriles et encéphalites. L'absence de scanner ou son prix trop élevé (nous n'avons pas eu de réponse à la question posée en 2009 : la prise en charge de la tomodensitométrie fait-elle parti des examens financés par le Fonds Mondial). Si le traitement du paludisme paraît logique même en dehors d'un résultat positif du frottis (bien qu'il doive être positif dans les paludismes graves et neuropaludisme), la discussion de la PL, la mise sous traitement antituberculeux, la gestion de la méningite à cryptocoque devraient être prioritaire.
 - Améliorer le suivi des patients sur le plan clinique voire quelques examens complémentaires simples (NFS, CRP).
 - Dépistage systématique du VIH lors du diagnostic ou plus souvent lors de la suspicion de tuberculose
 - Essayer de mettre au point les cultures de BK et faire un protocole d'évaluation de la prévalence de la résistance à l'INH, la Rifampicine.
 - Travailler sur la notion de contagiosité des maladies infectieuses, notamment la tuberculose, les moyens de prévention. Protocole du taux d'exposition des soignants au BK par rapport à la population générale.

Organisation paramédicale (rapport rédigé par Sylviane Gautier et Elisabeth Bougeard)

1^{er} jour :

Visite du CPAM, découverte des différentes activités / locaux

- Admissions, accueil
- Sortie des dossiers patients
- Salle IDE / délivrance des traitements, ARV, Bactrim
- Salle de prélèvements
- Salle d'observance
- Hôpital de jour
- Bureau des assistantes sociales
- Bureau de consultation des médecins
- Bureau de la chef de poste

Journée d'observation auprès des médiateurs à l'accueil des patients

- Circuit des patients
- Circuit des dossiers patients

- Enregistrement des patients

- ↳ Beaucoup de recopiage des données du patient : 2 registres identiques à l'accueil sauf la colonne « Cotri »
 - Vérification de la pertinence du recueil, ex : adresse, âge, sexe... Ces données seraient demandées par les superviseurs pour le rapport d'activité quotidien et mensuel
- ↳ Allers / retours non stop d'un médiateur qui sort les dossiers patients au fur et à mesure de leur arrivée. Pas d'anticipation, pas de connaissance de la liste des patients susceptibles de venir dans la journée
- ↳ Déséquilibre des journées, varient entre 80 et 150 patients / jour



Propositions :

- Regrouper sur un seul registre les données notées à l'accueil, ce qui permettrait de libérer un médiateur pour faire de l'observance ; les médecins ont signalé devoir retarder des mises sous ARV pour des patients qui n'avaient pas eu leur consultation d'observance)
- Créer un listing quotidien des patients ayant RDV dans le service afin de lisser sur la semaine les venues (sur 4 jours, le vendredi étant réservé aux urgences)
- Anticiper la sortie des dossiers le matin par un médiateur

2^{ème} jour :

Observation dans la salle de prélèvements

- Mélange « propre/ sale », ex : coton de prélèvement posé sur la pailleuse de l'évier avec la crème à récurer
- Présence d'un carton par terre contenant des tubes de prélèvement, vacutainer, papiers, enveloppes à jeter...
- Table de prélèvement encombrée +++
- Projection de sang sur le mur
- Un meuble classeur à tiroirs quasiment vide
- Un robinet trop haut : éclaboussures +++
- Positif : un collecteur piquant / tranchant = deux poubelles



Bureau des consultations d'observance

- Présence d'un grand bureau remplissant presque toute la pièce, manque de convivialité

Propositions / Réalisations :

- Tri afin de créer des zones « propre/ sale » (table de prélèvements / pailleuse évier)
- Besoin d'un rangement (étagère ?) près de la table de prélèvements : demande faite à la chef de poste qui ne comprend pas l'intérêt et ne veut pas la demander, à voir avec Jérémie ?
- récupération d'un morceau de tuyau d'arrosage pour prolonger le robinet de l'évier
- Nettoyage du mur avec le travailleur du service
- Tri des documents dans le meuble classeur + nettoyage de ce dernier
- Evacuation du bureau de la consultation d'observance avec l'aide des travailleurs, mis dans la salle de réunion au 1^{er} étage + achat prévu d'une table plus petite par Jérémie.

Hygiène des locaux

- Sols propres, entretenus de façon quotidienne par le travailleur avec du détergent
- Murs et portes souillés au RDC



Propositions et réalisations :

- Montrer au travailleur que les portes et murs peuvent être nettoyés, technique, produits
→ fait avec lui le jour même, personne volontaire qui adhère aux propositions et demande même qu'on lui écrive ce qu'il a à faire (en Kirundi)

Observation du travail des IDE

- Observation du rôle IDE / aux médicaments : renouvellement des traitements ARV + Bactrim pour un mois, délivrance des autres traitements disponibles prescrits pour les patients suivis au CPAPM, les autres sont achetés par les patients : beaucoup de recopiage
- Rendez vous mensuels donnés aux patients, tracés uniquement sur l'ordonnance du patient
- Affichage des infos pour les IDE : collé sur la porte des deux cotés
- Médicaments à délivrer posés sur des tabourets près du bureau

Propositions :

- Achats de deux chariots : un pour les médicaments posés sur des tabourets dans le bureau IDE et un second pour l'hôpital de jour (à la demande des IDE) ; demande transmise à Jérémie
- Un médiateur est en train de réfléchir (suite à sa mission dans notre service) à un système d'ordonnance qui serait valable 3 mois au lieu d'un.
- Etaler les RDV des patients afin d'équilibrer les journées (à environ 100 patients / jour) en utilisant un listing de RDV que nous allons créer.
- Installer un tableau d'affichage mural ? cf. Jérémie

3^{ème} jour :

Staff de m médecine interne avec Matthieu Revest

- Présentation des patients entrés la veille

Visite ave l'interne du service de médecine interne + médecin du CPAM (Florette) pour deux patients sous ARV

- Ide « rares », peu présentes dans les salles et chambres, absentes dans la salle des « tuberculeux » ; présence uniquement des étudiants Ide qui suivent l'interne
- Pas de travail en collaboration, pas d'encadrement des étudiants IDE
L'interne prescrit, les soins sont-ils réalisés ?? Ex : bactrim prescrit, l'interne dit que la patiente le prend, après vérification, ce n'est pas le cas ; pas de traçabilité dans le dossier de la patiente.

Demande d'aide de la chef de poste du CPAM / tri des documents dans son bureau

- Récupération d'un meuble classeur non utilisé dans la salle de prélèvement au rez de chaussée, nettoyage puis mis dans le bureau de la chef de poste au 1^{er} étage.

4^{ème} jour :

Tri des documents du bureau de la chef de poste, des registres, bons de commande, imprimés, papeterie, petit matériel

- Rangement des documents vierges dans le meuble classeur récupéré
- Tri du matériel défectueux et élimination
- Archivage des registres de 2005 à 2009 et élimination des plus anciens

↳ Un meuble étagère libéré : suggestion d'un médecin du CPAM de l'utiliser pour la salle de prélèvements au RDC

Préparation d'un classeur de RDV sur informatique

Réunion d'équipe du CPAMP

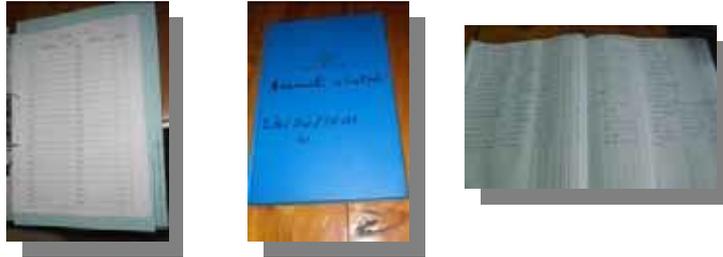
- Participation à la réunion bilan de la semaine avec toute l'équipe
- Présentation de nos constats et propositions : l'équipe est d'accord pour supprimer un registre à l'accueil, demande qu'on leur prépare le nouveau registre « unique » et souhaite le tester dès le lendemain



- Accord pour utiliser une planification des RDV des patients, souhait également de démarrer dès le lendemain

Préparation du nouveau registre pour l'accueil

Constitution du classeur de RDV journalier pour les 6 prochains mois + documents « modèles » donnés à la chef de poste et mis sur ordinateur de l'accueil



5ème jour :

Accompagnement à l'utilisation des nouveaux outils à l'accueil pour les médiateurs, à la pharmacie pour les IDE

↳ Appropriation rapide, volonté de les utiliser



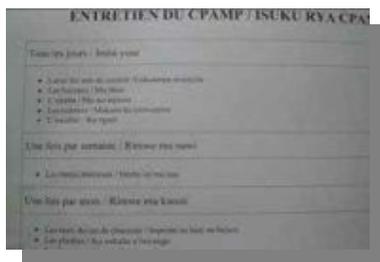
Aménagement de la salle de prélèvement, installation du meuble étagère

- Rangement du matériel
- Paillasse de l'évier vidée et nettoyée
- Respect de zones propre/ sale et plus d'ergonomie pour les prélèvements



Feuille de consigne tapée pour le travailleur en français et en Kirundi avec les tâches journalières, hebdomadaires et mensuelles

↳ Semble satisfait d'avoir un guide de travail, s'est senti considéré et donc valorisé dans ce qu'il fait ; a refait spontanément ce qui lui avait été montré dans la semaine



Prévention pour un travailleur de la maintenance qui faisait de la soudure sans protection : récupération de vieilles radios pour réaliser des lunettes de protection à partir de lunettes plastiques transparentes

Visite de la néonatalogie, échanges sur l'utilisation de la solution hydro alcoolique

- Entretien des couveuses constaté (suite d'une précédente mission)
- Utilisation de la SHA par les IDE : semble satisfaites



Demands spécifiques du CPAMP pour la campagne budgétaire 2012

- Achat d'un ordinateur portable pour la structure CPAMP, notamment pour faciliter les cours à l'extérieur.
- Achat d'un second ordinateur pour la pharmacie, qui permettrait d'avoir accès à SIDA-INFO directement au moment de la délivrance des traitements au patient (l'ordinateur qui est dans la pièce adjacente est utilisé pour Saage-Sari).
- Essayer de renforcer la partie « alimentation » du projet, notamment les repas aux hospitalisés qui sont en nombre très insuffisant. Actuellement, 254 patients bénéficient du programme PAM (dont les apports ont été beaucoup diminués), alors que les besoins seraient plutôt aux alentours de 500.
- Bénéficier de la mesure des CD4 à l'HPRC pour ne plus dépendre de l'INSP et de ses ruptures de stock (cf. partie biologie)
- Bénéficier de séances de formation continue propres au(x) CPAMP(s). Cette formation pourrait se faire au moment des sessions du DIU afin de profiter de la présence des enseignants au Burundi. Jérémie se charge de rédiger un programme avec les intéressés, en partant du principe d'une demi journée de FMC, l'après-midi. Il est nécessaire de voir si nous faisons un programme par centre ou par catégorie professionnelle (cette dernière serait probablement plus rationnelle). La salle de réunion de l'HPRC pourra être utilisée afin d'être à coût « nul » (juste prévoir une pause conviviale).
- Poste de psychologue : Philippe, psychologue de l'équipe depuis plusieurs années, a été « muté » via les modifications de financement du Fonds Mondial, vers le RBP+. Il devait initialement continuer à assurer des vacations à l'HPRC, mais cela n'est pas effectif en pratique ; une bonne partie des tâches qu'il assumait a été reprise par Fidela, assistante sociale. L'équipe demande à bénéficier de nouveau d'un psychologue à temps plein.
- Points d'eau dans les bureaux du Rez-de-Chaussée du CPAMP : cette question devait être réglée sur les reliquats budgétaires 2010 mais cela n'a pu se faire (utilisation sur d'autres postes) : il faudra le prévoir au budget 2012 en faisant réactualiser le devis.
- Stages Sud-Nord : Ceux qui sont déjà partis insistent pour bénéficier de nouvelles formations à l'étranger. Le principe de faire partir d'abord ceux qui ne sont jamais partis reste valable (une nouvelle infirmière nommée en 2011 devrait être candidate sur un budget 2012).
- Les réunions inter-CPAMP qui avaient lieu un vendredi par mois ne se font plus, au grand regret de tous : Jérémie est chargé de remettre le système en fonction dès 2011.

→ **Recommandations** : lors de la mission programmée en septembre 2011, prévoir de réaliser la budgétisation des demandes en amont, afin de faire les choix financiers nécessaires et pouvoir proposer un budget 2012 définitif à la fin de la mission prévue en novembre 2011.

Indicateurs ESTHER

Esther a recueilli pour 2010 un certain nombre d'indicateurs (cf. fichiers en annexe), pour le premier et le second semestre, permettant ainsi de disposer de données évolutives. Ces indicateurs ont été analysés en réunion avec Florette et Scholastique pour le CPAMP, Cédric Arvieux pour le CHU de Rennes ainsi que Jérémie Biziragusenyuka et Olivier Terzolo pour ESTHER.

Ce recueil, qui a nécessité un travail considérable de la part de la coordination et des équipes sur place, est un travail majeur pour évaluer notre activité. Les items renseignés restent néanmoins à parfaire d'une part, et d'autre part des consignes de recueil devront être données de façon plus précises pour les campagnes suivantes, puisque manifestement certains items ont été renseignés très différemment d'un centre à l'autre, n'autorisant que très peu de rapprochements entre les centres participant au projet ESTHER.

Les difficultés :

- Certains indicateurs ont été retirés de la base SIDA-INFO, sans que l'on connaisse la définition de l'item extrait de la base ; par exemple, la définition de la « file active » n'est pas connue : nombre de patients vus pendant la période (incluant les perdus de vues) ? Nombre de patients passés pour une délivrance de traitement ? Un travail de renseignement auprès des concepteurs SIDA-INFO va être nécessaire.
- Les fluctuations d'activités sont souvent liées à des « impondérables », par exemple forte baisse des mises sous traitement lorsque les CD4 ne sont pas disponibles, forte augmentation (c'est le cas en juin 2011) lorsqu'ils redeviennent « brutalement » disponibles permettant ainsi de réaliser l'examen pour des patients en file d'attente.
- La fraction des patients sous traitement ARV paraît assez basse (59%), mais on ne sait pas comment la base génère ce calcul. De l'avis du personnel du CPAMP, cette fraction est nettement plus élevée.
- Certains indicateurs n'ont pu être renseignés, notamment toute l'activité pédiatrique, puisque l'extraction de la base n'a pas permis d'individualiser les patients de moins de 15 ans. Il en découle une absence d'indicateurs dans le domaine pédiatrique, et probablement un « mélange » entre données adultes et données pédiatriques dans les résultats des indicateurs.

→ **Recommandation** : employer une personne compétente (au CNR ?) pour réaliser l'extraction, renseigner les modes d'extraction et discuter des données extraites avec un groupe d'utilisateur pour le contrôle qualité. On peut également envisager de faire un échantillonnage aléatoire sur un nombre significatif de dossiers et extraire les données manuellement, puis comparer aux données de SIDA-Info afin de savoir si l'échantillon est proche des données extraites de la base ou s'il s'en éloigne.

Projet « Patient safety »

Un projet autour de la sécurité des patients doit être déposé avant le 30 juin 2011 suite à un appel d'offre du ministère de la santé. Il s'agit d'un financement MIGAC, pour un montant de 50 000 € a priori renouvelable annuellement. Cet appel à projet permet de financer les missions des personnels du CHU de Rennes (voyages, per diem) et l'accueil de stagiaires en France. Le principe de réponse à cet appel d'offre a été entériné par les responsables de programmes à Rennes (C. Arvieux et JM Chapplain, la direction du CHU de Rennes et ESTHER).

Une première réunion a eu lieu à Rennes début Juin (C. Arvieux/P. Jarno/ JM Chapplain), une seconde au Burundi (C. Arvieux/O. Terzolo).

Partage des tâches :

- JM. Chapplain sera le responsable global du projet « sécurité des patients ». Il se charge avec P. Jarno de rédiger les éléments « projets » de l'appel d'offre (dead-line : 24 juin)
- J. Bizira se charge de la rédaction du contexte local et des éléments administratifs concernant l'HPRC qui sera le principal partenaire au Burundi (dead-line : 24 juin)
- Olivier Terzolo se charge du chiffrage du projet et de l'aspect financier (dead-line : 27 juin)
- Anne Gallet se charge de compléter les éléments administratifs pour le CHU de Rennes (dead-line : 24 juin)
- C. Arvieux se charge de la relecture globale avant envoi (dead-line : 29 juin) et retransmet le projet à Anne Gallet pour envoi par les canaux officiels.

Pour mémoire, nous avons retenu que ce financement supplémentaire allait servir à financer tout ce qui est éligible dans le domaine de la sécurité patient, afin d'alléger le budget ESTHER du CHU de Rennes de cette charge et pouvoir utiliser les fonds à d'autres activités. Le projet doit être orienté vers la mise en place d'un réseau de référent au Burundi (via HPRC puis CHUK, autres hôpitaux ensuite), il faut que nous y incluons une « journée nationale » afin de transmettre ce qui a déjà été réalisé, notamment dans le domaine des SHA). Un module hygiène pourrait également être proposé au DIU et financé par le projet (prise en charge de la venue d'un enseignant à chaque session du DIU par exemple).

Les instructions du projet spécifiaient qu'il fallait prévoir un aspect sensibilisation des directeurs d'hôpitaux et des cadres hospitaliers : il faudrait mettre en avant que cette étape a déjà été réalisée, afin de ne pas nous voir reprocher que nous l'ayons oubliée.

Futures missions

- Une mission est programmée lors de la semaine du 5 au 10 septembre, avec pour objectifs
 - Recueil des indicateurs du CMC Buyenzi, suivi des travaux, mise en forme du projet « maternité »
 - Mise en place de l'axe VIH et tuberculose prévu en 2012
 - Préparation du budget ESTHER 2012
 - Mise en place de bases de données adaptées (PCR-ADN à l'INSP) et travail SIDA-INFO avec le CNLS.
- Une mission est programmée lors de la semaine du 14 au 19 novembre, avec pour objectifs
 - Enseignement au DIU de la région des grands lacs
 - Formation PTME : formation des équipes à la prise en charge coordonnées parents-enfant.
 - Finalisation et remise à ESTHER du budget 2012

Conclusions

- Le fait que la biologie moléculaire soit de nouveau en fonction est un élément très positif, mais les problèmes intrinsèques d'approvisionnement n'ont pas été réglés, ce qui rend possible la survenir de nouvelles difficultés dans les mois à venir. Aucune avancée visible pour l'instant concernant la mise en place d'un extracteur pour l'appareil RT2000 à l'INSP, qui permettrait de porter les capacités du pays au niveau des besoins.
- Le travail de l'équipe du CPAMP de l'HPRC se fait maintenant dans de très bonnes conditions, il faudra néanmoins anticiper sur l'organisation du travail avec l'augmentation constante et rapide de la file active (+20% entre les deux premiers semestres de 2010 si les indicateurs sont exacts).
- Le CMC Buyenzi suit le programme de travaux tel que défini dans le calendrier du projet financé par la fondation GSK

RAPPORT DE MISSION AU BURUNDI

5 AU 10 SEPTEMBRE 2011

FINANCEMENT ET COUT DE LA MISSION

Financement de la mission: Fondation GSK

Coût¹ : 2745 euros

CADRE DE COOPÉRATION: STRUCTURES PARTENAIRES AU COURS DE CETTE MISSION

Au Burundi

Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)

Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge (CHUK)

Institut National de Santé Publique (INSP)

Centre National de référence du VIH-Sida du Burundi (CNR)

Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi (CMC Buyenzi)

Unité sectorielle de Lutte contre le Sida (USLS)

Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS)

En France

CHU de Rennes

ESTHER

Fondation GSK

PARTICIPANT

Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes

TERMES DE REFERENCES DE LA MISSION

Conventions entre le CHU de Rennes et le CHUK

- Suite à la sollicitation du CHU de Rennes par le CHUK pour réactiver l'ancienne convention signée entre les deux établissements, rencontrer la direction du CHUK pour définir le calendrier de mise en œuvre du cadre conventionnel.

Formation PTME de novembre 2011

- Réaliser le programme, définir les objectifs et le public cible (avec Jérémy Biziragusenyuka). Soumettre le programme à Christian Courpotin ; contacter les intervenants potentiels ; anticiper sur les difficultés qui seront rencontrées du fait de l'organisation en même temps que la session du DIU de novembre.

Année 2012 du programme ESTHER

¹ Billet d'avion, visa, hôtel, prophylaxie du paludisme.

- Définir les priorités pour 2012 et ventiler l'enveloppe budgétaire (avec Jérémy Biziragusenyuka)
- Rencontrer l'équipe du CPAMP et le Centre de Lutte contre la tuberculose pour voir comment améliorer le diagnostic et la prise en charge chez les patients VIH, comment améliorer la prise en charge hospitalière ainsi que la prévention de la transmission nosocomiale.

Protocole cryptocoque

- Rencontrer l'équipe CPAMP hospitalière et les médecins des urgences pour déterminer analyser le circuit patient actuel
- Voir quels sont les dosages de fluconazole disponibles et évaluer le risque de rupture de stock (pharmacie)
- Ramener des échantillons pour dosage

CMC Buyenzi et HPRC

- Suivi du projet Maternité CMC
- Répondre aux questions du conseil scientifique de la fondation concernant l'utilisation du budget
- Préparer l'arrivée d'Hélène Leroy pour la base de données PTME

Bases de données

- Rencontrer le nouveau responsable de SIDA INFO pour les requêtes sur la base et le suivi des consommations médicamenteuses
- Rencontrer l'équipe de pharmacie CPAMP afin d'estimer les besoins en une autre base que SAGE

CNLS

- Rencontrer l'équipe du CNLS pour la question du suivi biologique

VHC

- Rencontrer Emmanuel Kamo pour l'estimation des besoins en CV VHC et bilan du stage de juillet à Rennes
- Rencontrer Donavine Hakizimana à l'INSP pour valiser la réalisation des CV VHC sur RT2000, établir un circuit payant de ces examens

Cas cliniques et tests de résistance

- Deux après-midis de discussions de cas cliniques avec les équipes intéressées
- Rendu des résultats de tests de résistance avec présentation des cas par les médecins en charge des patients
- Discussion des critères de réalisation des tests de résistance eu égard au très faible nombre d'échantillons amplifiables sur la série ramenée en juin (4 buvards amplifiables sur 42 demandes).

PRINCIPAUX CONTACTS AU COURS DE LA MISSION

Dr Jérémie Biziragusenyuka, coordonnateur ESTHER

Dr Céline Kanyoge, Unité Sectorielle de Lutte contre le Sida, Ministère de la santé (USLS-Santé)

Dr Scolastique Manyundo-Risase, responsable du suivi ambulatoire au CPAMP HPRC

Dr Florette Musanabana, responsable du suivi hospitalier au CPAMP HPRC

Dr Claudette Ndayikunda, responsable biologie CHU Kamenge

Dr Evelyne Baramperanye, CNR (unité de recherche)

Dr Emmanuel Kamo, médecin responsable du dispensaire Brarudi

Dr Laurianne Beauvais, secrétaire général de la fondation GSK

Dr Pontien Ndabashinze, directeur du CHU Kamenge de Bujumbura

PTME

Une rencontre avec Céline Kanyoge, responsable PTME à l'USLS, a permis de définir les priorités de la formation PTME prévue du 14 au 17 novembre 2011. Le choix s'est porté sur une « formation par les pairs » encadré d'une expertise « Nord » : l'objectif de la formation et de valoriser les actions positives des équipes travaillant dans le cadre du projet ESTHER et transmettre la méthodologie d'intervention aux équipes qui débutent la PTME. LE choix des équipes intervenantes sera fait par Jérémy Bizira, Cédric Arvieux et Céline Kanyoge ; le choix des participants sera fait en coordination entre Céline Kanyoge et Jérémy Bizira. Une réactualisation des connaissances pour l'ensemble des participants sera réalisée par Christian Courpotin, Jérémy Bizira et Cédric Arvieux. Les équipes pressenties pour intervenir sont le CMC Buyenzi, le CDS Gatumba, l'équipe pluridisciplinaire du CHUK (CPAMP, pédiatrie, Centre de santé communautaire, gynécologie).

PROJET CMC-BUYENZI/FONDATION GSK/ESTHER

Les travaux prévus dans la 2nde tranche du projet (rénovation des locaux du planning familial) sont terminés, à l'exception de l'aire de jeux pour les enfants. Le 3^{ème} volet du projet déposé auprès de la fondation GSK a été accepté, sous réserve de modifications minimales et de la fourniture d'explications concernant les dépenses prévues sur certains postes. Une grande partie de ce projet est consacré à la construction d'une maternité, dont l'emplacement exact reste à déterminer. Il sera particulièrement important d'avoir des discussions poussées avec l'architecte, des options très différentes étant envisageables :

- Récupération et extension des locaux du bureau provincial situés à l'entrée du CMC (sous réserve de reconstruire de nouveaux locaux plus adaptés pour les besoins de stockage du bureau provincial)
- Construction de la maternité dans le prolongement des locaux actuels (coté labo) avec extension vers l'HPRC
- Construction des locaux dans la partie arrière du CMC, à l'emplacement actuel d'anciennes réserves de carburant.

Une mission entièrement consacrée au CMC (Dr Hélène Leroy) est prévue au cours de la semaine suivant la mission actuelle. Un point complet sera fait sur l'utilisation du dossier mère enfant, des données à recueillir et informatiser, de l'exploitation scientifique des données.

RECHERCHE

Une rencontre avec Evelyne Baramperanye, Claudette Ndayikunda et Jérémie Biziragusenyuka permet de faire le point sur les problématiques de recherche :

- Protocole Cryptococcose et fluconazole forte dose. L'idée et de faire le point avant une mission entièrement consacrée au projet, mi septembre 2011 (Dr Amélie Chabrol) :
 - Proposition d'envisager plutôt Ngozi que Gitega comme 4^{ème} centre, du fait du plus faible nombre de patients sous ARV dans la région et donc du plus grand nombre de cryptococcoses potentielles
 - Nécessité de vérifier qu'il n'y a pas de problème de « motivation » des laborantins, ce dernier point étant apparemment un des motifs qui ont empêché le bon déroulement de l'étude concernant la prophylaxie de la tuberculose par l'INH.
 - Savoir si les dosages des génériques de fluconazole disponibles sont correctement dosés : l'étude a été réalisée à Rennes (Dr Olivier Tribut, laboratoire de pharmacologie) et a permis de retrouver des concentrations comparables à celle du générique utilisé au CHU de Rennes (générique Burundi : 6% de produit en plus que dans le générique du CHU de Rennes).
- Il faut régler deux questions techniques : la mise à niveau du groupe électrogène du CNR afin que le congélateur à -80°C puisse être alimenté en permanence en toute sécurité ; voir quelles sont les

conditions de transport nécessaires pour les prélèvements qui ne seront pas réalisés à Bujumbura (Bururi, Gitega ou Ngozi).

- Travaux avec le laboratoire de rétrovirologie du CHU de Rennes
 - Les données collectées au fil des années n'ont pas ou peu fait l'objet de publications scientifiques. Dans un premier temps, il est nécessaire de récupérer les données manquantes concernant les dossiers des patients pour lesquels des séquençages ont été réalisés (travail réalisé au cours de la mission auprès de l'ANSS, la Brarudi, APECOS, HPRC et CHUK).
 - Envisager une coopération avec l'IRD/Martine Peeters afin de mettre en commun les données virologiques burundaises, nombreuses dans les deux laboratoires
 - Voir s'il est possible d'envisager une accréditation « OMS » du laboratoire de virologie de Rennes afin de faciliter une coopération tripartite CHU Rennes/CNR du Burundi/IRD (information transmise à Anne Maillard en rétrovirologie au CHU de Rennes).
 - Les demandes de séquençages vont maintenant être centralisées au CNR, avec la mise en place d'une fiche de demande « type » et la base de données sera directement complétée au CNR.

HOPITAL PRINCE REGENT CHARLES

La base de données SIDA INFO a été considérablement remaniée dans sa version 5, rendue plus conviviale, plus opérationnelle et plus facile à utiliser pour des utilisateurs « novices ». Au cours d'une demi journée de travail avec les médiateurs du CPAMP de l'HPRC en charge de la saisie des données, on constate :

- Une assez bonne maîtrise de l'outil de saisie
- Quelques difficultés à comprendre la finalité de certaines informations
- L'absence de règles de saisie bien définies : par exemple, dans le cas très fréquent où l'année de naissance est la seule donnée concernant la date de naissance, les médiateurs entrent dans la base une date au hasard dans l'année en question, au lieu de rentrer 01/01/XXXX ou 01/07/XXXX. Les médiateurs essaient d'être le plus précis possible dans les professions, ce qui multiplie les items et les rend inexploitable : on trouve dans la liste des professions : maçon, pêcheur, enfant... Il faudrait mettre en place un système par catégories.
- Concernant les perdus de vue, les utilisateurs savent sortir la liste mais n'ont pas de procédure écrite : quand doit-on sortir la liste des PDV, à partir de quand lance t-on une visite à domicile, que faire si elle n'est pas fructueuse dès la 1^{ère} tentative etc...
- Il n'y a pas de contrôle qualité des données : une mission va être confiée aux techniciens d'études cliniques du COREVIH Bretagne afin d'effectuer un contrôle qualité SIDAINFO/Dossiers cliniques sur l'ensemble des sites ESTHER.
- Un travail de mise en concordance entre les indicateurs ESTHER et les indicateurs automatiques de la base SIDA INFO est à faire. Une rencontre entre Valentin au CNLS et Emmanuel au CNR est prévue sur ce thème.
- Les fiches de suivis qui devraient être complétées par les médecins ne le sont pas. Après discussion avec Scholastique, responsable médicale du CPAMP, cette opération est tout à fait possible. Elle nécessite néanmoins que l'on installe un peu différemment les ordinateurs dans les bureaux médicaux.
- La saisie des traitements par les infirmières se fait maintenant entièrement sur SIDA INFO, le logiciel spécifique SAGE ayant été abandonné. La saisie est assez fastidieuse car :
 - Elle se fait à posteriori, ce qui nécessite de compléter un registre « intermédiaire »
 - La liste des médicaments n'apparaît pas dans l'ordre alphabétique mais dans l'ordre dans lequel les médicaments ont été rentrés dans le thésaurus de la page. Ainsi, la forme sirop d'un médicament va se trouver 50 lignes au dessous du même médicament en comprimés... il doit être

possible de réarranger la liste par ordre alphabétique et de la dépoussiérer... ce qui devrait faire gagner un temps considérable.

- Des registres multiples semblent contenir des informations non exploitables ou inutiles : ceux-ci étant réclamé par les services administratifs de l'hôpital une rencontre sera prévue avec ceux-ci lors de la prochaine mission afin de voir ce qu'il est utile ou inutile de noter lors du passage des patients.

Les médiateurs sont en demande d'être mieux intégrés à l'équipe et ont été rencontrés. Les salaires sont actuellement versés plus régulièrement, mais ont été diminués par rapport à ce qu'ils ont été à leur maximum. La rémunération a évolué de 87 000 Bfi lors de la création de l'équipe de médiateurs, jusqu'à 280 000 Bfi avec le projet APRODIS, et diminution à 250 000 Bfi/mois actuellement avec le projet PRIDE. Cela permet de reposer la question de la prime ESTHER, dont ne bénéficient pas les médiateurs. Il est évoqué la possibilité de verser la prime à l'ensemble de la structure, sans augmentation de son niveau global, ce qui signifie une baisse conséquente pour les médecins et les infirmières... Cette question sera discutée en novembre 2011 avec l'ensemble des équipes présentent lors du DIU afin qu'une décision commune à l'ensemble des CPAMP soit prise.

Pour 2012, les médiateurs souhaitent que l'on s'intéresse plus au sort des enfants, dont ils trouvent que la qualité d'accueil n'est pas équivalente à ce qui est proposé en milieu associatif ; ils proposent que l'on simplifie le système d'ordonnance, en passant à un système renouvelable comme en France, sans qu'il ne soit nécessaire de tout écrire chaque mois. Les médiateurs sont très demandeurs de sessions de formations continues dans leurs domaines de compétence. Les sessions prévues en novembre pour les CPAMP devraient répondre à cette demande.

Suite au passage de Cyrille (médiateur de santé) en France puis d'Elisabeth Bougeard (cadre de santé) et Sylviane Gautier (aide-soignante) au Burundi, une amélioration importante de l'organisation du CPAMP HPRC a été mise en place :

- La proposition de rendez-vous à dates fixes permet une régulation des flux et a entraîné une diminution des pics de fréquentation sans modifier la fréquentation globale
- La salle de counseling a été réaménagée pour être plus conviviale
- Il n'a par contre pas été possible de supprimer le registre des médiateurs qui paraissait superflu. Ce point sera abordé de nouveau au cours d'une future mission (cf. infra).

CONVENTION CHUK – CHU DE RENNES

Suite à la sollicitation du CHU de Rennes par le CHUK concernant la convention liant les deux établissements, une rencontre est organisée avec le Dr Pontien NDABASHINZE, directeur du CHUK.

Bien que le projet de convention écrit en 2002 pour faire suite à la convention e 1987 n'ait pas été signé, la coopération entre les deux structures n'a pas cessé :

- Accueil successifs de tous les directeurs du CHUK au CHU de Rennes : Dr Gordien en 2002, Liévin Nsabiyumva en 2006, Dr Novat Twungubumwe en 2009.
- Accueils de stagiaires du CHUK au CHU de Rennes : Pr Kamanfu, pneumologue ; Omar, chef de poste manipulateur radio ; infirmiers anesthésistes en coopération avec l'association « l'arbre du voyageur ».
- Réalisation du programme de formation à l'hygiène, coopération efficace des deux CHU de Rennes et de Bujumbura.
- Une convention existe déjà entre les deux CHU autour du projet ETSHER
- Une convention entre les deux universités, Rennes 1 et Bujumbura, existe et permet l'accueil de stagiaires burundais en France et français au Burundi.

En pratique, il est proposé d'organiser sous l'égide d'ESTHER une mission des directeurs de CHUK et HPRC en 2012 en France, une semaine à Avicenne et une semaine à Rennes. Puis une, mission de l'administration du CHU de Rennes à Bujumbura à l'occasion du prochain comité de liaison ETSHER. A la suite de ses missions, et

secondairement aux constatations de celles-ci, de nouvelles conventions inter-établissement pourront être signées. Il est néanmoins proposé au directeur du CHUK de proposer, en complément de la proposition cadre envisagée (mais qui n'engage pas vraiment les parties...), de rédiger quelques objectifs précis que les partenaires s'engageraient à tenir sur une période de 3 ans, en définissant des priorités de santé publique (Hygiène) ou de fonctionnement (radiologie, anesthésie etc...).

BIOLOGIE

Un point est fait avec Claudette Ndayikunda le mardi 6 et au CNLS avec Damien, directeur technique, le jeudi 8 septembre. Une visite auprès des laborantins de l'INSP est également organisée.

Il apparaît que:

- Plusieurs structures s'équipent ou envisagent de s'équiper dans le privé, notamment pour la charge virale et les CD4
- On ne dispose d'aucune information précise concernant la situation à Ngozi, ou il est question de l'installation d'un RT2000 Abbott, sans qu'aucune personne ne puisse amener plus d'information sur la situation réelle (appareil commandé, payé, en voie d'installation, quelles structures environnantes, quelle formation, quel encadrement... ?).
- Actuellement le RT2000 de l'INSP fonctionne, ainsi que les cytomètres pour les CD4. Concernant la charge virale, le problème est lié au débit insuffisant. Le jour de la visite l'ondeur est en panne et nous prévoyons un remplacement d'urgence sur les reliquats de crédits ESTHER ou fondation GSK, les deux projets ayant une ligne dédiée pour l'aide à la biologie. Une fois l'ondeur réparé, il semble que l'extracteur commandé puisse être installé, mais les règles de commandes des réactifs, des Kits et de la maintenance ne semblent pas avoir été définis avec Abbott à l'avance, contrairement à ce qui avait été proposé en 2010.

DISCUSSIONS DE CAS CLINIQUES, DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES EQUIPES

Deux sessions de discussions de cas cliniques ont été organisées, à l'HPRC (présence de l'équipe médicale de l'HPRC seulement) et au CHUK (présence de la SWAA, de l'ANSS, du CHUK, de la Brarudi). Les bonnes règles de prescription et les informations nécessaires à la réalisation des séquençages ont été rappelées.

Une des difficultés importantes des équipes actuelles et de devoir « jongler » avec les ruptures de stocks incessantes depuis 6 mois. Néanmoins les nouvelles lors de la mission étaient plutôt optimiste, avec l'arrivée imminente de nouveaux stocks.

Il n'y a toujours pas de test de dépistage de confirmation, ce qui complique la politique de dépistage : certains ne dépistent plus du tout, d'autres dépistent et demandent aux positifs de revenir plus tard pour la confirmation (ce qui permet tout de même de rendre tous les résultats négatifs sans problèmes). Des tests de confirmations sont arrivés via l'UNICEF (4000 unités) mais sont réservés à la PTME...

FUTURES MISSIONS

- Organiser une mission avec les TECS du COREVIH Bretagne pour une meilleure maîtrise de la base et le contrôle qualité des données
- Réaliser une formation PTME impliquant les acteurs burundais les plus avancés dans le domaine
- Organiser les sessions de formation continue antérieurement promises aux équipes des CPAMP dès la session de novembre 2011 du DIU (demande forte des équipes).
- Statuer sur la prime ESTHER des CPAMP pour 2012.
- Proposer une fiche de recueil manuelle pour les demandes de séquençage, permettant une saisie des données au CNR.

CONCLUSIONS

Cette mission a été plus positive que celle qui avait été menée en mars 2011, ou nous avons été confronté à un dysfonctionnement complet de la biologie, une déstructuration de l'équipe du CPAMP.

Les équipes soutenues restent très volontaires et emploient au mieux les moyens, assez faibles, alloués dans le cadre des projets. Il existe des marges de progression vers une meilleure organisation, mais les équipes montrent une forte volonté de progression.

Rapport de mission
Mission PTME – BUJUMBURA, BURUNDI
Du 11 septembre au 19 septembre 2011
(Hélène Leroy, médecin du service de maladies infectieuses du CHU de Rennes)

Cette mission s'inscrit dans le cadre de la Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) au Burundi dans le Centre de Médecine Communautaire (CMC) Buyenzi à Bujumbura.

Entre 2008 et 2011, notre intervention au CMC Buyenzi s'est articulée autour de plusieurs axes :

- une aide « technique » par la mise en place d'un dossier médical, l'organisation de formations sur la PTME, l'appui en matière de biologie
- l'amélioration des locaux et des conditions de travail (*cf photos 1 et 2*)
- un soutien des femmes suivies au CMC par le recrutement d'une médiatrice de santé et l'organisation de groupes de parole
- un apport nutritionnel par du lait maternisé pour les enfants des mères ne pouvant allaiter

Objectif de la mission : Evaluation du programme de PTME au CMC Buyenzi et renforcement du partenariat en impliquant le personnel dans l'amélioration de la « qualité de prise en charge » du couple mère-enfant.

1. Bilan des 3 ans de partenariat :

a. Analyse des données recueillies

- quelques chiffres relatifs à la cohorte mère-enfant et à la transmission du VIH en périnatal

A partir des dossiers médicaux saisis en totalité de mars 2009 à février 2011, nous avons répertorié les données sociodémographiques des mères (âge, statut marital, niveau d'études), leur gestité, leur date d'entrée dans le programme (permettant de calculer le temps sous ARV avant l'accouchement), leur taux de CD4, les antécédents de traitement antirétroviral notamment la Névirapine, leur prise de poids pendant la grossesse, leur statut nutritionnel (avec la mesure du périmètre brachial). Concernant les enfants, le poids de naissance et les résultats des différentes PCR VIH étaient relevés.

Nous avons pu étudier les dossiers de 668 femmes, mais seuls 482 (72%) couples femmes-enfants ont pu être évalués sur le critère principal qui est le résultat de la PCR-ADN à 6 semaines de vie. Effectivement, sur les 668 femmes, 18% (n=121) étaient perdues de vue, les résultats de PCR n'étaient pas disponibles pour 10% (n=65) et 18 enfants sont décédés avant d'être testés.

L'âge médian des mères est 32 ans [28-36], 33% n'ont jamais été scolarisées, 50% ne sont allées qu'en primaire. 28% (56/198) des femmes sont dénutries (périmètre brachial inférieur à 23,5 cm). Toutes les femmes ont reçu une trithérapie antirétrovirale pendant leur grossesse et l'allaitement (AZT, 3TC et NVP), et le terme médian de la grossesse au moment du début des ARV est de 24 semaines d'aménorrhée (SA) [20-28], les femmes sous antirétroviraux (ARV) au moment de la conception étant incluses. Pour les 320 femmes qui ont débuté les ARV

durant la grossesse, le terme médian de la grossesse à la mise sous ARV est de 11 SA [8-14]. Seuls 36% des femmes (176/482) ont eu un dosage de CD4 avant l'accouchement, et le taux de CD4 médian est de 369/mm³ [238-513]. Aucune femme n'a eu une mesure de la charge virale avant l'accouchement.

Le taux transmission mère-enfant est de 1,0% (5/482) à 6 semaines de vie. Les 5 femmes pour lesquelles il y a eu transmission ont à priori été traitées insuffisamment par ARV puisque la durée médiane est de 7 semaines [4-12]. Les PCR après l'allaitement sont disponibles pour 185 enfants (38%) et 2 autres enfants ont malheureusement été contaminés pendant l'allaitement. Onze enfants (2,3%) sont décédés après la naissance et l'âge médian de décès est de 4 mois [3-8] ; tous avaient une PCR négative à 6 semaines de vie. L'infection par le VIH n'est pas la seule cause de mortalité des enfants et c'est pourquoi nous devons également nous intéresser aux autres facteurs de morbidité comme la malnutrition maternelle et infantile.

- présentation à l'équipe sur le terrain, avant analyse finale des données (diaporama en annexe)

Le 15 septembre 2011, nous avons organisé une réunion avec toute l'équipe du CMC Buyenzi (Directrice, médecins, infirmières (PTME, consultation prénatale, planning familial), médiatrices de santé, agent d'entretien) afin de faire le point sur les 3 ans de partenariat, de mettre en avant les points positifs du projet et de noter les améliorations envisageables. Nous avons particulièrement insisté sur les points suivants :

- l'efficacité du programme de PTME au CMC puisqu'il n'y a que très peu de contaminations
- la régularité des visites de mères durant la grossesse et en post-partum
- l'importance d'avoir pu très tôt établir un dossier médical mère-enfant permettant d'améliorer le suivi et l'interaction infirmières/médecins. Nous avons également rappelé que le dossier a servi de modèle au Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) pour le dossier de PTME qui est utilisé dans toutes les structures prenant en charge la PTME depuis août 2011. Ceci montre l'intérêt qu'un dossier médical peut représenter et légitime celui que nous avons mis en place.
- l'amélioration des conditions d'accueil et de travail depuis la réalisation des travaux d'aménagement
- la nécessité d'avoir des données chiffrées sur les résultats du programme, à la fois pour l'évaluation interne et la mise en évidence précoce des dysfonctionnements.

Nous avons également expliqué pourquoi nous nous intéressons particulièrement à quelques indicateurs qu'il est indispensable de bien relever pour chaque femme :

1. le temps sous traitement antirétroviral avant l'accouchement, seul élément pouvant nous permettre d'approcher la charge virale à l'accouchement, non disponible en routine actuellement au Burundi. Or cette dernière est l'élément déterminant pour limiter la transmission mère-enfant.
2. la malnutrition maternelle et le petit poids de naissance des enfants, facteurs de comorbidité
3. les résultats des PCR des enfants qui doivent être réalisés à 6 semaines et après le sevrage, ainsi que devant tout élément clinique laissant craindre une contamination. Nous avons rappelé qu'avant l'âge de 2 ans, le traitement chez l'enfant contaminé par le VIH est une urgence vitale.

- b. Points à surveiller et à améliorer

- Assurer la disponibilité de la PCR pour tester précocement les enfants

Effectivement, depuis février 2011, les tests PCR ne sont plus réalisés aux enfants des mères suivies dans le projet faute de réactifs à l'INSP (Institut Nationale de Santé Publique) et depuis l'arrêt des envois des tests au Rwanda grâce à la Fondation Clinton. Ce retard pourrait être directement préjudiciable pour les enfants contaminés chez qui le traitement antirétroviral doit être débuté en urgence.

Depuis ma mission :

Les PCR sont de nouveau réalisées à l'INSP depuis le 16/11/11. En moins d'un mois, 116 enfants ont été prélevés à la date du 7 décembre 2011, et un enfant sur les 116 a été testé positif pour le VIH et est malheureusement décédé. Le personnel du CMC doute quant à l'observance médicamenteuse de la mère de l'enfant qui avait été mise sous ARV à 26 SA.

- Augmenter la durée des ARV pendant la grossesse = s'assurer d'une charge virale la plus basse possible au moment de l'accouchement

Pour ce faire, il est nécessaire de :

- Réduire les pertues de vue ou les interruptions de traitement

Jusqu'alors, il était difficile pour la médiatrice de santé du CMC de repérer les femmes perdues de vue. Nous avons mis en place un système d'alerte hebdomadaire (base ACCESS) permettant à Seconde de connaître les patientes qui auraient dû se présenter dans la semaine, le repérage allant jusqu'à 45 jours sans venue au CMC (cf2a)).

- Faire en sorte que les femmes enceintes entrent précocement dans le programme de PTME

Ceci peut être rendu possible par une sensibilisation lors des groupes de paroles mensuels en insistant auprès des femmes pour venir le plus précocement possible au CMC lors de la prochaine grossesse. Pour les femmes qui n'ont jamais été suivies au CMC, une action auprès des centres de santé des quartiers pourrait être envisagée.

On peut également se poser la question de considérer la grossesse comme une indication de débuter un « traitement à vie », ce qui réduirait les risques d'arrivée tardive dans les programmes lors des grossesses suivantes. Ceci pourrait également diminuer le risque d'acquisition des résistances aux ARV (notamment à la Névirapine), lors de grossesses rapprochées.

- Prendre en charge les autres facteurs de morbidité

Un des facteurs de morbi-mortalité des enfants est le petit poids de naissance, facteur qui augmente également le risque de transmission du VIH.

Il est nécessaire de sensibiliser le personnel du CMC quant à l'importance de pouvoir repérer les femmes ayant un risque d'avoir un enfant avec un petit poids de naissance afin de pouvoir mettre en place des mesures de supplémentation nutritionnelle. L'espacement des grossesses par le planning familial est aussi à privilégier.

2. Projets pour l'amélioration de la prise en charge

a) Un nouveau masque de saisie : vers une simplification pour plus d'efficacité

Cette première analyse de données nous a permis de confirmer qu'il était possible de mettre en place un dossier médical personnalisé utilisé par les médecins et les infirmières prenant en

charge la PTME au CMC Buyenzi. La saisie exhaustive des données des dossiers entre mars 2009 et février 2011 a permis une analyse complète de nombreux facteurs pouvant influencer l'efficacité du programme et nous a permis de mettre en exergue certains problèmes à améliorer. Néanmoins il s'agit d'une saisie chronophage. C'est pourquoi nous avons décidé lors de cette mission de mettre en place un masque de saisie simplifié, ne reprenant qu'une trentaine de variables et permettant d'avoir les données essentielles pour évaluer le programme et avoir des actions ciblées d'une manière très réactive s'il y a un problème identifié. Les données répertoriées concernent :

- La date d'entrée dans le programme permettant d'avoir la durée du traitement antirétroviral avant l'accouchement (la charge virale avant l'accouchement n'étant pas disponible)
- Le statut nutritionnel : périmètre brachial de la femme, poids de naissance de l'enfant
- Les femmes perdues de vue
- Le devenir de la femme et de l'enfant (notification des décès, des références à d'autres structures de prise en charge)

Cette nouvelle base réalisée sur ACCESS par le statisticien du CNR, M. Emmanuel Nindagiye est complétée régulièrement par Seconde, médiatrice au CMC Buyenzi. Un programme permet d'avoir accès d'une manière très aisée à la liste des patientes qui sont traitées (pendant la grossesse ou l'allaitement) et qui ne sont pas venues chercher leur traitement anti-rétroviral mensuellement. Un retard d'une semaine fait de la femme une « perdue de vue » et la médiatrice de santé, doit s'enquérir rapidement de la cause de sa « non-venue » au CMC. Seconde va en première intention téléphoner aux patientes si un numéro est disponible et, en deuxième intention, se rendre au domicile de la patiente.

Depuis ma mission :

Depuis la fin du mois de novembre 2011, Seconde parvient à mettre régulièrement à jour la base de suivi en saisissant les nouvelles patientes. Elle effectue une mise à jour avec les dates de consultation, les fins de suivi si les patientes sont référées, et saisit les nouveaux nés et les résultats des PCR. Elle imprime également la liste des PDV après toutes ces mises à jour, avant les visites 3 fois par semaine (lundi, mercredi, vendredi). Avec l'aide de Solenne Aubrée, Seconde a établi des secteurs géographiques, et les visites s'y font en priorité selon la liste des PDV. Elle intègre également lors de ces visites les mères du même secteur dont les enfants n'ont pu bénéficier des PCR du fait de la rupture de réactif pendant plus de 8 mois.

b) Une prise en charge globale du couple mère-enfant

Avec le projet de construction d'une maternité au sein du CMC Buyenzi, le programme de PTME va être exclusivement effectué au CMC : dépistage des femmes enceintes, mise sous traitement anti-rétroviral et gestion de ce dernier, consultations prénatales, accouchement, allaitement protégé, suivi de l'enfant infecté. Pour 2012, il est projeté de construire une maternité au sein du CMC et de former une des médecins spécifiquement sur la prise en charge des nourrissons infectés par le VIH.



Photo 1 : hangar réhabilité pour les vaccinations des enfants et les groupes de paroles



Photo 2 : Bureau de consultation des infirmières de PTME

Rapport de mission Esther Burundi : volet hygiène hospitalière

12 septembre-16 septembre 2011. Dr JM Chapplain

Introduction :

Cette mission avait quatre objectifs :

Produit Hydro-alcoolique (PHA)

Surveillance épidémiologique

Formation octobre-décembre 2011

Projet APPS et programme d'action 2012

Elle a concerné les deux sites du partenariat : l'hôpital Prince régent Charles (HPRC) et le CHU Kamenge (CHUK).

1. Les PHA

a. *Mise en place à l'HPRC :*

Il est prévu d'achever la mise en place des PHA dans l'hôpital la semaine du 19 septembre par la venue de deux personnels du CHU de Rennes (une infirmière et une technicienne). Le programme a été élaboré avec les services restants (Pédiatrie, Médecin Interne, Bloc opératoire, stomato/ORL, ophtalmologie, et le Centre de traitement ambulatoire du VIH (CPAMP)).

Les PHA ont été commandés pour ces services. Des tests d'efficacité par emprunts sur boîte de Petri seront également réalisés.

L'utilisation des PHA dans les services déjà pourvus est hétérogène ; si l'obstétrique est particulièrement partante (salle des femmes césariées), d'autres sont moins observant (salle de chirurgie, le bloc maternité).

Le stockage et les commandes ne posent pas de problèmes pour la pharmacie de l'HPRC. Une fiche est régulièrement mise à jour. Cette fiche renseigne également sur les commandes et dispensation dans les services.

Un fichier Excel a été créé pour suivre ces commandes par service et permettra ultérieurement de déterminer dans quelles services la sensibilisation serait utile (François de l'unité d'hygiène de l'HPRC se charge de mettre à jour ce tableau).

Le prix unitaire d'un flacon de 400 ml est de 3828,5 FBU (environ 2,5 euros ou 3 dollars).

Les flacons sont commandés par lot de 150, 350 flacons ont été commandés depuis le début de l'implantation des PHA (avril 2011).

Basée sur ces chiffres, une estimation de budget annuel de 4 millions de FBU a été proposée pour l'achat des PHA (environ 2 500 euros).

La direction générale et la direction financière ce sont engagées dans cet effort qui reste néanmoins à effectuer en pratique sur le budget de l'hôpital en 2012. François est chargé de suivre ce point avec la direction financière.

b. La fabrication par la SIHAR

L'entreprise, si elle est incontournable, n'offre guère confiance à moyen terme (voire à court terme). D'une part les commandes sont largement sous dimensionnées par rapport aux capacités des cuves et du matériel, d'autre part si on n'estime des commandes à environ 2000 flacons par an et pour les deux hôpitaux pour la fin 2012 ; la Siphar souhaite des commandes de l'ordre de 6 000 flacons par an.

Par ailleurs, eu égard au faible volume produit (et à la marge financière réduite), aucune démarche qualité n'est réalisée sur cette fabrication

Le seul argument retourné à l'ingénieur rencontré, chargé de la production, est la promotion du produit réalisée par le partenariat d'une part et la possibilité à moyen terme de diffusion à d'autres hôpitaux.

Il a été convenu de poursuivre les commandes, une alternative doit être envisagée rapidement car une rupture de stock obérerait considérablement le bon usage dans les services. Séverine Fauveau, technicienne au CHU de Rennes et François de l'HPRC sont mandatés afin de pouvoir trouver le moyen de fabriquer le produit dans l'un ou l'autre hôpital. Il s'agira de l'objectif principal de la prochaine mission de Séverine

c. La mise en place au CHUK

Sera prévu dans le plan d'action 2012 sur le même mode opératoire de celui de l'HPRC (binôme CHU de Rennes et hygiéniste du CHUK pour la formation à la gestuelle et aux indications). Le directeur nommé depuis janvier 2011 a été rencontré et a donné son accord en présence du directeur des soins. L'estimation financière annuelle leur a été communiquée sans engagement ferme de leur part, cette somme devrait donc être engagée par le partenariat pour 2012.

2. La surveillance épidémiologique

a. A l'HPRC

Les infections du site opératoire sont donc surveillées en continu par l'unité d'hygiène (François pour les césariennes et Emmanuel pour le reste de la chirurgie).

Les données sont recueillies régulièrement par le passage dans les services des deux hygiénistes. Elles sont saisies sous Epi-info sur l'ordinateur portable du programme (prêté à cet effet). Il y a eu des ajustements à faire sur le masque de saisie (création d'une case infection, suppression de la modalité « 9 » pour « inconnu »). Il existe un besoin de formation pour le nettoyage

et l'analyse descriptive des données. Il a été également souligné l'importance de rédiger un rapport (bref) des résultats pour 2010 et 2011 ainsi qu'une restitution aux équipes de soins.

Concernant les accidents d'exposition au sang (AES), les données sont également saisies sur Epi-info sur l'ordinateur du CPAMP à partir du registre de déclaration des AES (17 AES déclarés à la date de la mission depuis mai 2011 = environ 4 mois). Il est à noter que ce registre est mal tenu, qu'il manque des informations essentielles (dates de l'AES), que le test VIH n'est pas proposé au soignant qui vient consulter, qu'il n'y a aucun suivi après l'AES (que le traitement soit donné ou non), que les indications de traitement ne sont pas claires.

Jérémie le coordonnateur local et Emanuel de l'unité d'hygiène devrait revoir ce dispositif.

Enfin la réalisation d'une enquête de prévalence (un jour donné) a été de nouveau évoquée par les partenaires Burundais (Directeur des soins) et devrait de fait être à l'étude (Dossier suivi par François et Pascal Jarno)

b. Pour le CHUK

Les mêmes masques de saisies ont été positionnés sur l'ordinateur de l'unité d'hygiène du CHUK (Patricie et Sylvestre). Quelques corrections ont été apportées. Il a été convenu du fait de l'activité chirurgicale importante du CHUK de réaliser une enquête sur les 3 derniers mois de l'année (octobre, novembre et décembre) cette année à renouveler l'année prochaine (2012).

Une mission de Lauren interne de santé publique du CHU de Rennes pourrait intervenir avant la fin de l'année afin d'apporter une formation plus approfondie du logiciel Epi-info, d'aider à la rédaction du rapport pour l'HPRC et de répondre aux demandes des deux équipes. Il serait également très utile de prévoir un nettoyage *in extenso* des ordinateurs des différents virus et d'apporter pour cette mission les outils nécessaires. Enfin une connexion internet a été réalisée sur l'ordinateur de l'hygiène de l'HPRC (il était déjà fonctionnel au CHUK).

3. Formations de fin d'année 2011

Pour des raisons qui m'ont échappées un budget formation est à disposition pour l'hygiène hospitalière et doit être consommé avant la fin de l'année 2011. Après discussion avec les différents acteurs (la coordination, la direction générale du CHUK, les directeurs de soins des deux hôpitaux et les hygiénistes), il a été décidé de proposer deux formations.

a. Formation hygiène de base

Sur exactement le même mode et les mêmes contenus, cette formation serait destinée aux personnels n'ayant pas bénéficié des sessions de formations précédentes (septembre 2008 et mai 2009). En revanche il n'y aurait pas d'intervenants des CHU français, elle serait uniquement assurée

par une équipe Burundaise, celle là même qui l'avait déjà réalisée (les trois hygiénistes Emmanuel, François et Sylvestre ; les deux chefs nursing Patricie et Marie, le coordonnateur Jérémie, le médecin du CPAMP ; Florette).

Cette formation concernerait les absents des précédentes formations et les nouveaux venus. Charge aux hygiénistes de retrouver les listes des soignants déjà formés et surtout les listes d'émargement avec la coordination (Frediane).

En fonction du nombre de participants, cette formation pourrait aussi être proposée à l'équipe du Centre Médical Communautaire Buyenzi, partenaire du projet Esther. (Jérémie). Cette formation serait réalisée la dernière semaine d'octobre.

b. Formation des chefs de poste et des infirmières référentes en hygiène

On propose la réalisation d'une deuxième session de formation destinée cette fois ci aux chefs de postes et infirmières volontaires. L'idée est de former de façon plus approfondie des acteurs « clé » de l'organisation de l'hospitalisation et de l'prise en charge des patients.

Il s'agirait de sélectionner 20 chefs de postes et 20 infirmières pour chaque hôpital pour leur proposer deux journées de formation en hygiène.

Après un cours commun le matin, les soignants seraient divisés en deux groupes l'après midi : les chefs de poste seraient formés sur les aspects d'organisation et de sensibilisation des gardes malades aux règles d'hygiène, les infirmières sur des aspects de geste technique (pose de perfusion, réfection de pansement).

Pascal Jarno pourrait assurer la coordination pédagogique de ce module et serait présent sur place pour assurer quelques sessions de formations.

Marie Février et Anne Gaulay (infirmières hygiénistes de Rennes) pourraient assurer le suivi et le contenu de la formation à distance en lien avec les unités d'hygiènes du CHUK et de l'HPRC.

4. African Paternships for Patients Safety (APPS) et programme d'actions 2012

a. Préparation de l'analyse situationnelle APPS de l'OMS

En 2012, le partenariat Esther volet hygiène sera intégré dans un programme plus large promu par l'OMS sur la sécurité des patients. Ce programme va permettre la poursuite des actions engagées et de définir de nouvelles orientations pour les années à venir.

Malgré l'ancienneté (toute relative) de la collaboration dans le cadre d'Esther (début en novembre 2007), ce projet APPS prévoit une évaluation de la situation locale sur 12 points concernant la sécurité des patients (annexe 1).

Cette évaluation sera menée par Joyce, coordinatrice pour l'OMS de ce projet, basée à Nairobi. Cette première analyse situationnelle permet de définir un groupe de travail et des axes d'actions qui recourent bien évidemment les points développés par le partenariat Esther.

Il a été décidé pour chaque hôpital (CHUK et HPRC) de réunir un groupe de contact coordonné par un responsable et qui sera en charge de recueillir les informations utiles à l'élaboration de ce document. Cette analyse prévoit la description de la situation de façon claire (réponse oui/non) assorti pour certaines items de descriptions plus précises ou de documents à joindre.

- i. Pour l'HPRC : le groupe sera animé par François et réunira (en attente de confirmation) : un médecin (chef de service de l'obstétrique, Chloé), la chef de poste du bloc opératoire (Lin), la chef nursing (Marie), le directeur des soins (Jean-Bosco), le pharmacien (Claire), un représentant du ministère de la santé (Prote). Une réunion préalable pourrait être organisée afin de familiariser l'ensemble du groupe aux questions posées et de permettre d'anticiper les réponses à fournir.
- ii. Pour le CHUK ; le groupe sera animé soit par Patricie (Chef nursing) soit par Sylvestre (technicien d'Hygiène) ; il réunira les mêmes fonctions qu'à l'HPRC (médecin, chef de poste, pharmacien, directeur des soins). Une rencontre préalable du groupe est là aussi souhaitable pour les mêmes raisons qu'à l'HPRC.

La visite de Joyce pour la collecte de ces informations devrait intervenir courant octobre, une date serait définie très prochainement. Le coordonnateur d'Esther (Jérémie) sera en charge de coordonner la visite sur les deux hôpitaux.

b. Programme d'actions 2012

i. HPRC :

1. Renforcer la compétence de l'unité d'hygiène par la proposition d'un stage en France au CHU de Rennes d'un hygiéniste (François). Les actions seront menées par l'unité d'hygiène et se concentreront sur la maternité et le bloc opératoire. Un appui décisif devrait être apporté par le chef de service de l'obstétrique qui pourrait aussi réaliser un stage dans la maternité du CHU de Rennes et par la formation des chefs de poste et des infirmières volontaires référentes en hygiène (prévue fin 2011).
2. Poursuivre la surveillance épidémiologique : infection du site opératoire (césarienne et chirurgie générale) pour les 6 premiers mois de l'année, surveillance des AES : suivi par l'unité d'hygiène de l'HPRC et Lauren à Rennes. Une enquête de prévalence pourrait également être proposée et pourrait aussi être le point d'orgue d'une journée à l'hôpital dédié à l'hygiène. La réflexion a été initiée par Pascal qui se charge d'évoquer ce point pour la prochaine mission.
3. Maintenir une surveillance sur le circuit, l'approvisionnement et la consommation des PHA avec

réalisation de tests de qualité réguliers sur boîtes de Pétri : suivi par l'unité d'hygiène de l'HPRC et Séverine à Rennes.

ii. CHUK :

1. La principale activité va concerner l'implantation des SHA dans l'hôpital. Un programme sera proposé en début d'année. Dossier suivi par Jean-Marc et Patricie
2. Poursuite de la surveillance des ISO sur les 3 derniers mois de l'année, suivi par Sylvestre et Lauren.

5. Divers :

a. Gestion de l'épidémie de cholera à l'HPRC

Au mois d'août, l'hôpital a été chargé de prendre en charge une recrudescence des cas de choléra sur Bujumbura (maladie endémique au Burundi) : 109 cas en un mois (sans décès). Un pavillon est à disposition pour recevoir ces malades mais est situé en plein centre de l'hôpital. L'architecture pavillonnaire permet de dédier des salles aux pathologies hautement contagieuses mais cette localisation centrale pouvait faire prendre de risques aux autres patients hospitalisés.

Médecins Sans Frontières (présent au Burundi) a été sollicité par les autorités pour organiser une structure de prise en charge des patients cholériques dans l'enceinte même de l'hôpital.

Il semble tout à fait possible de mener une réflexion pour mettre à disposition un pavillon excentrée (numéro 19 ou 20) et un circuit des patients pour la prise en charge de patients cholériques (ou autres). François se charge d'étudier les possibilités avec l'aide de la coordinatrice de MSF (Laetitia) et du directeur des soins.

b. Coopération japonaise (JICA)

Un effort considérable a été entrepris par la JICA sur l'HPRC (et autres centres de santé de Bujumbura : 3 millions de dollars sur 3 ans). Ce programme prend fin en 2011. La volonté pour la suite est de promouvoir la santé maternelle.

Il est souhaitable de coordonner les activités et les interventions notamment sur l'HPRC. Des groupes de travail ont été constitués dans chaque service par le projet japonais « 5 S/5 K », le choix par exemple des infirmières référentes pour la formation en hygiène devrait peut être impliquer ces groupes. Marie Bukuru (Chef nursing) pourrait aider à solidariser les actions de la JICA avec celles d'Esther

c. Les « safety box »

Permettent le recueil au plus près du malade pour élimination des aiguilles et matériels coupants. L'approvisionnement de ces boîtes est fortement aléatoire et dépend de dotation des divers programmes (Croix rouge...). Une entreprise d'emballage a été approché (Carton BU) une proposition assez

peu satisfaisante a été faite (fabrication de boîte en carton avec couvercle qu'il faudrait après percer et solidariser avec un scotch...). Un échantillon va néanmoins être réalisé avec un devis (dossier suivi par François). En cas de rupture de stock, la question se pose de disposer au moins de ces emballages. A noter que l'incinérateur à aiguilles ne fonctionne toujours pas faute de raccordement électrique.

d. Dépistage VIH des femmes en salle d'accouchement à l'HPRC

Après des réticences au démarrage, il semble désormais que l'équipe de la maternité soit disposée à réaliser des tests rapides de dépistages du VIH en cas de statut inconnu chez les parturientes. Une mise à disposition des kits est donc à réaliser dans les meilleurs délais dans la maternité. Le coordonateur Esther, Jérémie se charge de ce point qui ne peut pas rester en l'état eu égard à la perte de chance considérable en cas d'absence de prise en charge spécifique chez les femmes séropositives et leurs enfants.

ANNEXE 1

Analyse Situationnelle de la Sécurité des patients (Version courte)

Partenariats Africains pour la Sécurité des Patients (APPS)

Décembre 2010

Vue d'ensemble

Fournit un cadre de travail pour la collecte rapide d'informations principalement grâce à une approche Oui/Non

- Suffisamment simple pour permettre une collecte efficiente et effective d'informations dans des domaines variés en matière de Sécurité des Patients dans les hôpitaux Africains.
- Fournit par une méthode structurée une estimation rapide ou une analyse des écarts et permet par la même occasion l'identification des forces.
- N'est pas un outil formel de recherche mais est destiné à être utilisé comme un guide permettant de faciliter la collecte rapide d'information devant servir comme base et peut être facilement revue et analysée afin d'identifier les domaines sur lequel on peut agir ultérieurement.
- Une fois que les domaines d'intérêt ou cibles d'actions ont été identifiés, la version longue du Guide d'analyse situationnelle devrait être utilisée pour collecter des informations plus détaillées sur les principaux domaines de la sécurité des patients.
- Les informations recueillies dans la version courte et dans la version longue seront combinées pour servir de base solide de données pour la planification d'actions en matière de sécurité des patients au niveau de l'hôpital.

A qui ce guide est-il destiné?

Toute personne ou membre d'un hôpital cherchant à collecter des informations afin d'acquérir une rapide compréhension de la situation de la sécurité des patients dans son institution.

Quel est l'objectif de ce Guide?

Assister les hôpitaux à collecter rapidement des informations pour fournir une vue de la sécurité des patients dans un hôpital spécifique.

Quelle est la structure de ce Guide?

Ce guide est composé de trois parties.

- La première partie aborde les étapes de la collecte de données.
- La deuxième partie est consacrée aux informations générales de l'hôpital.
- La troisième partie se compose d'une série de questions sur les 12 domaines d'action de la sécurité des patients (pages 5-14).

1^{ère} partie : Collecte d'Information – Etapes clés

☞ Identifier les principaux individus au sein de l'hôpital qui ont un intérêt dans la sécurité des patients.

- *Ces personnes devraient couvrir toutes les professions et départements.*
- *Identifier au moins un leader principal qui peut agir comme personne « prendre fait et cause » champion dans l'hôpital.*
- *Identifier un coordonnateur chargé de la collecte des informations et sa compilation.*

☞ Former l'équipe sur la sécurité des patients au sein de l'hôpital grâce aux personnes essentielles citées ci-dessus.

☞ Conduire des réunions pour expliquer aux collègues de l'hôpital pourquoi on s'intéresse à la sécurité des patients et explorer la compréhension actuelle. Partager les informations clés sur la sécurité des patients avec ce groupe:

- *Poids de la sécurité des patients au niveau mondial, régional et national*
- *Décrire le trajet du patient en exposant les principaux problèmes de sécurité des patients*
- *Le fait que des solutions existent*
- *Les 12 domaines d'action définis par l'OMS Région Afrique¹*
- *Les exemples de succès dans l'amélioration de la sécurité des patients au niveau de l'hôpital ou dans d'autres hôpitaux dans le pays ou dans la région*
- *Relations entre l'amélioration de la sécurité des patients et la qualité des soins*
- *Réflexions sur l'implication des éléments précités pour l'hôpital*

☞ Garantir l'appui à un niveau élevé de l'hôpital pour la réalisation rapide d'une analyse situationnelle

☞ Familiariser les collègues à la "Version Courte-Guide d'analyse situationnelle de la Sécurité des patients" et expliquer les modalités de collecte de l'information ainsi que les modalités d'utilisation de ses données pour planifier les actions à entreprendre

☞ Décider sur la base des principales personnes ressources de l'hôpital celles qui doivent être contactées pour collecter les données

☞ S'assurer que le coordinateur de la collecte des données dispose d'un registre avec les sources de données et effectuer une vérification croisée des données dans la mesure du possible

☞ Utiliser les rapports existants ou les anciennes données collectées pour les insérer dans l'analyse situationnelle

¹ **12 Domaines d'Action de la Sécurité des Patients:** 1. Sécurité des Patients et Systèmes de Santé; 2. Politiques Nationales de Sécurité des Patients; 3. Connaissance et Apprentissage de la Sécurité des Patients; 4. Augmentation de la Sensibilisation sur la Sécurité des Patients; 5. Les infections nosocomiales; 6. Protection du Personnel de Santé; 7. Gestion des Déchets Médicaux; 8. Sécurité de la Chirurgie; 9. Sécurité de la Médication; 10. Partenariats pour la Sécurité des Patients; 11. Financement de la Sécurité des Patients; 12. Surveillance et recherche sur la Sécurité des Patients.

2^e Partie: Informations Générales de l'Hôpital

Nom de l'hôpital		Point focal responsable de la collecte des informations			
Type d'hôpital (entourer la réponse correcte)	<i>Général</i>	<i>Universitaire</i>	<i>Privé</i>		
	<i>Régional</i>	<i>Tertiaire</i>			
Nombre de lits		Admissions annuelles		Population cible	
Départements (entourer les départements appropriés)	<i>Médecine Interne</i>	<i>Chirurgie</i>	<i>Intensive care</i>		
	<i>Urgences</i>	<i>Obstétrique</i>	<i>Gynécologie</i>		
	<i>Pédiatrie</i>	<i>Pharmacie</i>	<i>Radiologie</i>		
	<i>Maternité</i>	<i>Laboratoire</i>	<i>Autre (décrivez ci-dessus)</i>		
Nombre total de personnel de santé		Nombre total d'administrateurs ou de gestionnaires		Nombre total du personnel et employés de l'hôpital	
Nombre total des médecins		Nombre total de médecins formés au contrôle des infections		Nombre annuel d'étudiants en médecine	
Nombre total des infirmières		Nombre total d'infirmières formées au contrôle des infections		Nombre annuel d'étudiants infirmiers	
Nombre total des auxiliaires de santé		Nombre total du personnel de laboratoire		Nombre total de microbiologistes	
Nombre total de pharmaciens		Nombre total de techniciens en pharmacie		Nombre total du personnel d'entretien	

		Oui	Non	NC
1.	Existe-t-il une alimentation propre en eau courante?			
2.	Existe-t-il une alimentation fiable en eau courante?			
3.	La structure de l'hôpital permet-elle de protéger les patients et le personnel des aléas climatiques?			
4.	Est-ce que la source d'électricité est fiable?			
5.	Existe-t-il un système téléphonique fiable dans l'hôpital?			
6.	Existe-t-il un accès fiable à internet et aux emails au sein de l'hôpital?			

3^e Partie: Douze domaines d'action de la Sécurité des patients

Douze domaines d'actions en matière de sécurité des patients ont été identifiés par l'OMS AFRO dans un document technique (Sécurité des patients dans les services de santé en Afrique : enjeux et solutions) présenté au comité régional d'OMS AFRO en 2008². Le document technique approuvé par chacun des 46 pays de la Région Afrique est donc utilisé comme base pour élaborer ce document. Des principales questions sont posées dans chacun des douze domaines d'action, visant à collecter des informations essentielles dans chaque domaine spécifique. Les douze domaines d'actions sont listés dans le tableau ci-dessous.

	Domaine d'action	Version courte	Version longue
1.	Sécurité des Patients, Services de santé et développement de systèmes	Page 6	Page7
2.	Politiques nationales de sécurité des patients	Page 6	Page9
3.	Connaissance et apprentissage de la sécurité des patients	Page 7	Page11
4.	Augmentation de la sensibilisation sur la sécurité des patients	Page 7	Page 13
5.	Les infections nosocomiales	Page 8	Page 15
6.	Protection du personnel de santé	Page 10	Page 19
7.	Gestion des déchets médicaux	Page 11	Page 21
8.	Sécurité de la chirurgie	Page 12	Page 23
9.	Sécurité des médicaments	Page 13	Page 25
10	Partenariats pour la sécurité des patients	Page13	Page 27
11.	Financement de la sécurité des patients	Page 14	Page 29
12.	Surveillance et recherche sur la sécurité des patients	Page 14	Page 31

² Sécurité des patients dans les services de santé en Afrique : enjeux et solutions, Rapport du Directeur Régional lors de la 58^e session du Comité Régional, Septembre 2008. Yaoundé, Cameroun.

I Sécurité des Patients, services de santé et développement de systèmes

		Oui	Non	NC
1.	Existe-t-il un plan stratégique à long terme pour l'hôpital?			
2.	Existe-t-il un plan annuel pour l'hôpital?			
3.	Existe t-il une charte organisationnelle qui fournit des détails sur le leadership de l'hôpital, la structure décisionnelle et la responsabilité financière?			
4.	A-t-on effectué un inventaire détaillé de tous les objets de l'hôpital l'année dernière?			
5.	Existe-t-il un processus fiable d'approvisionnement en matériel de soins?			
6.	Existe-t-il un système d'enregistrement des données du patient en cours d'utilisation ?			
7.	Existe-t-il des programmes dans l'hôpital pour promouvoir l'assurance qualité?			

II Liens avec les politiques nationales de sécurité des patients

		Oui	Non	NC
1.	Existe-t-il un comité national responsable de l'élaboration de politiques en matière de sécurité des patients?			
2.	Existe-t-il une agence nationale de régulation qui s'occupe de la mise en œuvre de politiques en matière de sécurité des patients ?			
3.	Est-ce que le directeur de l'hôpital est au courant d'une quelconque politique nationale sur les problèmes de sécurité des patients (les exemples couvrent l'hygiène hospitalière ou tout autre problème de sécurité des patients abordé dans ce guide)?			
4.	Est-ce que le personnel de l'hôpital participe à un forum pour l'élaboration de politiques de santé ?			
5.	Est-ce que des recommandations de l'OMS pour la sécurité des patients ont été utilisées pour la création de politiques dans l'hôpital ?			
6.	Existe-t-il des manuels nationaux de formation sur la sécurité des patients ?			
7.	Est-ce que l'hôpital a participé à la mise en œuvre de politiques nationales sur la sécurité des patients?			
8.	Existe-t-il des cas où la sécurité des patients à l'hôpital a influencé la politique nationale pour la sécurité des patients ?			
9.	Existe-t-il des mécanismes d'échanges avec d'autres hôpitaux et établissements de santé sur la coordination de la distribution des services ?			

III Connaissances et apprentissage de la Sécurité des Patients

		Oui	Non	NC
1.	Existe-t-il une formation médicale continue dans l'hôpital pour les médecins?			
2.	Existe-t-il une formation continue pour les infirmières dans l'hôpital?			
3.	Existe-t-il un plan de formation dans l'hôpital?			
4.	Existe-t-il un système d'audit Clinique dans un département de l'hôpital?			
5.	Existe-t-il un système d'enregistrement des effets secondaires?			
6.	Existe-t-il un système en place pour informer des effets secondaires et erreurs commises?			
7.	Utilise-t-on des protocoles spécifiques pour les soins dans l'hôpital ?			
8.	Des listes de contrôle sont-elles utilisées pour les procédures au sein de l'hôpital ?			
9.	Existe-t-il un système d'analyse multisectoriel des soins ayant entraîné un décès ?			
10.	Existe-t-il des liens entre l'hôpital et des institutions externes de formation ?			

IV Augmentation de la sensibilisation sur la sécurité des patients

		Oui	Non	NC
1.	Existe-t-il une Charte ou une déclaration sur les droits des patients?			
2.	L'année passée, l'hôpital a-t-il participé à des activités communautaires destinées à sensibiliser sur la sécurité des patients?			
3.	Existe-t-il des mécanismes pour informer les patients de leurs droits au sein de l'hôpital (c.à.d. dépliants, posters, etc.)?			
4.	Existe-t-il des mécanismes en place pour sensibiliser le personnel de l'hôpital sur l'importance du problème de la sécurité des patients?			
5.	Existe-t-il un système (affiches et protocoles) permettant d'obtenir le consentement des patients avant chaque procédure?			
6.	Existe un système pour rapporter les problèmes de sécurité des patients par les patients?			
7.	Existe-t-il des mécanismes de partage d'idées et d'inquiétudes des patients et personnels de santé en matière de sécurité des patients ?			
8.	L'hôpital a-t-il des liens avec la société civile et la communauté qui peuvent être utilisés pour sensibiliser à la sécurité des patients ?			

V Infections nosocomiales

		Oui	Non	NC
1.	Structures et mécanismes principaux de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans l'hôpital			
	a Existe-t-il un responsable chargé de diriger et coordonner les activités PCI ?			
	b Existe-t-il une équipe ou comité PCI multidisciplinaire et fonctionnel ?			
	c Les responsabilités de l'équipe ou du comité sont-ils clairement définies ?			
	d Les stratégies et objectifs de l'IPC sont-ils définis ?			
	e L'équipe PCI est-elle représentée dans les comités hospitaliers?			
2.	Ressources humaines			
	a Existe-t-il un médecin/infirmière à temps plein chargé des activités PCI ?			
	b Les descriptifs de poste sont t-ils clairement documentés?			
	c Existe-t-il une chaine claire de commandement des activités PCI ?			
3.	Existe-t-il des politiques et directives écrites pour:			
	a L'hygiène des mains			
	b La désinfection et la stérilisation			
	c La prévention et le contrôle général des infections			
	d L'asepsie liée aux soins			
	e La sécurité des pratiques d'injection			
	f La gestion des déchets coupants			
	g L'évaluation des risques d'exposition et de protection du personnel de santé			
	h La réutilisation des instruments et des équipements			
	i L'utilisation des antibiotiques			
4.	Existe-t-il des méthodes en place d'évaluation de l'observance des directives de contrôle du PCI et à donner les résultats au personnel de santé ?			
5.	Existe-t-il un système de formation des personnels de santé sur les infections nosocomiales ?			
		Oui	Non	NC

6.	Existe-t-il des affiches rappelant les problèmes de l'hygiène des mains et autres problèmes relatifs à la PCI dans les secteurs de soins ?			
7.	Disponibilités de laboratoires de microbiologie			
	a. Existe –t-il un service de microbiologie dans l'hôpital ?			
	b. Existe-t-il un programme régulier d'évaluation et de promotion des normes de qualité dans la pratique?			
8.	Capacité de surveillance liée à la prévention et au contrôle des infections			
	a. Existe-t-il un rapport de surveillance national des maladies infectieuses ?			
	b. Existe-t-il des travaux de recherche en matière de surveillance des infections ?			
	c. Les données de surveillance des infections nosocomiales sont-elles disponibles à tout moment ?			
9.	Structures d'appui aux activités PCI			
	a. Existe-t-il suffisamment de savon et sans rupture dans l'hôpital ?			
	b. Existe t-il suffisamment de serviettes jetables et sans rupture dans l'hôpital ?			
	c. Existe-t-il une source d'approvisionnement fiable en solution hydro-alcoolique dans l'hôpital ?			
	d. Existe-t-il un département hospitalier centralisé chargé de la stérilisation du matériel ?			
	e. Les équipements pour stériliser le matériel sont-ils disponibles ?			
	f. Les mesures de contrôle de la qualité sont-t-elles disponibles pour l'équipement?			
	g. Arrive-t-il que les contrôles de qualité échouent?			
	h. Existe-t-il un protocole pour changer, manipuler et réutiliser les draps de lit ?			
10.	En rapport avec la résistance antimicrobienne (RAM):			
	a. Existe-t-il des politiques et des recommandations sur l'utilisation des médicaments antimicrobiens ??			
	b. Existe-t-il des politiques de prophylaxie chirurgicale?			
	c. Existe-t-il des archives des antimicrobiens dispensés?			
	d. Existe-t-il des données de RAM conduites l'an passé ?			

		Oui	Non	NC
--	--	-----	-----	----

1.	Existe-t-il une politique nationale sur la protection du personnel de santé?			
2.	Existe-t-il une politique hospitalière de qualité ou un document conseillant la protection du personnel de santé?			
3.	Les accessoires nécessaires à la protection personnelle (gants propres/tabliers, robes protectrices, masques, lunettes protectrices) sont-ils disponibles pour le personnel de santé?			
4.	Existe-t-il un système en place pour l'enregistrement et le suivi des accidents et des blessures du personnel de santé (c.à.d. aiguilles ou objets aiguisés) ?			
5.	Existe-t-il un protocole pour les agents de soins concernant la prophylaxie en cas d'exposition?			
6.	Le personnel de santé est-il vacciné contre l'hépatite B?			
7.	Existe-t-il un système destiné à détecter les heures de travail excessif du personnel?			
8.	Existe-t-il un accès approprié et adéquat pour le traitement du personnel de santé en cas d'urgence?			
9.	Les mesures universelles de précautions sont-elles suivies tout le temps dans tous les départements?			
10.	Existe-t-il un protocole de notification au personnel de la nécessité d'utiliser des mesures supplémentaires de précautions?			

VI. Protection du personn

VII. Gestion des déchets médicaux

		Oui	Non	NC
1.	Existe-t-il une politique nationale pour la gestion des déchets médicaux?			
2.	Existe-t-il une politique hospitalière de haut niveau ou des directives sur la gestion des déchets médicaux?			
3.	Est-ce que des protocoles pour la gestion des déchets médicaux sont utilisés dans l'hôpital?			
4.	Existe-t-il des matériels/dispositifs adéquats pour la collecte des différents types de déchets (aiguilles ; dangers biologiques ; infectieux ; toxiques ; chimiques ; radiation) à leurs sites de production?			
5.	Existe-t-il des méthodes pour le traitement de chacun des déchets suivants:			
	▪ Déchets infectieux			
	▪ Déchets plastique			
	▪ Déchets tranchants			
	▪ Déchets alimentaires			
	▪ Déchets ménagers			
6.	Existe-t-il des équipements pour entreposer temporairement et convenablement les déchets?			
7.	Existe-t-il des procédures régulières pour la suppression des nuisibles?			
8.	Un protocole de nettoyage environnemental (fréquence, endroit/articles devant être nettoyés, les produits utilisés dans différentes situations, etc.) est-il communiqué au personnel de nettoyage et à l'encadrement?			
9.	Les articles à usage unique (cathéters, gants, seringues) sont-ils réutilisés?			
10.	L'hôpital donne-t-il des instructions pour la gestion des déchets des patients (aiguilles, bandages sales, médicaments périmés) à la maison ?			

VIII Sécurité de la Chirurgie

1.	Combien d'opérations chirurgicales sont réalisées chaque année dans l'hôpital?			
2.	Quelle proportion d'opération chirurgicales menées dans l'hôpital sont::			
	▪ Cas d'urgence ¹			
	▪ Cas non- urgents ²			
3.	Combien de chirurgiens travaillent dans l'hôpital (y compris les médecins et autres professionnels chirurgicaux autorisés)?			
4.	Combien d'anesthésistes travaillent dans l'hôpital (y compris les médecins, infirmiers et les autres personnes autorisées à effectuer une anesthésie)?			
5.	Combien d'infirmiers (ères) travaillent en salle d'opération?			
6.	Combien de salles d'opérations dispose-t-on dans l'hôpital?			
7.	Combien de salles d'opérations de l'hôpital comportent un oxymètre fonctionnel tout le temps?			
		Oui	Non	NC
8.	Existe-t-il un mécanisme d'enregistrement des décès post- chirurgicaux?			
9.	Existe-t-il un mécanisme d'enregistrement des complications post-chirurgicales?			
10.	Certains membres de l'hôpital connaissent-ils la liste de contrôle de l'OMS pour une chirurgie sûre?			

¹ **Les cas d'urgence** concernent les opérations chirurgicales devant être effectuées dans les 24 heures suivant l'admission afin de sauver des vies, un membre ou une fonction vitale

² **Les cas non-urgents** sont les chirurgies planifiées et non urgentes.

IX Sécurité de la Médication

		Oui	Non	NC
1.	Existe-t-il des documents clés sur les politiques en matière de sécurité des médicaments (politiques nationales, départementales ou hospitalières)?			
2.	Existe-t-il un comité thérapeutique fonctionnel ou un équivalent?			
3.	Existe-t-il un membre du personnel responsable de la sécurité des médicaments?			
4.	Existe-t-il une procédure d'approvisionnement en médicaments?			
5.	Existe-t-il un formulaire des médicaments à l'hôpital?			
6.	Existe-t-il un système de notification des effets indésirables et des erreurs dans la dispensation des médicaments?			
7.	Est-ce que les conseils des pharmaciens sont notés dans le dossier du patient?			
8.	Existe-t-il des mécanismes de formation du personnel de santé en matière de sécurité des médicaments à l'hôpital?			
9.	Est-ce que les pharmaciens et techniciens en pharmacie participent à des formations annuelles de remise à niveau?			

X Partenariats pour la sécurité des Patients

		Oui	Non	NC
1.	L'hôpital implique-t-il les patients et les membres de la communauté dans la planification des services de soins et l'amélioration de la sécurité des patients (grâce à un bureau de conseil communautaire ou une autre structure par exemple)?			
2.	Existe-t-il des méthodes pour encourager l'implication des patients et membres de famille dans l'amélioration de la sécurité des patients grâce à un système de retour d'information (boîtes de suggestions, études, interviews, focus group, journées portes ouvertes, foires communautaires) ?			
3.	Dispose-t-on d'informations sur des études portant sur comment les informations sont partagées entre les médecins et les patients/membres de familles?			
4.	Un membre du personnel s'occupe-t-il de la gestion des plaintes des patients?			
5.	L'hôpital dispose-t-il d'un comité chargé de planifier et développer des partenariats entre patients, membres de famille, professionnels de santé et politiciens de santé?			
6.	L'hôpital a-t-il des réunions régulières avec les principaux responsables de la société civile ou de la communauté pour échanger des idées et préoccupations?			
7.	L'hôpital participe-t-il avec les faiseurs de politiques locales du gouvernement à la livraison des services hospitaliers ?			
8.	L'hôpital a-t-il un programme de proximité avec la communauté?			

XI. Financement de la sécurité des patients

		Oui	Non	NC
1.	L'hôpital dispose –t-il d'un mécanisme clair de gestion des finances?			
2.	L'hôpital dispose-t-il d'un budget annuel planifié?			
3.	Au cours de l'année fiscale écoulée l'hôpital a-t-il respecté son budget initialement prévu ?			
4.	Existe-t-il un budget consacré aux activités de sécurité des patients?			
5.	L'Hôpital exige-t-il une contribution directe des patients (ou de leurs représentants) pour les soins de santé?			
6.	Les employés de l'hôpital sont-ils payés par le gouvernement ?			
7.	L'hôpital reçoit-il du matériel de la part du gouvernement ?			
8.	L'hôpital est-il impliqué dans un partenariat public-privé ?			
9.	Est-il prévu de recevoir des fonds supplémentaires pour la sécurité des patients les deux prochaines années?			

XII Surveillance et recherche sur la sécurité des patients

		Oui	Non	NC
1.	Existe-t-il une stratégie nationale de recherche?			
2.	Existe-t-il une stratégie de recherche hospitalière?			
3.	Existe-t-il des liens entre l'hôpital et des institutions académiques à l'échelon national ou international?			
4.	Existe-t-il des travaux de recherche dans l'hôpital pour mesurer les problèmes de sécurité des patients?			
5.	Existe-t-il des travaux de recherche dans l'hôpital pour comprendre les causes des problèmes liées à la sécurité des patients?			
6.	Existe-t-il de projets de recherche dans l'hôpital pour générer des solutions liées à la sécurité des patients?			
7.	Existe-t-il des projets de recherche visant à transformer les solutions en matière de sécurité des patients en pratiques à l'hôpital ?			
8.	Existe-t-il des projets de recherche visant à évaluer l'efficacité des solutions en matière de sécurité des patients?			
9.	Existe-t-il un système de surveillance hospitalier en relation avec un système national de surveillance?			

Par contre, la feuille de rendez-vous mise en place à la précédente mission sert à repérer les patients non venus ou « perdu de vue ».

De ce fait, les médiateurs peuvent déclencher une visite à domicile pour refaire le point avec ces patients là.

Les médiateurs ne sortent toujours pas les dossiers la veille, ils donnent comme argument que les patients ne viennent pas toujours et qu'il faut donc ranger leur dossier malgré tout en fin de consultation.

NB : les dossiers sont rangés par ordre de première consultation et non pas par ordre alphabétique. Ce système a été mis en place depuis 2005 date de l'informatisation.

Cette pratique nous a surpris, mais nous avons compris très vite l'avantage lors de la saisie des dossiers l'après midi.

Le nom des patients étant souvent très long, l'ordre numérique s'avère très utile !!!!!

En partie de journée, nous avons fait la visite de l'hôpital en compagnie d'Emmanuel (technicien d'hygiène) avec un rendez vous et une rencontre avec le directeur.



M-C Caubet, venue en mars 2008, constate tout de suite une nette amélioration dans les bâtiments et l'environnement qui bénéficient de réhabilitation.

La première tranche des travaux vient de se terminer.

Il y aura en tout trois tranches de travaux.

Face au CPAM, un nouveau bâtiment administratif est prêt à être mis en service.

A côté de celui-ci, une réserve d'eau est en fonctionnement ; l'incinérateur des déchets contaminés fonctionne aussi.



Le linge sèche de moins en moins sur le sol.



Il y a de plus en plus de fils à linge.



Les containers fermés à poubelles ménagères ont aussi fait leur apparition.

Le service d'évacuation des déchets de la ville passe trois fois par semaine.



L'après midi, rendez vous avec Dominique (chef de poste) pour mettre en place nos objectifs de mission.

Nous lui présentons un projet de tableau d'affichage magnétique, celui-ci sera mis en place dans la pharmacie, un autre pourrait trouver sa place chez les médiateurs.

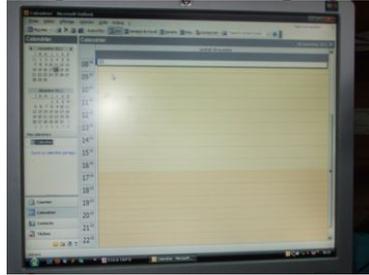
Les infirmières nous font la demande d'un système de programmation de rendez-vous à 6 mois des patients mis sous ARV.

Nous leur proposons plusieurs solutions :

- Un cahier répertoire de deux fois six mois.
- Un système de fiches avec une partie détachable qui serait agrafée au cahier de consultation de chaque patient et la fiche restante serait mise dans une boîte intercalaire mensuelle Cette solution est adoptée par l'équipe.

Finalement, l'équipe semble encore plus intéressé par un fichier informatique que nous ne nous sentons pas capable de mettre en place avec notre manque de connaissances du logiciel excel.

Finalement, ce sera le calendrier outlook qui servira à cette programmation.



A chaque consultation, l'IDE inscrit le patient pour une prochaine consultation 6 mois plus tard et peut aussi, la veille, imprimer la feuille complète des consultants du lendemain.

Nous leur proposons d'utiliser le fichier informatique doublé de la boîte intercalaire pendant au moins 6 mois et d'évaluer lors d'une prochaine mission l'efficacité du « système ».

Les IDE sont satisfaites de la proposition.

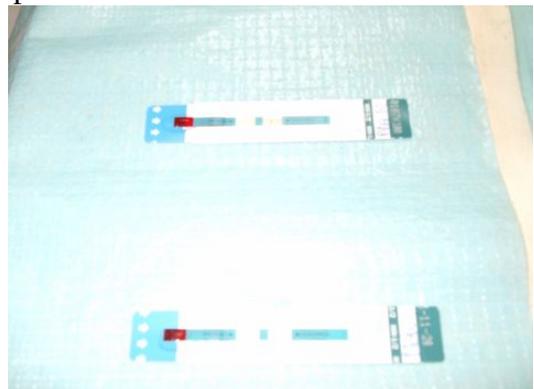


Durant notre séjour, nous avons pu assister à un test rapide pour un AES chez un étudiant IDE au bloc obstétrique.

Celui-ci s'est présenté avec un tube de sang de la patiente source.

Nous avons suivi l'utilisation de ce test.

Il est utilisé de façon très méthodique dans le respect de la procédure.



Par contre, le CPAM manque de test rapides, ceux-ci sont réservés pour le moment pour les AES du personnel.

Nous avons rencontré le Travailleur du CPAM (Prottais) et évalué avec lui l'utilisation du protocole d'entretien des locaux mis en place en juin.

Il semble satisfait et suit le descriptif affiché dans son local à ménage.

La petite salle de consultation est utilisable à nouveau avec un beaucoup plus petit bureau.

Dominique (chef de poste) apprécie l'organisation de son bureau, il reste encore sûrement à faire.

Idée pour une prochaine mission : une boîte à clefs étiquetées pour chaque pièce du CPAM, matériel à apporter de France car nous n'en avons pas trouvé sur place.

La suite de notre mission va consister à la réalisation du panneau d'affichage magnétique.

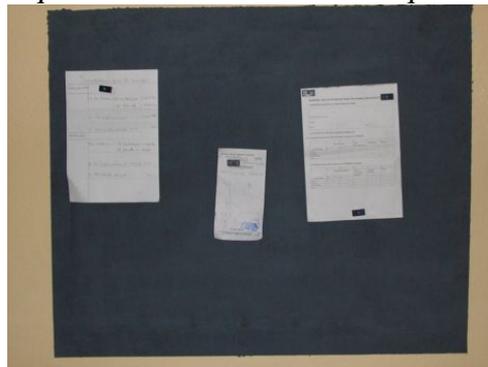
Nous avons apporté de France un pot de peinture magnétique, du ruban de masquage, un bac à peinture et son rouleau, une protection plastifiée.



Pour une bonne magnétisation, il aura fallu 5 couches.



Le résultat surprend nos collègues qui découvraient cette technique



Nous proposerons aux prochains « voyageurs » d'apporter d'autres aimants.

2^{ème} projet : fabrication d'une boîte et douze intercalaires avec des cartons emballage de médicaments

Mardi 15 novembre

Nous sommes allés « soutenir » Lydie Margottin (IDE) qui intervenait au DU d'éducation thérapeutique, sur une expérience d'accompagnement et de consultation d'éducation thérapeutique en maladies infectieuses au CHU de RENNES.



Cela nous a permis de retrouver l'équipe médicale en mission en même temps que nous pour le Diplôme Inter-Universitaire de prise en charge multidisciplinaire de personnes vivant avec le VIH-sida dans la région des Grands Lacs (Burundi, Rwanda, République Démocratique du Congo)



Le jeudi 17 novembre

Le médiateur de la SWAA nous propose de participer à un groupe de parole de patientes infectées par le VIH.

12 femmes sont présentes et 2 intervenants.

Le thème du jour est sur l'observance des traitements et l'utilisation du préservatif masculin et féminin.

La ville est divisée par quartier, et chaque quartier a un jour de groupe de parole.

La réunion se termine par un sentiment d'avoir participé à un moment fort en échanges, confiance et partage.

J-C Becel refera la même expérience l'après midi même au CHUK avec un groupe de femmes « travailleuses du sexe ».



Cette mission nous a permis de retrouver nos collègues Burundais, de pouvoir partager sur nos expériences de soignants.



Nous sommes heureux d'avoir participé à l'amélioration de leurs conditions de travail

Nous remercions Cédric Arvieux et ESTHER France de nous avoir permis de vivre cette expérience.

RAPPORT DE MISSION

Informations générales

Pays : BURUNDI

Lieu de la mission : BUJUMBURA

Nom, fonction et structure de rattachement des personnes ayant effectué la mission :

LYDIE MARGOTTIN

IDE

CHU : CHR PONCHAILLOU RENNES

Service de maladies infectieuses

Date de la mission : du 11/11/2011 au 21/11/2011

Durée d'atelier de formation :

3 jours

Durée de compagnonnage :

2 jours

Objectif général de la mission/de la formation

- ✓ L'objectif général de notre mission est de réaliser une évaluation formative de séances individuelles d'éducation thérapeutique et de groupes de parole.
- ✓ L'objectif second est d'évaluer le maximum de personnes concernées par ces pratiques dans un temps donné (médiateur, ide, personnel dispensant les médicaments, assistant social, etc...).

L'enjeu de cette évaluation reste évidemment de sonder les besoins de formation qui pourraient être envisagés sur l'année 2012. L'échange d'expériences NORD/SUD profitera bien entendu aux deux parties.

Objectifs spécifiques de la mission/de la formation

Évaluation de programme d'éducation de séances individuelles :

- ✓ Élaboration d'un diagnostic éducatif
- ✓ Définition d'un programme personnalisé
- ✓ Planification des séances individuelles
- ✓ Réalisation d'une évaluation de compétences acquises
- ✓ Débriefing.

Évaluation d'un groupe de parole

- ✓ Organisation de la séance
- ✓ Attitude de l'(des)éducateur(s)
- ✓ Mise en œuvre de la séance et techniques utilisées
- ✓ Validité des informations transmises

- ✓ Débriefing.

Diplôme Universitaire (DU) : intervention collective des para-médicaux
Partage d'expériences sur la thématique de l'implantation de l'éducation thérapeutique dans le service de maladies infectieuses du CHU de Rennes.

Structures hospitalières ou institutionnelles concernées par la mission :

- ✓ Hôpital Prince Régent Charles(HPRC)
- ✓ Hôpital Roi Khaled (CHUK)
- ✓ ANSS : Association Nationale de soutien aux Séropositifs et malades du Sida
- ✓ RBP+:Réseau Burundais de personnes Vivant avec le VIH /SIDA.

Profil des personnes formées (médecins, infirmiers...) :

Liste des participants en annexe

Profil	Nombre
Médiateur de santé	5
Assistante sociale	2
Psychologue	4
IDE	2

BILAN DE LA MISSION

Remarque préalable

Les supports d'évaluation ont été présentés aux éducateurs avant l'évaluation formative.

Séances individuelles

Introduction de la séance

La préparation de la séance est très différente selon les structures.

Très peu de structures travaillent avec un dossier d'éducation (sauf l'ANSS) bien qu'on ait insisté, dans les formations précédentes, sur l'importance de l'outil .

Une fiche est attribuée à chaque patient où des données sont recueillies sur leur situation sociale, économique, s'ils ont une personne de confiance, etc... Ces informations sont conservées dans un classeur.

Les 3 séances pré-thérapeutiques sont mentionnées sur cette fiche. La consultation d'observance avant la remise du traitement est réalisée par l'infirmière affectée à ce poste ; elle interroge le patient sur ses connaissances.

L'introduction de la séance engage tout ce qui va permettre à l'éducateur de tisser cette relation de confiance. Les protagonistes se présentent et l'éducateur commence l'entretien avec une grande relation d'empathie nécessaire au bon déroulement de la séance.

L'éducateur s'intéresse au problème du jour mais élabore rarement un diagnostic éducatif.

Mise en œuvre de la séance

Les trois quarts des éducateurs se cantonnent à un suivi informatif sur le VIH ; bien entendu, ils s'assurent de la compréhension du patient ; ils le questionnent au cours de la séance sur ses nouvelles acquisitions et résumant ce qui a été abordé pour clore l'entretien mais donnent le sentiment de ne pas proposer suffisamment d'activités interactives.

En effet, très peu de démarches interactives où le patient est acteur dans l'acquisition de ses compétences sont utilisées, alors que chaque structure possède les outils fournis par la fondation GSK : supports imagiers (outil qui permet à l'apprenant un questionnement et une appropriation plus rapide de nouvelles connaissances sur sa pathologie).

Le support imagier a été dans un premier entretien correctement utilisé par un éducateur qui avait participé à la formation et qui sollicitait activement le patient. A contrario, il a été mal exploité par un autre éducateur qui avait également bénéficié de la formation et qui questionnait uniquement le patient sur les titres qui étaient inscrits sur chaque support imagier et donc ne stimulait pas la réflexion du patient.

Le planning thérapeutique constitue un autre support qui permet au patient de se représenter la prise de traitement sur la journée et l'outil n'a pas été utilisé. En entretien, on

remarque pourtant qu'il est souvent question d'une observance rigoureuse, où on insiste sur une prise de traitement stricte toutes les douze heures.

Le constat sur le long terme pourrait être délétère pour le patient et favoriser une rupture de traitement, d'où l'intérêt de l'utilisation du planning thérapeutique pouvant représenter la prise médicamenteuse entre le lever et le coucher du soleil.

Synthèse de la séance

Comme nous l'avons évoqué précédemment, une synthèse est réalisée en fin de séance. Le plus souvent, elle est prise en charge par l'éducateur alors qu'il serait plus constructif de demander au patient de reformuler ce qui a été abordé au cours de l'entretien et que l'éducateur procède, dans un deuxième temps, à des réajustements. Il serait également pertinent de demander au patient son ressenti sur le déroulement de la séance et de faire une évaluation qualitative.

Séance individuelle à domicile

Visite de trois patientes qui ne peuvent pas se rendre à l'hôpital ; pour éviter les perdus de vue, les éducateurs se rendent à leur domicile .

Ces patientes sont extrêmement démunies, parfois veuves, ont des enfants en bas âge et d'autres pathologies les affectent : maladies opportunistes, le diabète ou des abcès cutanés qu'ils ne peuvent pas faire opérer car le montant des honoraires du chirurgien reste très élevé(60 euros).

L'entretien est très interactif et les problèmes du jour sont évoqués. Le médiateur va faire le lien avec les services sociaux compétents pour solliciter une aide.

A la fin de l'entretien, Jacqueline Ventura (équipe D'Avicenne) qui participe à la séance, présente un outil qu'elle a construit : une échelle d'évaluation qualitative de l'entretien (elle avait précédemment initié cet éducateur à son utilisation).

Cet outil non encore homologué, mais en cours de l'être, se présente comme une échelle d'évaluation de la douleur, est peu encombrant et présente l'avantage de permettre au patient de réaliser des feed-back au travers des demandes de justifications : « Oui. Pourquoi ? ».

Séance d'ETP collective

Ces séances sont appelées « Groupe de parole » mais l'observation montre qu'elles sont plus à visées éducatives : il faudrait préciser la différence entre groupe de parole et ETP de groupe.

Une séance d'ETP de groupe était déjà amorcée lorsque je me suis présentée à l'ANSS où je venais évaluer des séances individuelles.

Le thème du jour portait sur l'impact du respect des rendez-vous sur l'observance des traitements.

Les séances se déroulent dans le hall d'entrée de l'ANSS et la disposition des participants n'est pas idéale pour favoriser les échanges.

Deux éducateurs conduisent le débat. Au cours de l'animation, on s'aperçoit que les échanges se font d'éducateurs à patients et non de patients à patients/éducateurs. En fin de séance, l'importance d'assister aux rendez-vous est réaffirmée par les deux animateurs.

Un deuxième groupe d'ETP a été observé au CHUK dont le thème à visée éducative était la pose des préservatifs masculin et féminin chez les travailleuses du sexe.

La séance d'éducation thérapeutique de groupe était prévue sur deux heures. Le temps imparti a été dûment respecté...

Chaque participant s'est présenté et l'éducateur a engagé le débat sur la contamination mère/enfant et l'allaitement maternel. Les informations étaient valides selon les données de l'OMS. La conduite de la séance a été très interactive avec une démonstration sur la pose des préservatifs (féminin et masculin) faite par les participantes. Les réajustements nécessaires sur les erreurs de manipulations ont été réalisés par les PVVIH.

A la fin de la séance, une synthèse a été effectuée et les indemnités de déplacement versées aux participantes.

La qualité de l'animation était assez exceptionnelle avec des échanges très interactifs.

Intervention DU

Trois sites (services de maladies infectieuses CHUK Bujumbura, CHU de Nantes et CHU de Rennes) devaient livrer leurs expériences sur l'implantation de l'ETP dans leur structure avec les interventions successives de Hyldegarde Ntakarutimana, Rémy Ntahiziye, Christelle Supiot et Lydie Margottin. En fait, après un rappel pédagogique réalisé par Rémy NTAHIZANIYE sur les principes qui régissent la pédagogie de l'ETP, Christelle Supiot et moi-même avons expliqué ce que nous faisons sur nos sites respectifs : séances de groupe et séances d'ETP individuelles.

En fin de séance, Jacqueline a proposé d'étudier un cas concret en lien avec l'ETP mais très peu de candidats ont semblé adhérer. Il faut préciser que le temps de l'intervention était déjà terminé !...

Entretien RBP+

Les séances d'évaluations individuelles prévues se sont transformées en réunion informelle. Il n'y avait donc pas d'ordre du jour. Six personnes participaient à cette réunion : une médiatrice, 4 psychologues et l'assistante chargée de la prise en charge référente interne au RBP+ ; l'équipe de Nantes conviée s'est excusée.

Les personnes présentes constituent une équipe engagée, très active et à l'écoute de suggestions. RBP+ intervient sur une centaine de sites à travers le pays tout entier. Les éducateurs, issus de ce réseau, travaillent en appui sur les structures hospitalières, donnent des conseils dans des groupes de parole et interviennent auprès des groupes vulnérables.

Dans le cadre de la prison, ils assurent une assistance juridique...

Les personnes présentes ont bénéficié de la formation pédagogique de Jacqueline Iguenane et font le constat qu'ils ne font pas des consultations d'ETP mais d'observance. Elles

conviennent que, dans leur activité d'ETP, elles n'élaborent pas de diagnostic éducatif, n'ont pas de dossier pour tracer leur action. Elles admettent qu'il est difficile de changer leurs pratiques tout en insistant sur le fait que certains médicaux ignorent l'importance de l'ETP. La fin de la réunion s'oriente sur l'étude de situations difficiles.

Cas concret :

Un mari et sa femme sont séropositifs. La femme a subi une ligature des trompes . Elle souhaite, pour éviter de développer des résistances, que son mari utilise le préservatif pendant leurs rapports sexuels. La femme est sous Sustiva. Le soir, dès qu'elle prend le traitement, elle s'endort. Régulièrement, le matin, elle s'aperçoit que son mari abuse d'elle pendant son sommeil...

Discussion sur les actions à mener...

La séance se termine après 3 heures d'échanges par un plaidoyer sur l'importance de réaliser des stages de comparaison afin de mieux accompagner les sites.

CONSTATS

1. Un potentiel humain dynamique , motivé et volontaire en quête de savoirs.
2. Un grand nombre de personnes à former (différencier observance /d'ETP).
3. Trop de personnes dispensent des éducations sans avoir eu les enseignements requis ce qui peut freiner l'apprentissage du patient et parfois déstabiliser l'éducateur.
4. Beaucoup d'éducateurs ne savent pas utiliser les supports didactiques que leur structure possède et ne donnent pas suffisamment de sens à leur utilisation (enseignement moins interactif).
5. Très peu de diagnostics éducatifs sont réalisés, l'enseignement s'oriente plus vers un suivi informatif.
6. Dossier éducatif quasi-inexistant sur les structures alors qu'il devrait être le témoin du suivi éducatif et tracer tous les événements qui interviennent dans la vie du PVVIH.
7. Salle non adaptée à la réalisation d'une prise en charge d'un groupe de parole (hall d'entrée à l'ANNS).
8. Peu de moyens financiers pour assurer un suivi efficace des personnes vulnérables.
9. Peu de réunion inter-structures sur les pratiques et l'organisation des séances.

ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

La première des recommandations serait de réaliser d'autres formations pédagogiques car beaucoup d'éducateurs qui ont appris sur le terrain se trouvent souvent démunis dans leurs pratiques quotidiennes. L'enseignement de la pédagogie de l'ETP leur permet de donner plus de sens à leur pratique.

Il serait bien entendu important de former des éducateurs sur les sites pilotes, qui pourraient dispenser un enseignement à des pairs éducateurs.

Nous pouvons, pour étayer cette requête, faire référence à RBP+ qui intervient sur une centaine de sites sur tout le territoire burundais.

Ce constat nous renvoie également au dossier d'éducation. En effet, un grand nombre d'associations travaille sur de nombreux sites et elles doivent s'accommoder aux pratiques de la structure. Il serait donc intéressant de mettre en place un dossier d'éducation adapté au contexte du pays.

Le dossier d'éducation reste en effet le support didactique qui assure la traçabilité des informations sur le suivi du patient. Il doit permettre de réaliser un diagnostic éducatif où sont identifiés les besoins du patient et doit rester l'instrument sur lequel figure la mise en œuvre des séances avec un programme individualisé.

Le compagnonnage reste aussi fortement recommandé pour accompagner les éducateurs en situation d'apprentissage ou récemment formés.

Au cours des formations pédagogiques, on insiste beaucoup sur l'intérêt d'utiliser les outils didactiques qui placent l'apprenant en démarche active. Mais en situation réelle, on s'aperçoit que trop peu de personnes les utilisent : malaise de l'éducateur qui ne s'est pas approprié le support pédagogique, d'où l'importance de bénéficier d'un accompagnement individuel.

ANNEXES

Annexe 1

Agenda de la mission



Planning préalable

14/11/2011

8h30 – 12h30	Évaluation séances	Équipe Prince Régent Charles 4 personnes	Lydie MARGOTTIN
14h00 – 16h30	Évaluation séances individuelles	Équipe Roi Khaled 5 personnes	Lydie MARGOTTIN

15/11/2011

8h30 – 12h30	Compagnonnage	Équipe CHUK	Lydie MARGOTTIN
14h00 – 16h00	DU intervention	Implantation ETP dans nos structures – service maladies infectieuses - CHUK CHU Rennes et Nantes	Lydie MARGOTTIN Christelle Supiot Hyldegarde Ntakarutimana Rémy Ntahizaniye

16/11/2011

8h30 – 12h30	Évaluation séances individuelles	Équipe ANSS IDE / médiateurs	Lydie MARGOTTIN
14h00 – 17h00	Évaluation séances individuelles	RBP+ Responsables des médiateurs Psychologues qui les supervisent	Lydie MARGOTTIN

17/11/2011

8h30 – 17h00	Compagnonnage Évaluation séances	Équipe CHUK	Lydie MARGOTTIN
--------------	-------------------------------------	-------------	-----------------

18/11/2011

8h30 – 12h00	Évaluation séances		
14h00 – 17h00	Planning à réajuster sur le terrain en fonction des possibilités et disponibilités des équipes		Lydie Margottin

Programme de la formation



Programme d'évaluation Séances individuelles et groupes de parole - Burundi Novembre 2011

Date	Objectifs pédagogiques Thème abordé	Technique(s) pédagogique(s)	Intervenant(s)
14/11/2011			
8h30 – 12h30 (HPRC) 14h00 – 17h00 (CHUK)	Évaluer des séances individuelles d'éducation Identifier les besoins de formation	Présentation du support d'évaluation aux éducateurs Suivi de séances d'éducation Échange avec les éducateurs	Lydie MARGOTTIN
15/11/2011			
8h30 – 12h30 (CHUK) 14h00 – 16h00	Échanges d'expériences inter-sites Bujumbura Nantes Rennes	Utilisation des outils interactifs GSK Implantation de l'éducation thérapeutique dans la structure du CHU de Rennes (service des maladies infectieuses) Séances individuelles d'éducation thérapeutique	Lydie MARGOTTIN Compagnonnage
16/11/2011			
8h30 - 12h30 (ANSS)	Évaluation d'un groupe de parole Évaluation de séances individuelles	Présentation des supports d'évaluation Participation à un groupe de parole (IDE – médiateur) Suivi de séances individuelles (IDE – médiateurs)	Lydie MARGOTTIN
14h00 – 17h00 (RBP+)	Échange d'expériences sur la thématique de l'éducation thérapeutique	Rappel sur ce qui est réalisé sur les structures en éducation thérapeutique (psychologues – médiateur) Diagnostic éducatif Élaboration d'un programme personnalisé Mise en œuvre Évaluations Échanges sur des situations difficiles (Cas concrets)	Lydie MARGOTTIN
17/11/2011			
8h30 – 12h30 (CHUK)	Evaluation de séances individuelles Visites à domicile	Suivi des séances individuelles au domicile des patients Evaluation qualitative de l'éducation thérapeutique Outil pédagogique	Jacqueline VENTURA Lydie MARGOTTIN
15h00 – 16h30	Evaluation groupe d'ETP des travailleuses du sexe	Suivi de groupe D'ETP Thématique du jour : Pose du préservatif (masculin et féminin)	Lydie MARGOTTIN
18/11/2011			
8h30 – 12h30	Évaluation de séances individuelles Participation séance d'observance avant remise	Suivi de séances Débriefing	Lydie MARGOTTIN

	traitement	Suivi de l'éducation	
14h00 – 17h30		Cours « PMA » - Cédric Arvieux Remise de diplôme universitaire	

STRUCTURES

Nom de la structure : **HPRC**

Services : **HDJ**

Nombre de prescripteurs d'ARV au sein du service:5

Nombre de patients sous ARV :1308

Adultes : 1232

Enfants : 76

Date d'implantation des services d'éducation thérapeutique : 2009

Avant cette date:consultations d'observance

A qui s'adresse l'éducation thérapeutique ?

Adultes

Femmes enceintes

Enfants

Familles

Nom de la structure : **CHUK**

Services : **CPAMP**

Nombre de prescripteurs d'ARV au sein du service:3

Nombre de patients sous ARV :1964

Adultes : 0

Enfants : 0-14ans = 167sous ARV et 213 sans ARV

15 ans et plus = 1797 sous ARV et1678 sans ARV

Date d'implantation des services d'éducation thérapeutique : 2009

A qui s'adresse l'éducation thérapeutique ?

Adultes

Femmes enceintes

Enfants

Familles

Nom de la structure : **Centre ANSS - Tunho**

Services : **Cellule d'observance**

Nombre de prescripteurs d'ARV au sein du service:5

Nombre de patients sous ARV :2038

Adultes : 1807

Enfants : 131

Date d'implantation des services d'éducation thérapeutique : 2005

A qui s'adresse l'éducation thérapeutique ?

Adultes

Femmes enceintes

Enfants

Familles

Annexe 2

Liste des participants (Atelier de formation, compagnonnage)

Liste des personnes rencontrées (Mission d'assistante technique, évaluation)

Nom et prénom	Structure	Fonction	Adresse Internet
Hyldegarde Ntakarutimana	CHUK	Assistante sociale	ntahy04@yahoo.fr
Kanyaruhimbi Scolastique	CHUK	médiatrice	
Munene Adrienne	RBP+	Assistante PEC Référente interne	muneneadrienne@yahoo.fr
Cishahayo Philippe	RBP+	psychologue	philippoci@yahoo.fr
Kankindi Sylvana	RBP+	Psychologue	kansylfr@yahoo.fr
Ntakaburimyo Olive	RBP+	psychologue	ntamuolive@yahoo.fr
Mihofo Pascaline	RBP°	Médiatrice	pascaline.mihofo@yahoo.fr
Ntahizaniye Rémy	RBP+	Psychologue	ntahizaniye@yahoo.fr
Bizimana François	ANSS	Médiateur	
Nkurunziza Aline	ANSS	Médiateur	
Ntivawpeka Félicité	ANSS	IDE médiatrice de santé	
Ndayirorere Fidéla	HPRC	Assistante Sociale	
Habonimana Jacqueline	RBP+(appui sur HPRC)	Médiateur (double compétences AS+psychologue)	habonajackie@yahoo.fr
Janet	HPRC	IDE délivre les TTT et cs observance	

Annexe 3

Synthèse des résultats de l'auto-évaluation des activités d'éducation thérapeutique du patient (questionnaire éducateurs).

Points positifs

Les éducateurs savent :

- ✓ Animer une séance
- ✓ Explorer les connaissances du patient, les préoccupations du patient
- ✓ S'assurer de la compréhension du patient
- ✓ Conclure la séance et rappeler les points importants
- ✓ Évaluer les compétences d'un patient ; quatre éducateurs restent très nuancés sur ce thème et reconnaissent qu'ils n'ont pas d'outil d'évaluation

Points négatifs

- ✓ Dix éducateurs sur treize font le constat qu'ils rencontrent des difficultés pour :
- ✓ Réaliser un diagnostic éducatif.
- ✓ Identifier les compétences que le patient devra acquérir autres que l'observance des traitements.
- ✓ Utiliser des supports visuels (très peu de personnes les utilisent).
- ✓ Remplir le dossier d'éducation (pas de dossier d'éducation sauf à l'ANNS).

Organisation de l'activité

Les points forts des activités identifiés par les éducateurs

- ✓ Approche personnalisée auprès des patients
- ✓ Écoute active
- ✓ Disponibilité et organisation
- ✓ Avantage des traitements ARV
- ✓ Connaissance du VIH et du traitement (avantages et inconvénients)
- ✓ Prise correcte des médicaments par le patient
- ✓ Adhésion aux traitements ARV
- ✓ Les projets d'avenir après la prise des ARV
- ✓ Présentation des objectifs, déroulement de l'ETP, feed-back et conclusion
- ✓ Suivi rapproché des patients (recherche des perdus de vue)
- ✓ Vivre positivement avec sa séropositivité

Quels problèmes rencontrez-vous dans la mise en œuvre et le développement des activités ETP ?

- ✓ Ressources humaines ; insuffisamment de personnes formées en ETP
- ✓ Pas de document adapté à l'ETP
- ✓ Supports imagiers difficiles à exploiter
- ✓ Reconnaissance de l'ETP et du matériel
- ✓ Ressources financières ; patient en grande précarité qui ont des besoins immédiats et vitaux
- ✓ Matériel
- ✓ Locaux
- ✓ Ressources humaines formées

Que suggérez-vous pour améliorer la qualité des activités d'ETP ?

- ✓ Réaliser des formations pour renforcer les capacités,
- ✓ Formation ou recyclage des prestataires de l'ETP,
- ✓ Matériel ou support adapté à l'ETP,
- ✓ Stage de comparaison inter- pays,
- ✓ Nécessité d'une formation en ETP avec supports imagiers pour faciliter la compréhension des patients,
- ✓ Trouver un moyen qui permette de contrôler les adresses des PVVIH (fausses adresses constatées) pour éviter les pertes de vue,
- ✓ Fabriquer des locaux adaptés
- ✓ Disponibilité des outils (piluliers).

Annexe 4

Documents

Outils pédagogiques utilisés, documents remis au cours de la formation



GRILLE D'ÉVALUATION D'UNE SÉANCE INDIVIDUELLE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE¹

Consignes :

L'outil ci-dessous peut être utilisé en auto-évaluation ou par un observateur.

Pour remplir : 1 très bien maîtrisé 2 bien 3 Assez bien 4 non satisfaisant 5 absent

1- Préparation de la séance	1	2	3	4	5
L'éducateur organise la salle (disposition, confidentialité)					
Il recherche et consulte le dossier du patient					
<input type="checkbox"/> <i>commentaires</i>					
2- Introduction					
L'éducateur construit une relation chaleureuse (salue, se présente, montre de l'intérêt/confort du patient...)					
Il présente les objectifs de la séance					
<input type="checkbox"/>					
3- Déroulement de la séance					
L'éducateur adopte un comportement non verbal approprié (contact visuel, posture, voix- débit, volume, ton)					
Il utilise l'écoute active et fournit au patient des occasions de					

¹ Adapté de : E. Hamel, Master éducation-santé 2005-2006

participer et l'encourage à la faire (questions ouvertes, inciter à poser des questions, exprimer ses doutes)					
Il explore les connaissances du patient					
Il explore les préoccupations du patient et les effets sur sa vie quotidienne					
Il choisit d'aborder un thème non prévu au début de la séance selon les priorités ressenties par le patient					

	1	2	3	4	5
Il utilise des supports, notamment visuels					
Il fournit des explications claires					
Il fournit des explications valides au niveau médical					
Il s'assure régulièrement de la compréhension du patient					
☐					
4- Conclusion de la séance					
L'éducateur résume les points les plus importants qui ont été abordés					
Il note les éléments significatifs dans le dossier du patient pour la transmission aux autres professionnels					
☐					
<i>Durée de la séance :</i>					

Recommandations faites au soignant-éducateur
☐



**Evaluation formative des activités d'Education Thérapeutique du Patient
Sites ESTHER**

**Questionnaire soignants (médecins, pharmaciens, paramédicaux)
et conseillers psycho-sociaux**

Méthodologie : entretien individuel ou de groupe
Interviewer les soignants travaillant en lien avec les éducateurs

Objectifs : mesurer leur niveau de satisfaction au regard des activités ETP

	Non pas du tout [préciser alors pourquoi] (0)	Non, pas assez (1)	Oui à peu près (2)	Oui en grande partie (3)	Oui, tout à fait (4)
Q1. Les compétences des éducateurs vous semblent elles satisfaisantes ?					
Q2. Le nombre d'éducateurs est-il adapté ?					
Q3. L'organisation des séances d'ETP est-elle satisfaisante ?					
Q4. La collaboration avec les éducateurs est-elle satisfaisante ?					

Q5 : quels sont selon vous les points forts des activités d'ETP dans votre structure ?

Q6 : *quels sont les points à améliorer ?*



GRILLE D'ÉVALUATION D'UN GROUPE DE PAROLE

Nom du conseiller : Date de la séance :

Pour remplir : 1 très bien maîtrisé 2 bien 3 Assez bien 4 non satisfaisant 5 absent

1- Préparation de la séance	1	2	3	4	5
Le conseiller organise la salle (salle accueillante, confidentialité, matériel pédagogique...)					
<input type="checkbox"/> commentaires					
2-Attitude du conseiller					
Le conseiller construit une relation chaleureuse (salue, se présente, montre de l'intérêt/confort du patient...)					
Le conseiller est souriant, ouvert, compréhensif					
Le conseiller fait preuve d'empathie					
Le conseiller sait mettre de la distance sur les sujets qui le « dérange »					
Le conseiller adresse le patient à un collègue en cas de besoin (sujet non maîtrisé ou qui le dérange)					
Le conseiller est suffisamment à l'aise sur les questions de sexualité					
<input type="checkbox"/> commentaires					
3- Techniques d'entretien					
Le conseiller introduit la séance et présente les objectifs					
Le conseiller adopte un comportement non verbal approprié (contact visuel, posture, voix- débit, volume, ton)					
Le conseiller a intégré les outils de la relation d'aide					

et les utilise pendant la séance (écoute active, reformulation, questions ouvertes...)					
Le conseiller facilite l'expression des patients					
Le conseiller conclue la séance et résume les points importants					
<input type="checkbox"/> commentaires					
4- Contenu					
Les informations médicales ou sociales transmises sont valides					
<input type="checkbox"/> commentaires					

Recommandations faites au conseiller
<input type="checkbox"/>

STRUCTURE

Nom de la structure :

Services :

Nombre de prescripteurs d'ARV au sein du service

Nombre de patients sous ARV :

Adultes :

Enfants :

Date d'implantation des services d'éducation thérapeutique :

A qui s'adresse l'éducation thérapeutique ?

Adultes

Femmes enceintes

Enfants

Familles

UNIVERSITE DE RENNES 1
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

DIPLÔME D'ETUDES SPECIALISEES EN MEDECINE GENERALE

Solenne AUBREE

solaubree@yahoo.fr

RAPPORT DE STAGE AU BURUNDI

Du 02/11/2011 au 28/12/2011

Partenariat entre le CHU de Rennes et les structures de santé du Burundi

Projet ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau)

Maîtres de stage

- Dr Cédric ARVIEUX

Infectiologue au CHU de Rennes et chargé d'enseignement à l'Université de Rennes 1

Responsable médical de la coopération internationale

Société Française de Lutte contre le SIDA

- Dr Séraphine NTIZAHUVYE, directrice du CMC Buyenzi, Bujumbura, Burundi
- Dr Jérémie BIZIRAGUSENYUKA, coordonnateur du projet ESTHER, Burundi
- Dr Chloé NDAYIKUNDA, chef de service Gynécologie/Maternité de l'HPRC, Burundi

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce projet :

- A Emmanuel ALLORY, pour m'avoir « mis la puce à l'oreille » du souhait des infectiologues de Rennes de travailler avec les IMG au Burundi ;
- Au Dr Cédric ARVIEUX, pour son aide organisationnelle ;
- Au DMG de Rennes, d'avoir accepté sans réserve ce projet ;
- Aux gestionnaires du budget ESTHER, pour leur aide financière ;

- Au Dr Jérémie BIZIRAGUSENYUKA, pour son accueil et son soutien tout au long de mon séjour ;
- Au Dr Séraphine NTIZAHUVYE et à toute son équipe du CMC, pour toutes ces découvertes et ces échanges enrichissants ;
- A Adrie et Seconde, pour leur aide et leur participation quotidienne dans l'amélioration de la PTME au CMC ;
- Au Dr Hélène LEROY, pour son écoute attentive à distance sur les problèmes rencontrés en PTME ;
- Au Dr Chloé NDAYIKUNDA et à toute son équipe du service de Gynécologie / Maternité de l'HPRC, pour l'enseignement et l'expérience apporté ;
- A tous mes co stagiaires étudiants universitaires, ITEM, INSP, ETAL pour leur bonne humeur ;
- Aux équipes du projet ESTHER rencontrées sur place, et aux opportunités de carrière qui ont pu se présenter ;

- A Mathieu, pour être à mes côtés même à distance ;
- A ma famille, pour ce virus du voyage et des rencontres.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	5
II. DEROULEMENT DU STAGE	6
A. ENTRETIEN INITIAL	6
B. PLANNING DE STAGE	6
C. DESCRIPTION DU STAGE AU CMC	7
D. STAGE HORS CMC : HPRC Gynécologie/Maternité	8
III. DETAILS ET REFLEXIONS	9
A. CMC Buyenzi	9
1) Consultation pré natale (CPN).....	10
2) Planning familial.....	14
3) Consultation curative (CC).....	20
4) Prévention de la transmission mère / enfant du VIH (PTME).....	22
5) Laboratoire et Centre de dépistage volontaire (CDV).....	25
6) Pharmacie.....	26
7) Vaccination des nourrissons.....	27
8) Consultations médicales (CM).....	29
9) Education pour la santé (EPS).....	30
10) Matériels.....	31
11) Quelques chiffres.....	31
B. HPRC Service Gynécologie / Maternité	32
IV. TRAVAUX REALISES	33
A. SUIVI DES MERES PERDUES DE VUE EN PTME	33
B. AMELIORATION DU DOSSIER PTME MERE / ENFANT	33
C. REVUE DES ENFANTS PERDUS DE VUS EN PTME	33
D. INTRODUCTION DU BILAN PRENATAL EN CPN	34
E. FORMATION PTME AU CNR	34
F. DIU REGION DES GRANDS LACS	34
G. 30/11/2011 : VISITE DE LA PREMIERE DAME DU BURUNDI AU CMC	34
H. 01/12/2011 : 24^{ème} JOURNEE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE VIH SIDA AU LYCEE SOS	35
V. CONCLUSION	36
VI. REFERENCES	37
VII. ANNEXES	38

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Planning de stage

Annexe 2 : Programme de la formation PTME

Annexe 3 : Programme du DIU Région des grands lacs

Annexe 4 : Liste du personnel du CMC

Annexe 5 : Fiche CPN

Annexe 6 : Fiche VAT

Annexe 7 : Fiche Planning familial

Annexe 8 : Dossier PTME Mère / Enfant

Annexe 9 : Médicaments disponibles en PTME

Annexe 10 : Liste des examens disponibles au CMC BZI

Annexe 11 : Liste des médicaments hors ARV disponibles au CMC

Annexe 12 : Calendrier vaccinal au Burundi

Annexe 13 : Calendrier vaccinal Semaine Mère / Enfant

Annexe 14 : Bilan prénatal

I. INTRODUCTION

Mon projet personnel de dernier stage est un mélange de SASPAS et d'expérience à l'étranger. J'ai en effet contacté le Dr ARVIEUX, infectiologue au CHU de Rennes, afin de partir en mission de 2 mois au Burundi en Afrique de l'Est.

Ceci dans le cadre du partenariat entre le CHU de Rennes et les structures de santé du Burundi, au sein du projet ESTHER signifiant « *Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau* », avec l'aide du Dr Jérémie BIZIRAGUSENYUKA, coordinateur des projets ESTHER au Burundi.

Le Groupement d'Intérêt Public ESTHER est présent dans 18 pays d'Afrique et d'Asie, sous la forme de jumelage hospitaliers, pour une prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/Sida. Son objectif est le renforcement des capacités de lutte contre le VIH/Sida et les infections associées dans les Pays en Voie de Développement. Cette initiative fut lancée en 2001 par la France et ESTHER travaille actuellement en partenariat avec de multiples organisations internationales.

II. DEROULEMENT DU STAGE

A. ENTRETIEN INITIAL

Accueillie par le Dr Jérémie BIZIRAGUSENYUKA, la journée du 02/11/2011 fut consacrée à la présentation aux différents intervenants, dont le Dr Séraphine NTIZAHUVYER, directrice du CMC Buyenzi et le Dr Chloé NDAYIKUNDA, chef de service en Gynécologie/Maternité de l'HPRC.

Ceci afin d'établir un planning de stage en fonction de mes attentes et des possibilités d'accueil dans les différentes unités et services.

B. PLANNING DE STAGE

- Du 02/11 au 14/12/2011 puis les 26 et 27/12/2011 :
Centre de Médecine Communautaire (CMC) Buyenzi

- Du 16 au 24/12/2011 :
Service de Gynécologie/Maternité de l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC).

cf. Annexe 1 : Planning de stage

- Du 14 au 18/11/2011 : en auditeur libre

. Formation à la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME), CNR, Bujumbura

. DIU Prise en charge multidisciplinaire du VIH-SIDA (Région des Grands Lacs), ENS, Bujumbura

cf. Annexe 2 : Programme de la formation PTME

cf. Annexe 3 : Programme du DIU Région des Grands Lacs

C. DESCRIPTION DU STAGE AU CMC



Ce Centre de Médecine communautaire se trouve dans le quartier Buyenzi à Bujumbura, sous la direction du Dr Séraphine NTIZAHUVYE. Il est réservé à la prise en charge mère et enfant, et se caractérise par une activité de consultations du lundi au vendredi de 7h30 à 15h30 au sein de plusieurs unités :

- Consultation pré natale (CPN)
- Planning familial (PF)
- Consultation curative (CC) avec salle de petite chirurgie
- Prévention de la transmission mère / enfant du VIH (PTME)
- Laboratoire et Centre de dépistage volontaire (CDV)
- Pharmacie
- Vaccination des nourrissons
- Consultations médicales (CM)

Les patientes arrivent à 7h30, dès l'ouverture du CMC et sont enregistrées à l'accueil avant d'être dirigées vers les unités concernées. Elles passent toute la journée au centre à consulter d'un service à l'autre selon leurs besoins et leurs résultats.

A noter la gratuité des soins, exploration et traitements pour les femmes enceintes, le dépistage du VIH, la PTME, les enfants de moins de 5 ans et le planning familial. Ce qui explique l'afflux matinal de patientes au CMC.



D. STAGE HORS CMC : HPRC Gynécologie/Maternité

Le CMC Buyenzi ne disposant pas encore de maternité, projet en cours pour 2012, j'ai demandé à effectuer 1 semaine en salle d'accouchement à l'Hôpital Prince Régent Charles. Le service de Gynécologie/Maternité de l'HPRC est dirigé par le Dr Chloé NDAYIKUNDA.

III. DETAILS ET REFLEXIONS

En guise d'introduction, il convient de souligner la difficulté à transposer le mode de fonctionnement du SASPAS à ce stage au Burundi. En effet, devant le manque de médecins et la nécessité d'une délégation des tâches, le CMC jouit d'une organisation en conséquences. D'autre part, la barrière de la langue aurait nécessité un interprète improvisé disponible en permanence ... Ceci pour me faire comprendre mais aussi pour comprendre les patientes.

A. CMC Buyenzi

Le mode de fonctionnement du CMC est similaire dans la majorité des différentes unités.

Ainsi, des étudiants stagiaires en santé (infirmiers ou techniciens des études médicales) disposent d'un support didactique sous forme de fiche, pour mener la plupart des consultations et aider à la prise de décision.

Et ce, avec pour référent en cas de besoin, une infirmière diplômée d'état spécifiquement formée à son unité.

Chaque unité dispose d'un nombre conséquent de registres à remplir pour chaque patient, afin de pouvoir effectuer des rapports d'activités auprès du ministère et des différents bailleurs.

cf. Annexe 4 : Liste du personnel du CMC

1) Consultation pré natale (CPN)

cf. Annexe 5 : Fiche CPN

Au CMC, les femmes enceintes peuvent bénéficier de 4 CPN par grossesse : avant 14 SA, entre 18 et 28 SA, à 32 SA, puis à 36 SA.

Chaque consultation est conduite sur le même modèle.

Après l'enregistrement de l'état civil de la patiente, l'interrogatoire recherche ses antécédents, dont gynéco obstétricaux, d'éventuels facteurs de risque de grossesse pathologique, la date des dernières règles.

On recherche également la présence de contractions utérines, de mouvements actifs fœtaux, de pertes vaginales et d'ulcérations génitales.

L'examen physique permet d'évaluer les signes généraux. Ainsi, on surveille une prise de poids minimale de 1kg par mois. La température n'est jamais prise, mais on recherche une sensation de fièvre. La tension artérielle est cependant vérifiée systématiquement.

Le reste de l'examen physique comprend la palpation des seins (mais debout à travers les vêtements), la recherche d'oedèmes des membres inférieurs, la mesure du périmètre brachial pour évaluer l'état nutritionnel, la mesure de la hauteur utérine à partir de 36 SA et l'évaluation de la présentation fœtale. On ausculte également les bruits du cœur fœtaux avec un stéthoscope obstétrical, le CMC ne disposant pas de monitoring.

A signaler l'absence d'examen au spéculum des femmes en CPN, devant le refus fréquent des patientes.



Les fiches de CPN remplies permettent une aide à la décision avec une orientation adaptée selon chaque risque ou problème détecté.

Il convient de vérifier soigneusement le calendrier vaccinal de la patiente, notamment pour le tétanos.

cf. Annexe 6 : Fiche VAT

La prescription d'un bilan prénatal systématique serait souhaitable, mais peu réalisé en pratique dans cette structure où les patientes ne consultent souvent qu'au 2^{ème} trimestre de grossesse.

Dans l'idéal, il faudrait proposer : NFS, glycémie, groupe sanguin, albuminémie (si HTA), VS, goutte épaisse, créatininémie, ECBU, bilan hépatique, sérologies toxoplasmose, VIH, TPHA VDRL, Ag Hbs et AC anti HVC, ainsi que les 3 échographies obstétricales à chaque trimestre.

Tout en sachant que certaines femmes n'ont pas la possibilité de payer tous ces examens.

Notons l'absence de la sérologie rubéole dans ce bilan, devant une éradication de la maladie au Burundi.



Le dépistage du VIH et de la syphilis est néanmoins toujours proposé, accompagné d'un counselling pré et post test.

Il s'agit d'un test de diagnostic rapide, confirmé si besoin par un test de confirmation différent. A noter parfois les difficultés liées au manque de disponibilité des réactifs sur le territoire.

Les résultats sont annoncés le jour même, dans une salle dédiée, par l'IDE en charge de la CPN, qui apporte une éducation sur le VIH et dirige la patiente vers la PTME.



Les femmes enceintes bénéficient d'une distribution de comprimés de fer pour 30 jours, en prévention d'une anémie, sauf en cas de rupture de stock, où on privilégie les patientes présentant une pâleur conjonctivale.

Elles reçoivent également du Mébendazole à chaque visite, à partir de 12 SA, pour déparasitage.

En ce qui concerne l'acide folique, certains comprimés de fer lui sont combinés, mais parfois cette forme n'est pas disponible. Rappelons que les femmes burundaises consultent rarement avant conception et les premières visites n'ont souvent lieu qu'au 2^{ème} trimestre de grossesse.

J'ai pu noter l'absence de vitamine D systématiquement proposée, dans ce pays ensoleillé toute l'année.

Une distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide en prévention du paludisme, est également réalisée auprès de toutes les femmes de la CPN.



2) Planning familial

Les différents modes de contraception proposés au PF sont les suivants :

- . Pilule oestro progestative « continue »
- . Pilule microprogestative continue
- . Pilule « du lendemain »
- . Implant contraceptif = JADELLE ®
- . Injection IM de progestatifs = DEPO PROVERA ®
- . Stérilet au cuivre
- . Préservatifs masculins et féminins
- . Méthodes naturelles



Le PF proposait auparavant des spermicides en association aux injections de progestatifs ou à l'implant sous cutané, pour lutter contre une éventuelle sécheresse vaginale pré existante à la contraception.

Mais actuellement, le pays souffre d'une pénurie de spermicides depuis Avril 2004.

A noter l'absence de moyens contraceptifs tels que anneau et patch contraceptif.

L'objectif premier de ce service du CMC est d'atteindre un espacement des naissances, devant le fort taux de fécondité du Burundi.

Ainsi, toutes les femmes consultant au CMC sont orientées vers le PF dès leur post partum, y compris les femmes séropositives.

Lors de l'accueil d'une patiente en demande de contraception, les intervenants du PF décrivent d'abord les différents modes de contraception disponibles, pour aider la patiente à faire son choix.

Dans un second temps, sont recherchés d'éventuelles contre indications à la méthode souhaitée.



cf. Annexe 7 : Fiche Planning familial

Après enregistrement de l'état civil, l'interrogatoire recherche les contre indications habituelles des différentes méthodes de contraception disponibles, mais également des données concernant des facteurs socio culturels et environnementaux tels que le niveau d'éducation de la patiente, l'acceptation de la contraception par son mari.

L'Examen physique relève la TA, le poids, une éventuelle pâleur conjonctivale ou un ictère conjonctival. Il comprend également la palpation des seins (anecdotique) et la recherche de varices.

L'examen gynécologique est malheureusement peu fait en pratique devant le refus des femmes de se faire examiner en l'absence de geste thérapeutique.

Concernant les examens complémentaires, le dosage des B HCG plasmatiques quantitatifs avant toute mise en route de contraception si la patiente n'est pas en période de menstruations.

A noter l'absence de bilan glycémo lipidique systématique à 3 mois pour les patientes sous POP, cet examen étant payant pour les femmes du PF. En pratique, il n'est réalisé qu'en cas de prise de poids importante dans les suites de la mise sous POP.

Aucun dépistage du cancer du col utérin par frotti cervico vaginal ...

La délivrance de la contraception orale ou la réalisation de gestes à visée contraceptive, ne se feront qu'en période de règles ou après réalisation d'un test de grossesse négatif.

Pilules

Les contraceptions orales proposées au FP sont toujours sous forme continue, pour une meilleure compréhension et éviter l'oubli de prises, devant parfois le faible niveau d'éducation des femmes.

Les pilules combinées comprennent 3 lignes de Levonorgestrel 0,15 mg et Ethinyloestradiol 0,03 mg, et 1 ligne de fer pendant la semaine des règles, en prévention d'une anémie.

Les pilules micro progestatives comprennent 5 lignes de Levonorgestrel 0,03 mg, probablement pour palier au retard de consultation pour renouvellement des patientes ...

A noter que la pilule du lendemain effectivement disponible au PF, est très peu utilisée, du fait de l'absence de demande des femmes.

Injection intra musculaire de progestatifs : DEPO PROVERA®

Il s'agit du Depo medroxy progestérone acétate (DMPA), injecté en intra musculaire, au niveau du quadrant supéro externe de la fesse, selon les repères habituels pour éviter le nerf sciatique, après désinfection par Dettol.

La première injection débute pendant les règles ou après un dosage des B HCG négatif.

Ceci en l'absence de contre indications : grossesse, saignement vaginal inexpliqué, présence ou ATCD de cancer du sein, thrombophlébite aigue, présence ou ATCD de maladie thrombo embolique, AVC, pathologie hépatique, hypersensibilité à l'un des constituants.

Les autres injections seront réalisées tous les 3 mois, après évaluation de la tolérance. Les effets indésirables connus sont : spotting, prise de poids, céphalées, nervosité, douleurs abdominales, vertiges, asthénie.

Ce mode de contraception reste largement choisi, devant son moindre risque d'oublis que la contraception orale, et sa méthode « discrète ». En effet, nombre de femmes cache leur contraception à leur conjoint.

Implant contraceptif : JADELLE ®



Il s'agit d'un implant comportant 2 bâtons de Levonorgestrel à 75 mg chacun, à poser en formant un « V » au niveau du site habituel : en sous cutané, à la face interne du bras non dominant, 4 travers de doigts au dessus du pli du coude.

La pose est réalisée en milieu stérile, après anesthésie locale à la xylocaine, pendant les règles ou après dosage B HCG négatif et en l'absence de contre indications.

Les contre indications à ce mode de contraception sont : allergie à l'un des constituants, saignement vaginal inexpliqué, présence ou ATCD de cancer du sein ou cancer génital,

thrombose veineuse profonde aigue, tumeur ou insuffisance hépatique, allaitement depuis moins de 6 semaines.

On préconise d'éviter tout rapport sexuel dans les 4 jours suivant la pose.

Le contrôle s'effectue à 5 jours : ablation du pansement compressif et contrôle de la cicatrice à 5 jours, pour ablation du pansement compressif.

L'implant est posé pour une durée de 3 ans et la patiente ne consultera ensuite qu'en cas d'effets indésirables : spotting, aménorrhée, prise de poids, céphalées, nausée, tension mammaire,

A noter que les 1^{ers} implants contraceptifs furent disponibles au Burundi en 2008.

Stérilet au cuivre



Le PF du CMC ne dispose que de stérilets au cuivre, et non de stérilets hormonaux.

La durée de pose est de 5 à 10 ans en cas de bonne tolérance.

L'IDE du PF rapporte peu de malaise à la pose, les femmes burundaises étant moins anxieuses.

Aucune obligation de matériel de réanimation, ni de bouteille d'oxygène, moyennant l'utilisation d'un hystéromètre et une pose « douce », malgré un risque de perforation utérine qui existe toujours ... l'hôpital Prince Régent Charles étant attenant au centre.

Les patientes du PF ne bénéficient pas de la gratuité des antalgiques et ne les utilisent donc pas après la pose.

Préservatifs

Les préservatifs, masculins comme féminins, sont très peu acceptés par la population masculine burundaise. Persiste ainsi en parallèle le problème de la propagation du VIH.

Méthodes naturelles

Elles comportent : abstention périodique, méthode des températures et coït interrompu. Ces méthodes préconisées par les religions se heurtent à des difficultés de compréhension des patientes pour une utilisation optimale. Il existe néanmoins des « collier de cycles » comme aide visuelle.

Notons que le dépistage du VIH avant le mariage est rendu obligatoire par certaines religions présentes au Burundi.

3) Consultation curative (CC)



En consultation curative, on effectue l'accueil du tout venant au CMC, mère ou enfant. C'est une des unités les plus proches de l'activité de médecine générale, devant la variété des pathologies rencontrées.

Ainsi on rencontre surtout des infections de la petite enfance, notamment ORL et pulmonaire, des parasitoses digestives et des atteintes cutanées, type teigne, sans oublier le paludisme et la malnutrition.

Il convient donc de vérifier l'état vaccinal des enfants et de toujours rechercher : des difficultés respiratoires, une fièvre, une otite, des signes d'infection VIH, une anémie, un mauvais état nutritionnel. On recherche également une diarrhée aiguë, compliquée éventuellement de déshydratation. Il faut aussi toujours penser au paludisme.

A noter l'indication de prescrire des antibiotiques même en l'absence de point d'appel infectieux chez tout enfant en état de malnutrition sévère : Amoxicilline sp en première intention.

Habituellement, les prescriptions sont ici réalisées par les IDE responsables, sans examen clinique, uniquement sur l'interrogatoire et par argument de fréquence.

Il est pourtant tout à fait admis dans cette unité pour un interne de médecine générale stagiaire de prescrire examens complémentaires et thérapeutiques, toujours avec modération, avec la possibilité d'adresser au médecin du CMC en cas de doute.

Ainsi, c'est à mon avis l'unité qui se rapproche le plus du SASPAS que propose de DMG de Rennes.

Notons le manque de matériel à visée diagnostique, alors que d'autres étudiants en médecine sont présents et pourraient les utiliser pour affiner leur diagnostic et réaliser des prescriptions adaptées.

4) Prévention de la transmission mère / enfant du VIH (PTME)

Les étudiants burundais n'ont pas accès aux consultations de PTME.

Seules 2 IDE formées réalisent les consultations à tour de rôle au sein d'un local restreint. J'ai néanmoins eu la chance d'être acceptée pour assister à ses consultations.



cf. Annexe 8 : Dossier PTME mère/enfant

La PTME accueille des femmes dépistées séropositives au CMC, en CPN par exemple, ou venant d'autres structures, que ce soit des patientes nouvellement dépistées ou déjà sous anti rétroviraux (ARV).

On évalue tout d'abord l'indication d'un traitement ARV au long cours, conformément aux recommandations de l'OMS (stade clinique OMS III ou IV ou CD4 < 350).

Dans ce cas, le schéma thérapeutique recommandé en 1^{ère} intention est :

AZT + 3TC + (NVP ou EFV)

Ou TDF + (3TC ou FTC) + (NVP ou EFV)

Le cas échéant, une prophylaxie par ARV pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement est mise en route, suite à la réalisation d'un bilan pré thérapeutique :

Urée, créatininémie, glycémie, bilan hépatique, bilirubine totale et conjuguée, Ag Hbs, AC anti HVC, bilan lipidique, amylasémie, acide urique, NFS, GE, ECBU, albuminémie, sérologies toxoplasme, widal (fièvre typhoïde), TPHA VDRL, dosage CD4.

A noter l'impossibilité de réaliser une charge virale sur le territoire burundais.

Dans la mesure du possible, cette prophylaxie doit être débutée dès 14 SA, pour atteindre une charge virale indétectable au moment de l'accouchement, période la plus à risque de transmission du virus.

Le schéma thérapeutique recommandé en 1^{ère} intention au Burundi est une tri thérapie ARV chez la mère :

AZT + 3TC+ (LVP ou ABC ou EFV)

Ou TDF + XTC + EFV

Il convient de toujours insister sur la nécessité d'une bonne observance et de « traquer » les patientes perdues de vue.

Le CMC Buyenzi ne disposant pas encore d'une maternité, les femmes sont référées à l'HPRC pour un accouchement par voie basse « propre » ou une césarienne.

On constate très peu de suivi des mères avec ARV aux long cours après l'accouchement, la plupart étant réorienté dans leur centre de santé initial. Les autres femmes en prophylaxie seront suivies tout au long de l'allaitement.

Ne pas oublier le dosage des CD4, avec confrontation à la clinique, au moment du sevrage pour évaluer la nécessité d'un traitement par ARV au long cours pour la mère.

Concernant le suivi de l'enfant, la conduite à tenir dépend du risque de transmission du virus aux 3 stades que sont la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

Si les ARV pendant la grossesse ont pu être débutés entre 14 et 34 SA, l'enfant est mis sous Névirapine de la naissance à 6 semaines de vie, en prévention de la transmission du VIH lors de l'accouchement. Puis, il bénéficie d'une prophylaxie par Cotrimoxazole dès 6 semaines, avec une posologie adaptée à son poids.

On réalise ici des PCR ADN à 6 semaines, 6 mois, 1 an et une sérologie VIH à 1,5 an. Le Cotrimoxazole ne sera arrêté qu'en cas de sérologie négative 6 semaines après le sevrage.

Si les ARV en prophylaxie n'ont pu être débutés qu'après 34 SA, l'enfant est mis sous tri thérapie dès la naissance avec AZT et 3TC pendant 6 semaines et NVP en une prise unique. Ce schéma ne sera stoppé qu'en cas de sérologie négative à 1,5 an.

En parallèle, pour la protection du risque de passage du virus durant l'allaitement maternel, plusieurs stratégies sont possibles.

L'allaitement artificiel serait souhaitable mais difficilement réalisable en pratique, devant le coût et le manque de disponibilité du lait artificiel, la peur des mères d'une discrimination sociale, et parfois l'ignorance du conjoint du statut sérologique de sa femme ...

En pratique, au CMC, nous disposons de stocks de lait artificiel, distribué aux femmes présentant des contre indications à l'allaitement maternel, type crevasses par exemple. Ainsi, on préfère proposer un allaitement maternel protégé par la prise d'ARV chez la mère jusqu'au sevrage de l'enfant.

A noter que le sevrage progressif est conseillé à 1 an seulement, pour la prévention des infections de la petite enfance notamment.

A noter que les enfants dépistés VIH+ sont mis sous ARV et toujours suivi au CMC conjointement par les IDE de PTME et les médecins.

cf. Annexe 9 : Médicaments disponibles en PTME

La politique de prise en charge de la PTME au Burundi correspond à l'option B des recommandations actuelles de l'OMS.

A noter une différence dans la hiérarchisation des examens complémentaires de suivi du nouveau né de mère VIH+ : ici, PCR en 1^{ère} intention, 3 au lieu de 2, sérologie tardive ...

5) Laboratoire et Centre de dépistage volontaire (CDV)



Pour le VIH, le CMC dispose en théorie de 2 tests rapides : un de dépistage et un de confirmation.

Devant une pénurie récente de test de confirmation, l'annonce de la séropositivité se faisait suite au seul test de dépistage positif ...

cf. Annexe 10 : Liste des examens disponibles au CMC Buyenzi



6) Pharmacie

La pharmacie dispose de médicaments traceurs, pour évaluer la consommation d'antibiotiques entre autres. Chaque médicament dispose d'une fiche de stock et l'inventaire est effectué une fois par mois. La consommation moyenne mensuelle est un indicateur d'alerte pour effectuer de nouvelles commandes.

A noter un protocole de prescription du paracétamol chez les enfants à 30 mg/kg/j en 3 prises, soit à demi dose ...



cf. Annexe 11 : Liste des médicaments hors ARV disponibles au CMC

7) Vaccination des nourrissons



Ce service est réservé à la surveillance des nourrissons avec vaccination et évaluation de l'état nutritionnel.

cf. Annexe 12 : Calendrier vaccinal au Burundi

Le vaccin pentavalent comprend : Diphtérie, tétanos, coqueluche, *Haemophilus influenzae B*, hépatite B. Le vaccin contre la poliomyélite étant administré par voie orale.

Ce calendrier vaccinal est conforme au programme élargi de vaccinations (PEV) comportant 9 maladies cibles : tuberculose, poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, *Haemophilus influenzae B*, hépatite B, rougeole et pneumocoque.

A noter que la vaccination anti pneumococcique a été introduite au sein du PEV le 20/09/2011.

Les mères bénéficient d'une EPS concernant un allaitement maternel jusqu'à 2 ans si possible, une diversification alimentaire à partir de 6 à 9 mois, une bonne hygiène avec lavage des mains. En cas de diarrhée chez l'enfant, il convient de poursuivre

l'allaitement et l'alimentation, associés à une bonne hydratation, de consulter un médecin, puis de bien prendre le traitement prescrit.

Pour évaluer l'état nutritionnel et le bon développement staturo pondéral de l'enfant, des abaques poids/taille de l'OMS sont disponibles. On effectue également la mesure du périmètre brachial.

En fonction du stade de malnutrition, on peut proposer plusieurs stratégies : une simple augmentation des quantités alimentaires, des compléments nutritionnels ou une hospitalisation. Au CMC, on dispose ainsi d'un complément nutritionnel appelé le « Nutty Butta », équivalent du « Plumpy Nut ». Les quantités nécessaires sont calculées selon le poids et distribuées à la mère pour 1 semaine de traitement.

Ainsi, le CMC Buyenzi est également un Service de supplémentation nutritionnelle et de traitement ambulatoire.

Une campagne de vaccination anti poliomyélite a débuté lors de mon stage, suite à une épidémie en République démocratique du Congo, pays limitrophe. Le but de cette campagne : rattrapage de tous les enfants non ou incomplètement vaccinés. Les vaccins disponibles en début de campagne étaient divalents, puis trivalents dès le mois de décembre. Le rythme d'administration de ce vaccin oral était : 2 administrations à 1 mois d'intervalle, chaque année, de la naissance jusqu'à 5 ans

Durant la Semaine mère/enfant du 6/12 au 9/12/2011, nous avons agi pour le déparasitage digestif, contre la poliomyélite et la carence en vitamine A.

Toutes les femmes enceintes ont reçu de l'Albendazole à partir du 2^{ème} trimestre de grossesse. Tous les enfants ont bénéficié selon leur âge d'un vaccin anti poliomyélite, de vitamine A et d'Albendazole.

cf. Annexe 13 : Calendrier vaccinal Semaine Mère / Enfant

La conservation des vaccins s'effectue dans la partie réfrigérée du réfrigérateur, sauf pour celui contre la poliomyélite qui doit être mis au congélateur. Les vaccins sont transportés dans des glacières sur le site de vaccination.

8) Consultations médicales (CM)

Les deux médecins consultant au CMC sont chacune responsable d'une unité : PTME ou consultations curatives. Elles disposent d'un bureau avec tout le matériel nécessaire. Les patients qui leur sont adressés sont donc issus de la CPN, de la consultation curative, ou de la PTME en cas de difficultés de prise en charge par les IDE de ces unités ou pour avis médical. Quelques patients peuvent consulter directement, notamment ceux avec une mutuelle de la fonction publique.

Ainsi, les motifs de consultation sont variés, allant du certificat d'aptitude à un travail à une prise en charge complexe d'un nouveau né VIH+.

Des visiteurs médicaux peuvent apporter des échantillons gratuits pour les patients les plus défavorisés.

A noter, pour mémoire, que les médecins généralistes au Burundi n'exercent que dans des structures de soins, et jamais en libéral.



9) Education pour la santé (EPS)

Sous ce terme générique d'éducation thérapeutique, le personnel soignant réalise des conseils individualisés auprès de chaque femme consultant au CMC, concernant la nécessité du dépistage VIH, d'une bonne alimentation et d'une bonne hygiène, ainsi que sur l'espacement des naissances possible grâce au PF.

Existent également des groupes de parole concernant des sujets de santé publique au Burundi : paludisme, tuberculose, diabète, choléra ... ouverts à tous 1 fois par mois.

Des groupes de parole spécifiquement pour les patients VIH Sida ont lieu tous les jeudi, sur le planning familial, l'utilisation du préservatif, et la nécessité de l'implication du conjoint dans la PTME.



10) Matériels

Le CMC dispose d'un stérilisateur disponible en consultation curative, afin de stériliser tout le matériel nécessaire : alèzes, compresses, instruments ... En effet, le CMC ne dispose pas de matériel à usage unique.

Un réfrigérateur avec une partie congélation est mis à disposition essentiellement pour la conservation des vaccins.

Le CMC ne comprend pas d'incinérateur à déchets. Il existe un trou à déchets à l'arrière des bâtiments.

11) Quelques chiffres

La prévalence du VIH au Burundi est de 4,2%. Le pays comporte 300 structures de prise en charge du VIH, avec CPN. Seuls 8 sites sentinelles pour la PTME rendent chaque année un rapport d'activité.

Le CMC Buyenzi est le site pilote pour la PTME depuis 2000, avec un dossier mère/enfant depuis 2009 repris à l'échelle nationale.

Selon le rapport d'activité du CMC BZI, la structure reçoit environ 500 femmes par mois, dont 300 acceptent un dépistage VIH. 25 femmes enceintes par mois sont mises sous ARV en prophylaxie PTME, et le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant serait estimé à 1% en 2010.

Le projet de mise en place d'une maternité au sein du CMC BZI en 2012, permettra une prise en charge globale des femmes VIH+.

Les actions prioritaires en PTME sont à l'heure actuelle : la prévention primaire, le dépistage VIH, l'implication du conjoint, le suivi du programme PTME, l'arrêt de tout accouchement au domicile.

L'objectif national pour 2015 se définit par « 3 zéros » : 0 nouveaux cas de VIH, 0 discrimination, 0 décès.

B. HPRC Service Gynécologie / Maternité

Lors de la semaine réalisée à l'HPRC en Maternité, j'ai pu assister à de nombreux accouchements, avec peu de moyens, dans des locaux provisoires, pour cause de réfection.

Avec une surveillance des BDC fœtaux par un stéthoscope obstétrical, devant l'absence de monitoring disponible.

J'ai également pu effectuer les soins au nouveau né en salle de naissance, ainsi que des soins aux patientes césarisées ou des sutures d'épisiotomie.

La durée d'hospitalisation était de 24h en cas d'accouchement par voie basse (AVB) et de 5j en cas de césarienne.

A noter les particularités d'un AVB dit « propre » pour les patientes VIH+ : pas de rupture provoquée des membranes lors du travail, éviter l'utilisation d'instruments type forceps, éviter d'effectuer une aspiration trachéale chez le nouveau né, bien procéder au lavage du nourrisson à la Chlorhexidine avant traitement par Névirapine en salle de naissance.

IV. TRAVAUX REALISES

A. SUIVI DES MERES PERDUES DE VUE EN PTME

Au sein de la PTME, un des points les plus sensibles est la notion des femmes perdues de vue (PDV). Afin de les cibler et de les contacter dans les plus brefs délais, un logiciel sur Microsoft Access a été créé avec l'aide d'un informaticien du CNR lors de mon arrivée au Burundi. Seconde et moi même, avons manipulé ce logiciel, proposé des améliorations de fonctionnement (PDV classiques/PDV référées), et effectué la saisie de tous les dossiers concernés tout au long de ma présence sur place.

De plus, l'amélioration du dossier médical des femmes en PTME avec la prise systématique du numéro de téléphone et du périmètre brachial, a enfin été acceptée par les IDE.

B. AMELIORATION DU DOSSIER PTME MERE / ENFANT

Afin de faciliter le contact avec les mères perdues de vue, nous avons ajouté l'item « téléphone » au dossier PTME mère / enfant, même si peu de patientes en possède un à l'heure actuelle.

Nous avons également remis l'item « périmètre brachial » afin d'évaluer l'état nutritionnel de ces femmes séropositives, même si à ce jour aucun complément nutritionnel ne peut être distribué.

C. REVUE DES ENFANTS PERDUS DE VUS EN PTME

Pour les enfants nés de mères VIH+, la possibilité de réaliser des PCR a repris le 09 /11/11, après un arrêt de 9 mois pour pénurie de réactifs.

Nous avons recontacté toutes les mères dont les enfants n'avaient pu en bénéficier. Ceci en débutant par les mères peu ou mal traitées durant leur grossesse.

J'ai d'ailleurs pu accompagner la médiatrice de santé en visite à domicile.

D. INTRODUCTION DU BILAN PRENATAL EN CPN

De la constatation du manque de bilan prénatal réalisé en CPN, nous avons discuté avec les différents intervenants (directrice, médecins, IDE et laborantin) pour tenter de le proposer à toute femme enceinte se présentant au CMC.

Cf. Annexe 14 : Bilan pré natal

E. FORMATION PTME AU CNR

La formation PTME réalisée la semaine du 14 au 20/11/2011, m'a permis de réactualiser mes connaissances sur ce sujet avec la présentation des dernières recommandations OMS. Mais également, d'échanger sur les expériences des différentes structures proposant une PTME au Burundi et sur les difficultés particulières de prise en charge de ces patientes VIH+.

F. DIU REGION DES GRANDS LACS

Au DIU sur la prise en charge multidisciplinaire du VIH, j'ai pu suivre des cours sur l'association VIH et tuberculose maladie, ainsi que sur l'éthique dans la prise en charge du VIH : dépistage, confidentialité de la séropositivité, discrimination, refus de dévoiler sa séropositivité au partenaire, dépistage pré-nuptial ...

G. 30/11/2011 : VISITE DE LA PREMIERE DAME DU BURUNDI AU CMC

Le 30 novembre 2011, le CMC a accueilli la Première dame du Burundi pour une visite des activités réalisées ici.

Le personnel en effervescence pour les préparatifs, le discours de la Première Dame sur le problème du VIH au Burundi et sur l'importance de la PTME, la distribution aux patientes présentes de dons de l'Etat (riz, haricots, couvertures, chaussures, savon, sucre, lait artificiel ...), et un passage télévisé ont rendu cette journée toute particulière.

H. 01/12/2011 : 24^{ème} JOURNEE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE VIH SIDA AU LYCEE SOS

Pour la Journée mondiale de lutte contre le VIH SIDA, nous avons assisté à une campagne de sensibilisation dans le lycée SOS de Bujumbura, sur le thème « Aucun nouvel enfant ne devrait naître avec le VIH SIDA ».

Cette campagne, réalisée avec la participation du projet ESTHER, a permis aux lycéens de s'exprimer librement sur le thème du VIH, sous formes de sketches, danses, chants, poèmes. D'autres activités comportaient un témoignage d'une patiente séropositive, des séries de questions sur le VIH, une éducation à l'utilisation du préservatif.

V. CONCLUSION

Ce stage fut très enrichissant avec une variété étonnante d'activités sur un même site. Il convient d'être pourtant conscient de la difficulté de transposer le mode de fonctionnement du SASPAS à cette structure. J'ai néanmoins pu être autonome dans certaines unités, en gardant à l'esprit une adaptation au terrain nécessaire devant des problèmes de santé publique tout à fait différents des nôtres.

J'ai grandement été sensibilisée, en théorie comme en pratique, au problème du VIH et de la PTME, et suis à l'heure actuelle consciente de tout ce qu'il reste à faire dans ce domaine pour de tels pays.

J'ai découvert qu'une délégation de tâches bien menée, avec un personnel paramédical très compétent et des supports didactiques d'aide à la prise en charge, pouvait palier au manque de médecins au Burundi.

Le CMC Buyenzi me paraît une structure avec une organisation exemplaire.

Il serait néanmoins souhaitable de les aider concernant notamment les ruptures de stocks (matériel diagnostique, réactifs de dépistage, médicaments, etc) qui embolissent l'activité quotidiennement.

VI. REFERENCES

Traitement anti rétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent en situation de ressources limitées : vers un accès universel

http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines_fr.pdf

Nouvelles recommandations de l'oms : Prévenir la transmission mère enfant du VIH

http://www.who.int/hiv/pub/mtct/mtct_key_mess_fr.pdf

Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique

http://www.invs.sante.fr/beh/2011/10_11/beh_10_11_2011.pdf

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Planning de stage

Semaines	Dates	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
44	du 31/10/11 au 06/11		Arrivée	Présentations	CPN	CPN
45	du 07/11 au 13/11	Planning	Planning	Vaccinations	PTME	PTME
46	du 14/11 au 20/11	DU	DU	DU	DU	DU
47	du 21/11 au 27/11	CPN	CPN	CPN	Planning	Planning
48	du 28/11 au 04/12	Planning	PTME	PTME	CM	CM
49	du 05/12 au 11/12	visites au dom PTME	CM	CC	CC	CC
50	du 12/12 au 18/12	Labo	Labo	Vaccinations	Vaccinations	HPRC
51	du 19/12 au 25/12	HPRC	HPRC	salle d'acc	salle d'acc	salle d'acc
52	du 26/12 au 02/01/12	Pharmacie	Pharmacie	Départ		

CPN : Consultations prénatales

PTME : Prévention transmission mère / enfant du VIH

DU : Diplôme universitaire de la région des grands lacs

CM : Consultations médicales

CC : Consultation curative

HPRC : Hôpital Prince Régent Charles

Salle d'acc : salles d'accouchement

Annexe 2 : Programme de la formation PTME

Dr Christine

Mieux travailler autour de la mère et de l'enfant affectés par le VIH

14 au 18 novembre 2011 – Bujumbura

Organisation conjointe Centre National de Référence du VIH/ESTHER/CHU de Rennes

Lundi 14	Mardi 15	Mercredi 16	Judi	Vendredi 18
	8h00 – 10h30	8h00 – 10h30		8h00 – 10h30
Restitution du post Cotonou (Dr Héléne BUKURU, Dr MUNYANA Anita et Dr Angélique NDIHOKUBWAYO)	Organisation de la PTME en centre de santé : l'exemple du CDS Gatumba <i>décentralisé</i> Pescasio + quelqu'un d'autre (Dr NAHIMANA Thierry)	Le programme PTME de l'USLS : comment l'appliquer dans les structures Dr Céline Kanyoge	<i>du</i>	<i>éthique</i> (DL) Cas cliniques PTME : quelles sont les situations qui ont posé des difficultés, comment aurait-on pu les anticiper ou les résoudre ? Ensemble des participants Modérateurs Cédric Arvieux, Jérémie Biziragusenyuka
	11h00 – 12h30	11h00 – 12h30		11h00 – 12h30
Restitution du post Cotonou (Dr Héléne BUKURU, Dr MUNYANA Anita et Dr Angélique NDIHOKUBWAYO)	L'organisation de la prise en charge au Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi L'utilisation d'un dossier mère-enfant <i>laur unique</i> Equipe du CMC Buyenzi (Dr Séraphine et Dr Christelle)	Epidémiologie du VIH au Burundi Données concernant la PTME Dr Céline Kanyoge		Synthèse de la formation Évaluation de la formation Remise des attestations de formation Distribution des frais de transport Jérémie Biziragusenyuka
14h30 – 16h00	14h30 – 15h30	14h30 – 15h30		14h30 – 16h30
Présentation de la formation et des objectifs	L'organisation d'une filière PTME au CHUK Kamenge de	Questions spécifiques en cours de formation		Enseignement post universitaire

<p>Pré test Cédric Arvieux Jérémie Bizira</p> <p>Le programme théorique de prise en charge de la mère et de l'enfant au Burundi : quelles sont les recommandations actuellement utilisées par les structures de soins ?</p> <p>Jérémie Biziragusewiyuka Léonard Nirameba</p>	<p>Bujumbura <i>J. Bizira</i> Equipe du CHUK Dr BUKURU Hélène</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aborder la question de la grossesse chez les femmes séropositives • Couples sérodifférents • Annonce de la séroposivité aux enfants <p>Cédric Arvieux, Christien Courpotin</p>	<p>avec les étudiants du DIU</p>
<p>16h00 – 17h30</p>	<p>15h30 – 17h</p>	<p>15h30 – 17h</p>	
<p>Nouvelles recommandations 2011 de l'OMS en matière de PTME : 1^{ère} partie</p> <p>Christian Courpotin</p>	<p>Travail en ateliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposer le dépistage • Rendre un résultat positif à une femme enceinte <p>Ensemble des participants Modérateurs : Cédric Arvieux, Christelle</p>	<p>Nouvelles recommandations 2011 de l'OMS en matière de PTME : 2^{ème} partie</p> <p>Christian Courpotin</p>	

Annexe 3 : Programme du DIU de la Région des grands lacs

Jeudi 17 Novembre 2011

promotion 5 (2010-2011)				promotion 6 (2011-2012)			
horaires	public	thème	intervenant	horaires	public	thème	intervenant
8h-12h30	Infirmières	Rappel général Détection des IO et TARV: cas cliniques	Sarah Mattioni	8h-12h30	Tous sauf pharmaciens	PTME document: livre VIH chapitre 47 et recommandations Burundi	Christian Courpotin Hélène Bukuru
8h-12h30	Médecins et pharmaciens	Principes pédagogiques	Anne Beugny	8h-12h30	Pharmacien	Pré-qualification, génériques, normes OMS...	Albert Ntiringaniza
8h-12h30	psycho-sociaux	Counselling	Sylvanne. Kankindi, Philippe Cishahayo				Serge Barbereau
14h-16h	infirmières, psycho-sociaux	Atelier désir d'enfant	Olive Ntakaburinvo	14h-16h	Tous	Prise en charge en équipe des patients : ateliers interactifs	Olivier Bouchaud Matthieu Revest

Vendredi 18 Novembre 2011

promotion 5 (2010-2011)				promotion 6 (2011-2012)			
horaires	public	thème	intervenant	horaires	public	thème	intervenant
8h-10h	tous	Épidémiologie de la co- infection VIH- TB et implications en termes de santé publique	Matthieu Revest	8h-12h30	tous	Débat L'éthique dans la prise en charge du VIH dépistage, confidentialité de la séropositivité, discrimination, refus de dévoiler sa séropositivité au partenaire, dépistage pré- nuptial	Jean Baptiste Sindayirwanya Olivier. Bouchaud Christian. Courpotin
10h-12h30	Tous	VIH et système de santé : exposé suivi d'un atelier	Cédric Arvieux				
14h-16h	tous	Désir d'enfant et VIH					Cédric Arvieux

Annexe 4 : Liste du personnel du CMC BZI

Dr NTIZAHUVYE Séraphine	Directrice
Dr KAZE Christelle	Chef de service PTME
Dr MUNEZERO Francine	Chef de service Curatif
NSHIMIRIMANA Espérance	Gestionnaire
NAHIMANA Renée	Accueil
NITUNGA Adèle	Accueil
HATUNGIMANA Madeleine	Chef Nursing et CPN
SAKUBU Eliane	CPN
NTIRAMPEBA Godeliève	Chef PF
NSHEMEZIMANA Ange	PF
HAVYARIMANA Spès	Curatif
GATORE Nadia	Curatif
IRAMBONA Pascaline	Curatif
NKUNZIMANA Honorine	Chef Vaccinations NRS
NTIHARIRIZWA Claudine	Vaccinations NRS
NIYONSABA Seconde	PTME
NDABANIWE Lucie	PTME
NYIRAMARYAMBERE Adrie	PTME
NTAHONTAGEZE Marguerite	CDV
KAMIKAZI Caritas	CDV
NDAYISHIMIYE Aline	Chef Laboratoire
MUDATONGANA Francine	Laboratoire
NDAYISABA Libérate	Chef Pharmacie
KAMBA Juma	Pharmacie
NAHAYO Janvier	Hygiène
SIMBANDUMWE Marcelline	Hygiène
NTAKARUTIMANA Clovis	Hygiène
NKURUNZIZA Prosper	Hygiène

PTME : Prévention transmission mère / enfant du VIH

CPN : Consultations pré natales

PF : Planning familial

NRS : nourrissons

CDV : Centre de dépistage volontaire

Annexe 5 : Fiche CPN

UMUKENTYIZI AKWITE KWISUKUJISWA YAYIYATE
CONSULTATION POST-NATALE.

ACCOUCHEMENT :

Date : _____
 Terme de la grossesse à l'accouchement : SA*
 Accouchement : (souligner)
 A domicile, centre de santé, hôpital
 Autre (à préciser) :
 Mode d'accouchement : (souligner)
 - Épisiotomie, dystociques, césarienne
 Accouchement :
 - Accouchement traditionnelle
 Aide-accouchement, infirmière/midwife
 Autre (préciser)
 Poids : Nombre d'enfants :
 Nombre d'enfants : Vivants : - Morts - MIA :
 - Décédés

SUITES DE COUCHES

Consultation :
 Oui Non
 Si Oui :
 - Douleurs pévénaires
 - Retour de couches
 - Date de retour de couches :
 - La mère a-t-elle terminé les VAT ?

NOUVEAUNE

Vient :
 Poids à la naissance : _____
 Mortel
 Décédé après accouchement
 Circonstances de décès avant 28 jours :
 Mode d'immersion du nouveau-né :
 - Abandonner matériel actuel
 - Abandonner mère
 - Abandonner enfant

SOINS AU NOUVEAUNE

- Examen des yeux
 - Malformation (N)
 - Soins ombilicaux
 - Cordon ombilical séché
 Vaccination :
 Autres soins (préciser) :
 SA* = semaine d'immersion
 1ère CPN™ se fait dans les 15 premiers jours
 2ème CPN™ se fait à 1 mois 10

EXAMEN PHYSIQUE

Général :
 - Poids : _____ Kg
 - TA : _____
 - T° : _____
 - Pouls : _____

- Plaisir des compressives
 - O.M.I.
 - Abdomen :
 - Cupélie
 - Courbe inférieure
 - Abaissement scapulaire
 - Contracture
 - Spéculo-gynécologie
 - Soins : - Dressage
 - mastite
 - Masse (tumour)
 - Hépatite
 - Ostéite
 - Ostéomyélite
 - Piel
 - Normal
 - Membre inférieure
 - Uterus : - Inert
 - distendue

Pénis :
 - sans douleur et érythème
 - érythème inférie
 - écoulement inférie
 - Lésions normales
 - Lésions normales
 - Lésions normales
 - Distensions génitales

Sérum + TV :
 - Aspect normal du col
 - Col blanc
 - TV érythémateux

Soins à la mère

- Traitement
 - Soins
 - Soins

1ère CPN

Date : _____

2ème CPN

Date : _____

3ème CPN

Date : _____

CONSULTATION PRÉNATALE.

Fiche n° _____ Date : _____

Centre de santé : _____
 Centre de Santé Hospitalier : _____
 Nom : _____ Date de naissance : _____
 Instruction ni lire ni écrire - premiers accoucheurs - superviseurs (souligner)
 Sa profession : _____
 Nom de son mari : _____ sa profession : _____
 Consigne (y compris quartier, rue) : _____

FACTEURS DE RISQUE

Age : inférieur à 18 ans supérieur à 35 ans

Poids : nul Plus de 5

Un antécédent de mort né

Un accouchement prématuré

2 enfants de moins de 2 ans

Une chloramnie

Accouchement précédant consanguin

Taille : cm (inférieur à 150 cm)

Poids du début : moins de 40 kg

DEBUT DE LA GROSSESSE : Jours de 30 Jrs

Malnutrition visible du bébé

Maladies chroniques (T.B.C., H.T.A., Diabète, Cardiopathies ...)

DECISION

Gravité Avortement

Enfant visible Morts né

DCM DPN

RECOMMANDATIONS

Cacher les risques déplorés, consulter les fiches techniques et entourer la décision prise !

* SURVEILLANCE INTENSIVE de la grossesse normale au CE.
 ** REFERER A L'HOSPITAL à la 25ème semaine si besoin.
 *** CPN A L'HOSPITAL D'EMERGENCE.
 Si la femme cumule plusieurs risques, choisir la décision indiquée avec le plus d'écoutes.

Annexe 6 : Fiche VAT

Izina _____
 Itariki y'amavuka _____
 Umusizi _____
 Ivuriro rya _____
 Segiten ya _____

Ukubwiteho	Rugizwe tariki			Azageruka tariki		
	Duho	Umuho	Umwaka	Duho	Umuho	Umwaka
Rwa mbere						
Rwa kabiri						
Rwa gatatu						
Rwa kane						
Rwa gatanu						

Ukwirakije urwo rutonde na'izo nbandago
 ukazhushyira zose, uba wikingiye tetanosi
 ubuzima bwawe bwose. Vyongeye, utobye
 ukingiye n'abana uzokwibanza.

Calendrier de vaccination antitétanique pour les femmes en âge de procréer

- VAT 1 Au premier contact à partir de 15 ans ou le plus tôt possible lors de la grossesse.
 VAT 2 1 mois après le VAT.
 VAT 3 6 à 12 mois après le VAT 2 ou lors d'une grossesse ultérieure.
 VAT 4 1 à 3 ans après le VAT 3 ou lors d'une grossesse ultérieure.
 VAT 5 1 à 5 ans après le VAT 4 ou lors d'une grossesse ultérieure.

Remarques:

- 1 Il n'existe pas de contre-indications.
- 2 Seules les vaccinations bien enregistrées doivent être prises en compte. En cas de doute on administrera une dose supplémentaire.
- 3 Il n'existe pas d'intervalle maximum entre les doses.
- 4 Pour le VAT, il est recommandé de faire l'injection sous-cutanée sur la face externe du bras.

Annexe 7 : Fiche Planning familial

République du Burundi
Ministère de la Santé Publique
Programme National de Planification Familiale

NDF

NPF

Centre de Santé de _____

CONSULTATION DE PLANIFICATION DES NAISSANCES

Nom de la femme _____ Age _____ Profession _____ Instruction _____
Colline / Quartier / Rue _____
Nom du mari _____ Age _____ Profession _____ Instruction _____
Gestité _____ Parté _____ Nombre d'enfants vivants _____ Nombre d'enfants décédés _____
Nombre d'enfants souhaités _____ Date dernier accouchement _____ / _____ / _____

Méthode recommandée

Anamnèse	OUI	NON	MAO	BAR	DIU	PIL	MINIPIL	INJ	NOR
1. Adolescente	—	—	+	+	-	+	++	-	-
2. Nulliparite	—	—	+	+	-	+	+	-	-
3. Femme allaitante < 6 semaines	—	—	+	+	+	-	+	+	+
4. Femme éditée	—	—	(-)	+	+	(-)	(-)	+	+
5. Deux signes parmi > 35 ans tabagisme importante diabète	—	—	+	+	+	-	+	+	+
Poids supérieur à 70 kg	—	—							(-)
6. Cycle irrégulier	—	—	+	+	(-)	+	(-)	(-)	(-)
7. Perte de sang d'origine inconnue	—	—	+	+	-	-	-	-	-
8. Traitement médicamenteux (Anti épileptique, Migraineux, Tuberculeux)	—	—	+	+	+	-	-	-	-
Antécédents									
1. Phlébite, thrombose	—	—	+	+	+	-	+	(-)	(-)
2. Césarienne récente < 6 mois	—	—	+	+	-	+	+	+	+
3. G.E.U.	—	—	+	+	-	+	+	+	+
4. Hypertension - dysménorrhée	—	—	+	+	-	+	+	+	+
5. Infection pelvienne	—	—	+	+	-	+	+	+	+
Examen général									
1. Conjonctives pâles (lévnt labo)	—	—	+	+	-	+	+	+	+
2. Conjonctives jaunes	—	—	+	+	+	-	-	-	-
3. Tumeur mammaire	—	—	+	+	+	-	-	-	-
4. Maladie du foie récente, en cours	—	—	+	+	+	-	-	-	-
5. Maladie du coeur (valvulopathie)	—	—	+	+	-	+	+	+	+
6. T.A. syst > 140 diast > 90 (2 fois)	—	—	+	+	+	-	+	(-)	(-)
7. Varices	—	—	+	+	+	(-)	+	(-)	(-)
8. Cancer génital	—	—	+	+	-	-	(-)	(-)	(-)
Conclusion : Méthode contre indiquée									
Méthode retenue _____									

⊕ - Indication

⊖ - Contre indication

⊕/⊖ - Contre indication relative

MAO : méthode naturelle BAR : préservatif, spermicide
DIU : stérilet PIL : POP MINIPIL : micro progestatif
INJ : injectable

Annexe 8 : Dossier PTME Mère / Enfant

1

Date : _____ Code d'enregistrement : _____

Code d'enregistrement précédent programme PTME : _____

Nom : _____ Prénom : _____

BEBE DE

Date de naissance : _____ Adresse : _____

Taille : _____

Premier contact.

Grossesse désirée : Oui : _____ Non : _____ Commentaires : _____

Implication du partenaire à la PTME : Oui _____ Non _____ Commentaires : _____

Niveau socio-économique.

Situation : Mariée _____ Divorcée _____ Veuve _____ Célibataire _____ Union libre _____

Niveau d'études : Sans _____ Primaire _____ Secondaire _____ Universitaire _____

Profession de la femme : _____ Profession du mari _____

Statut sérologique du Père : séropositif _____ Séronégatif _____ Inconnu _____

Antécédents gynéco-obstétricaux.

Gémité : _____ Parité : _____ Nombre d'avortements : _____

Antécédent(s) de césarienne : si oui, combien ? _____

Nombre d'enfants : Vivants : _____ Morts nés : _____ Décès après la naissance : _____

Causes du (des) décès : _____

Nombre d'enfants séronégatifs : _____ Séropositifs : _____ De sérologie inconnue : _____

Données concernant l'infection à VIH/SIDA.

Date du dépistage : _____ Origine d'entrée en PTME : _____

Si référée d'un centre de PEC, dernier taux de CD4 : _____ Date de prélèvement des CD4 _____

Antécédents de prise de traitements antirétroviraux (ARV) : Oui _____ Non _____

Si oui, lesquels ? 1) _____ Date : _____

2) _____ Date _____

3) _____ Date _____

Si oui, pourquoi a-t-elle été traitée antérieurement par les ARV ? _____ Pour la PTME _____

_____ Pour l'infection à VIH _____

Antécédents d'infections opportunistes : Oui _____ Non _____

FICHE DE SUIVI BIOLOGIQUE DE LA MERE

Date de prélèvement				
Charge virale (copies/ml)				
Comptage CD4 (/mm ³)				
Taux de Globules Blancs (x10 ³ /µl)				
Taux de Lymphocytes totaux (x10 ³ /µl)				
Taux d'Hémoglobine (g/dl)				
Taux d'Albuminémie (g/L)				
Taux de créatinine (µmol/l)				
Glycémie (mmol/l)				
Sérologie syphilis TPHA				
VDRL				
Toxoplasmose IgG				
IgM				
Ag HbS				
Ac anti-HBC				
Goutte épaisse				
ECBU				
Autres (à préciser)				

FICHE DE SUIVI MEDICAL POSTNATAL

Code d'enregistrement : Nom : Prénom :

Accouchement : Date : Terme (SA) : Lieu :

Nombre d'heures de rupture des membranes avant l'accouchement :

Mode : Eutocique sans épisiotomie : Eutocique a épisiotomie : Césarienne : Instrumental

Si traitement / Prophylaxie débuté en postnatal, dire pourquoi ?

Suppléments Nutritionnels : oui Non Si oui, date de début :

Si non date d'arrêt :

Date	Poids	TA	Etat des seins	Survenue d'événements en post natal, lesquels ? (diarrhée, TB, hospitalisation, ulcérations génitales, pertes génitales,.....)	Traitement /Prophylaxie (ARV, Bactrim, Vitamines A, Fer, autres à préciser	Tolérance ARV Préciser si modification du traitement ou arrêt	Référence pour la PEC antirétrovirale

Date	Poids	TA	Etat des	Survenue d'événements	Traitement	Tolérance	Référence
------	-------	----	----------	-----------------------	------------	-----------	-----------

FICHE D'IDENTIFICATION

2

Si jumeaux remplir 2 fiches

Nom et Prénom (enfant) : Code d'enregistrement : Sexe :

Nom et Prénom (mère): Code d'enregistrement programme PTME :

Grossesse unique : Grossesse multiple:

Date de naissance : Mode de naissance :

Nouveau né.

Vivant : Oui : Non : Mature : Prématuré : Poids de naissance :

Taille : Périmètre crânien : Périmètre brachial :

Morphologie générale: Normale : Anormale (expliquer) :

Implication du partenaire à la PTME : Oui Non Commentaires :

Mode d'alimentation.

Allaitement maternel protégé: Allaitement artificiel exclusif non protégé :

Niveau d'études : Sans Primaire Secondaire Universitaire

Profession de la femme : Profession du mari

Statut sérologique du conjoint : séropositif Séronégatif Inconnu

Prophylaxie antirétrovirale.

Oui : Si oui, combien d'heures après la naissance:

Quel(s) ARV ?..... Pendant combien de temps ?.....

Non : Si non, pourquoi ?.....

Annexe 9 : Médicaments disponibles en PTME

	Classe	DCI	Forme	Posologie
INRT	AZT	Zidovudine	gél	100 mg
	AZT		cp	300
	AZT		sp	
INRT	ABC	Abacavir	cp	300
INNRT	NVP	Névirapine	cp	200
	NVP		sp	50
INRT	3TC	Lamivudine	cp	300
	3TC		cp	150
	3TC		sp	10
INNRT	EFV	Efavirenz	cp	600
	EFV		gél	200
IntRT	TDF	Ténofovine	cp	300
INRT	d4T	Stavudine	sp	200
Combinaisons	AZT + 3TC	Zinovudine + Lamivudine		
	AZT + 3TC + NVP	Zinovudine + Lamivudine + Névirapine		
	TDF + FTC	Ténofovine + Emtricitabine		
	TDF + 3TC + EFV	Ténofovine + Lamivudine + Efavirenz		
Prophylaxie	Cotrimoxazole		sp	
Antalgiques	Paracétamol		sp	
Antibiotiques	Amoxicilline		sp	
	Erythromycine		sp	

INRT = inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse

INNRT = inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

IntRT = inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse

Annexe 10 : Liste des examens disponibles au CMC BZI

Biochimie

Urée, créatininémie
Glycémie
Acide urique
Cholestérol total, triglycérides
ASAT, ALAT, PAL, bilirubine totale
Amylasémie / amylasurie

Sérologies

Ag Hbs, AC anti HVC
VDRL
Facteur rhumatoïde
Widal test

Parasitologie

Goutte épaisse
Examen des selles

Annexe 11 : Liste des médicaments hors ARV disponibles au CMC

Albendazole : cp 400 mg
Alumine GELUSIL
Aminophilline : cp 100, inj
Amoxicilline : gél 500, gél 250, sp 250
Artésunate amodiaquine (ASAQ) : M2 à M11, 1 à 5 ans, 6 à 13 ans, > 14 ans

Benzathine pénicilline EXTENCILLINE : 2,4 MUI

Chloramphénicol : collyre
Ciprofloxacine : cp 500
Cloxacilline : gél 500
Cotrimoxazole BACTRIM : cp 480, cp 120, sp 240

Diazépam
Dipyronne

Erythromycine : cp 500

Fer + acide folique

Gentamycine : collyre
Glucosé G5%

Hydrocortisone : inj

Ibuprofène BRUFEN : cp 400, cp 200
Indométacine INDOCID : gél 25

Mébendazole VERMOX : sp
Méthylergométrine METHERGIN
Métronidazole FLAGYL : cp 250, sp 250

Néomycine : poudre
Nystatine : ovule 100 000 UI, cp 500 000 UI

Paracétamol : cp 500, cp 100, sp 125
Pénicilline V : cp 250
Phénobarbital : cp 100

Quinine : cp 100

Sérum phy
SRO

Annexe 12 : Calendrier vaccinal au Burundi

	Voie d'administration	Naissance	M1	M2	M3	M9	M18	Puis ...
BCG	INJ	V						
Poliomyélite	PO	V	V	V	V			
Pentavalent	INJ		V	V	V			
Rougeole	INJ					V		
Pneumocoque	INJ		V	V	V			
Vitamine A	PO					V	V	tous les 6 mois jusqu'à 5 ans
Moustiquaire						V		

INJ : injectable

PO : per os

M1, M2 ... : 1 mois, 2 mois ...

Annexe 13 : Calendrier vaccinal Semaine Mère / Enfant

	Posologie	Voie d'administration	De 0 à 6 mois	De 6 à 11 mois	De 12 à 23 mois	De 24 mois à 5 ans	De 5 à 14 ans
Poliomyélite		oral	V	V	V	V	V
Vitamine A	100 000 UI	oral		V			
	200 000 UI				V	V	
Albendazole	200 mg	oral			V		
	400 mg					V	V

Annexe 14 : Bilan prénatal

BILAN PRENATAL

- A proposer à toute femme enceinte dès le 2^{ème} trimestre (en CPN1 ou CPN2)

- A réaliser au CMC Buyenzi
 - ou HPRC
 - ou INSP
 - ou ailleurs

- Gratuité pour les femmes enceintes avec carte d'identité
 - NFS
 - Glycémie
 - ECBU
 - Sérologie toxoplasmose

3 échographies obstétricales (à T1, T2 et T3)

TOUJOURS PROPOSER EN PRIORITE LE **DEPISTAGE VIH ET SYPHILIS**

- Demander à la patiente de ramener ses résultats à la prochaine CPN

- Ordonnances vierges à récupérer tous les matins auprès des Docteurs :
 - Christelle KAZE
 - ou Francine MUNEZERO

Fiche de validation administrative de stage autonome en soins primaires ambulatoire
supervisé (SASPAS)
Novembre 2011 à Avril 2012

- Maître de stage coordonnateur :
Nom DR COVATARMANACH
Prénom Klam
Téléphone 02 99 38 43 78
- Interne :
Nom AUBREÉ
Prénom Solenne
- Autres Maîtres de stage : DR NTIZAHUYE Séraphine
(CMC Buyenzi, au Burundi)
à Bujumbura

Cet avis est émis par le maître de stage coordonnateur après consultation des autres maîtres de stage, le cas échéant. Il obéit aux mêmes règles que celles définies pour les semestres hospitaliers.

Il repose sur l'évaluation établie par le maître de stage coordonnateur de la compétence du résident à pratiquer la médecine générale seul et en autonomie complète.

Commentaires libres sur le semestre de stage :

Elle a très bien travaillé, elle s'est très bien
intégrée au sein de l'équipe du CMC BUYENZI.
elle est très ponctuelle.
Elle maîtrise très bien la prise en charge globale
des patients.

Avis de validation de stage :

Favorable X

Avec réserves

Défavorable

Date : 02/12/2011

Signature du maître de stage coordonnateur :

DR NTIZAHUYE Séraphine

Signature de l'interne :

[Signature]

Date : 02/12/2011

Cachet du Maître de stage



A renvoyer dans les quinze jours qui suivent la fin du stage
auprès du praticien par le Maître de stage coordonnateur à
Mme Aurore QUENTIN
Bureau des stages Faculté de Médecine
CS 34317 35043 RENNES Cedex

Rapport de mission
Mission ESTHER Hygiène Hospitalière CHUK –HPRC – BUJUMBURA, BURUNDI
Du 5 au 12 décembre 2011

(Lauren SAUNDERS – Dr Pascal JARNO, CHU de Rennes)

1. Rappel et contexte

Dans le cadre du volet « hygiène hospitalière » du programme ESTHER-BURUNDI, cette mission avait un objectif principal : l'organisation (*sous forme de formation-action d'un groupe de professionnels impliqués dans le programme : les hygiénistes des centres hospitaliers, les chief nursing et éventuellement des professionnels de terrain*) d'une formation destinée aux correspondants en hygiène des services de soins en 2012.

Par ailleurs, cette mission comportait un volet « surveillance » important avec un nettoyage des ordinateurs du service d'hygiène de l'HPRC, une formation au logiciel EPI INFO, le contrôle et l'analyse de la base de données de l'HPRC.

Enfin, il s'agissait également de faire un point sur les autres aspects du programme :

1. Pour les SHA : mise à disposition des SHA à l'HPRC ; mise en place au CHUK ; fabrication à la SIPHAR.
2. La mise en place d'une enquête de prévalence.
3. L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les 2 établissements.

A noter que les 4 premiers jours de la mission (jusqu'au jeudi midi en fait), une grève se déroulait à l'HPRC entraînant une disponibilité plus réduite des membres du service d'hygiène et de l'encadrement.

2. La formation des correspondants en hygiène

20 professionnels des 2 centres hospitaliers avaient été invités pour 2 sessions de formation le vendredi 8 décembre et le lundi 12 décembre 2011 (10 professionnels de chaque établissement à chaque session). Le programme et les modalités de ces 2 sessions ont été finalisés le mercredi avec les hygiénistes et les chief nursing. Le programme (annexe 1) et le contenu ont été définis à partir des formations dispensées à l'HPRC et au CHUK en 2008-2009 (formations du projet ESTHER) et à Rennes en 2011 (formation aux correspondants médicaux et para-médicaux). Les hygiénistes et les chief nursing ont assuré les enseignements de ces 2 sessions.

Ces professionnels (*14 le vendredi et 20 le lundi*) d'horizons divers (*soignants des services ou des blocs opératoires, professionnels des laboratoires, de la pharmacie ou des services administratifs (approvisionnement...)*) ont été désignés après appel à volontariat. Ils sont également pressentis pour faire partie des futurs comités d'hygiène. L'idée étant de former de

façon plus approfondie des acteurs « clé » de l'organisation de l'hospitalisation et de la prise en charge des patients.

Au delà des enseignements, ces formations ont donné lieu au cours de ces 2 journées à des échanges fructueux.

Pour 2012, outre l'organisation de sessions de formation à l'hygiène de base pour des professionnels non formés en 2008-2009, plusieurs thèmes ont été évoqués pour des formations de 2^{ème} niveau en 2012 (auxquels ces correspondants en hygiène pourraient participer avec l'appui des hygiénistes de Bujumbura et de Rennes) concernant les soins (pose de perfusion, réfection de pansement) ou le bloc opératoire. Ces formations pourraient être réalisées sous forme d'ateliers comme il a été proposé lors de la mission de Jean Mar CHAPPLAIN en septembre 2011.

Les sessions de formation ont également permis de rappeler les expériences en cours dans les centres hospitalier, de recueillir leurs avis sur ces actions et le programme 2012 notamment sur les deux points prédéfinis : la surveillance des Infections de Site Opératoire (ISO) et l'introduction (CHUK) ou la pérennisation des solutions hydro-alcooliques (HPRC).

Il a été convenu que les échanges entre les hygiénistes et les correspondants se feraient au fil de l'eau sur le terrain mais aussi lors de rassemblements trimestriels d'une demi-journée (au 1^{er} jour d'une mission ESTHER par exemple) et lors d'une journée annuelle d'évaluation du programme arrêté.

3. La surveillance des ISO

3.1 L'analyse des données

Un des objectifs de la mission était également de réaliser une rétro-information des résultats de la surveillance des ISO aux professionnels (infirmiers, chef s de poste, chirurgien, gynéco-obstétriciens...) des services concernés. La grève en cours lors de la mission n'a pas permis de « toucher » l'ensemble de ces professionnels. Mais cette rétro-information a été présentée aux hygiénistes, chief nursing et directeur des soins de l'HPRC. Elle a permis de rappeler que :

- La surveillance est une composante de l'hygiène hospitalière et donc de l'amélioration de la qualité des soins.
- L'estimation de l'incidence permet d'objectiver le risque d'ISO, de fournir un niveau de base avant la mise en place d'actions et de mesurer à terme l'efficacité de celle-ci.
- La sensibilisation les professionnels et des gestionnaires en donnant l'occasion de discuter les chiffres présentés (*par exemple la diminution de l'activité : réfection du bloc ou départ d'un ou plusieurs chirurgiens ; ou la diminution de l'incidence : efficacité des actions ou bien défaut de la surveillance*).

Le directeur des soins a bien insisté sur la nécessité de continuer cette surveillance qui s'inscrit par ailleurs dans la « philosophie » du financement basé sur la performance (PBF) promue par la banque mondiale. Il a donné son accord pour la diffusion des résultats sous forme d'un rapport (à rédiger par Lauren SAUNDERS et Pascal JARNO).

3.2 Le protocole

Le protocole actuel a été reconduit pour 2012 sur les 6 premiers mois de l'année à l'HPRC : recueil des données administratives au bloc opératoire tous les jours, recueil des données médicales 3 fois par semaine dans les services (*changement des pansements...*) en concertation avec les infirmiers et chefs de poste des salles concernées, saisie des données une fois par mois sur le logiciel EPI INFO (le masque de saisie a été paramétré). Le recueil de données et la saisie sont assurés par les responsables du service d'hygiène.

Au CHUK, ce même protocole est mis en œuvre depuis octobre 2011 et sera reconduit en 2012.

3.3 Le contrôle de qualité et la saisie des données

Lauren SAUNDERS, interne de santé publique, a effectué avec les hygiénistes des 2 CH un contrôle de la qualité des données en répondant sur site aux demandes des deux équipes. Elle a dispensé une formation plus approfondie du logiciel Epi-info (création d'un masque, saisie et 1ères commandes d'analyse) aux 3 hygiénistes.

Au décours de cette formation, les masques de saisie ont été harmonisés (annexe 2) : même masque pour la surveillance en gynécologie et en chirurgie quel que soit l'établissement.

3.4 La rédaction d'un rapport de résultats

Le directeur des soins de l'HPRC a donné son accord pour la diffusion des résultats sous forme d'un rapport (à rédiger par Lauren SAUNDERS et Pascal JARNO). Il a bien insisté sur la nécessité de disposer de chiffres, pour pouvoir dans un 2^{ème} temps avoir des échanges en interne sur les raisons de telle ou telle évolution.

Dans les mois qui viennent, Lauren SAUNDERS, va proposer un rapport automatisé synthétique sur EPI INFO.

3.5 La « maintenance » des postes informatiques

Un nettoyage in extenso des 2 ordinateurs de l'HPRC a été effectué et un antivirus a été installé.

4. L'implantation des SHA

1. A l'HPRC

Pour Claire, responsable de la pharmacie, et François, responsable du service d'hygiène chargé de suivre ce point avec la direction financière, le stockage et les commandes ne posent pas de problèmes à l'HPRC. La fiche de suivi, des commandes et aussi de la dispensation dans les services, est toujours régulièrement mise à jour.

François nous adresse le fichier EXCEL correspondant mis à jour dans la semaine. A priori, l'utilisation des SHA dans les services déjà pourvus reste hétérogène : OBTE +++ ; chirurgie +/-.

L'achat en autofinancement par l'HPRC reste à mettre en place : pas de contact en ce sens.

De même, l'éventualité d'une fabrication in situ n'a pas fait l'objet d'échanges spécifiques.

2. Au CHUK

Le service d'hygiène, la chief nursing et le nouveau directeur des soins sont particulièrement motivés par l'implantation des SHA au CHUK. Sur le modèle de l'HPRC au moins dans un 1^{er} temps.

Les équipes des 2 établissements ont été informés à nouveau que l'implantation des SHA, et notamment l'étude d'une fabrication in situ, serait l'objectif principal de S FAUVEAU technicienne bio-hygiéniste en début d'année.

A noter qu'il n'y a pas eu de contact direct avec la société SIPHAR.

5. L'enquête de prévalence

Les différents professionnels de l'HPRC ont donné leur accord pour qu'une enquête d'un jour dans l'ensemble des services de soins (*enquête de prévalence des infections nosocomiales*) soit organisée dans l'année (en juin ou en septembre). Cette mission pourrait faire l'objet d'une mission spécifique (4 personnes serait l'idéal) :

- lundi et mardi : formation des correspondants au protocole et au recueil des données
- mercredi : enquête en que telle
- jeudi, vendredi et éventuellement samedi : saisie et 1^{ère} analyse.
 - Ou d'organiser une enquête d'un jour dans l'ensemble des services de soins (*enquête de prévalence des infections nosocomiales*).

Cette enquête pourrait être couplée à une mission de formation de « perfectionnement » à EPI INFO. Formation absolument nécessaire si nous voulons que les hygiénistes des 2 établissements soient un minimum autonomes.

6. *La surveillance des AES*

Le registre ne semble pas exhaustif et les données enregistrées semblent incomplètes. Une réorganisation de cette surveillance, élément important du projet APPS, pourrait être un objectif complémentaire de la mission « enquête de prévalence ».

7. *L'organisation de l'hygiène hospitalière au sein de l'HPRC et au CHUK*

Les professionnels du CHUK (hygiénistes, chief nursing, directeur des soins) ont mis en avant la nécessité de créer comme à l'HPRC un service d'hygiène identifié (actuellement Sylvestre fait partie de l'équipe de chief nursing).

A l'inverse, le rattachement du service d'hygiène de l'HPRC à la direction des soins a été de nouveau évoqué et semble souhaitable pour faciliter l'intégration des hygiénistes dans les services de soins.

Mais dans le cadre du financement basé sur la performance (PBF), des réorganisations sont en cours, notamment dans le domaine de l'hygiène avec la création dans l'année de comités d'hygiène et donc la mise en place dans les services de correspondants paramédicaux. Il faut donc surtout laisser ces organisations se mettre en place à leur rythme et selon leur spécificité. A cet égard, le responsable du projet « 5K » de la JICA (dont le projet arrive à son terme fin décembre), a assisté à la formation des correspondants. Et la chief nursing de l'HPRC a rappelé l'existence de groupes de professionnels chargés du suivi de ce projet et qui pourrait être associés aux différents axes du programme ESTHER « hygiène ».

A noter que la grande citerne de l'HPRC (véritable gîte larvaire géant) a été démonté +++.

8. *Coordination et mise en œuvre*

Il apparaît essentiel que des réunions régulières soient programmées par téléphone ou bien par visio-conférence (SKYPE est gratuit). Cela permettrait sans doute un suivi plus continu du programme.

La définition du contenu et du rythme des prochaines missions pourrait faire l'objet d'une 1^{ère} réunion en janvier.

Liste des personnes rencontrées

Programme ESTHER

Dr Jérémie Biziragusenyuka, médecin coordinateur

Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)

Mr François NIYONKURU, hygiéniste (Chef de service)

Mr Emmanuel NIYONGABO, hygiéniste (Chef de poste)

Mme Marie BUKURU, chef nursing

Dr Jean Bosco NDUWARUGIRA, directeur adjoint chargé des soins

Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge (CHUK)

Mme Patricie BARAHINDUKA, chief nursing

Mr Sylvestre NDAYIRAGIJE, hygiéniste

Dr Révérien NIYONGABO, directeur adjoint chargé des soins

Coopération japonaise (JICA)

Melle Akiko MIYASHITA, chef de mission

Annexe 1

Annexe 2

MODIFICATIONS DU MASQUE DE SAISIE DES ISO

Au cours de la mission du 5 au 9 décembre 2011 de P Jarno et L Saunders, les masques de saisie Epi Info des infections du site opératoire ont été modifiés dans les deux sites (HPRC et CHUK).

L'objectif était d'uniformiser les masques, entre chirurgie et gynécologie, et entre hôpitaux, afin de faciliter la fusion des bases de données et l'analyse statistique.

L'ensemble des données saisies de 2009 à 2011 à l'HPRC a été regroupé dans une base de données unique (1 pour la chirurgie, 1 pour la gynécologie) et réinstallé sur l'ordinateur du service d'hygiène. La saisie des chirurgies de l'année 2012 sera poursuivie sur ces mêmes fichiers.

Tous les codages ont été harmonisés dans les bases de données complètes, pour les 3 années 2009, 2010 et 2011 +++

Historique des modifications à l'HPRC

2009

Les masques de saisie étaient identiques pour la chirurgie et la gynécologie, avec distinction des chirurgies abdominales et urologiques pour la chirurgie générale.

NUMERO #####
AGE ## SEXE # (1=feminin ; 2=masculin ; 9=inconnu)
SERVICE ## (1=gyneco ; chir=numero de salle ; 97=chambre seule ; 98=autre ; 99=inconnu)
MOIS ## ANNEE ####
TYPINTER # (1=cesar ; 2 = autregyn ; 3=abdo ; 4=ortho ; 5=uro ; 6=autre ; 9=inconnu)
INFECTE # (1=oui ; 2=non ; 9=inconnu)
DELAI ##
ECOULE # FIEVRE # (1=oui ; 2=non ; 9=inconnu)
GERME # (1=oui ; 2=non ; 9=inconnu) TYPGERME _____

2010-11

Modifications réalisées :

- 2 masques différents pour chirurgie et gynécologie pour le service/type d'intervention

- Suppression des variables « mois », « année », et « délai », remplacés par la date d'opération et la date d'infection
- Suppression de la variable « infecte »

CHIRURGIE GENERALE

Num: ####

Age: ##, 99=Inconnu

Sexe: # 1=feminin,2=masculin,9=inconnu

{Salle}d'hosp: ##,99=inconnu

{Dated'op}eration: <dd/mm/yyyy>

{Typed'inter}vation: ##,1=Ortho,2=Abdom,3=uro,4=autre,9=Inconnu

{Dated'inf}ection: <mm/dd/yyyy>

Signe d'infection:

{Ecoule}ment: ##,1=OUI,2=Non,9=Inconnu

Fišvre: ##,1=OUI,2=Non,9=Inconnu

Germe: ##,1=OUI,2=Non,3=Non isol,,9=Inconnu

{Typegerme}: _____

GYNECOLOGIE

Num: ####

Age: ##

{Dated'op},ration: <dd/mm/yyyy>

{Typed'inter}vation: ##,1=C,sarišne,2=Kystectomie,3=Myomectomie,4=Autre,9=inconnu

{Dated'inf}ection: <mm/dd/yyyy>

Signe d'infection:

infection : # , 1=oui ,2=non

{Ecoule}ment: ##,1=OUI,2=Non 9=Inconnu

Fišvre: ##,1=OUI,2=Non,9=Inconnu

Germe: ##,1=OUI,2=Non,3=Non isol,,9=Inconnu

{Typegerme}: _____

2012

Modifications apportées au nouveau masque de saisie à l'HPRC en décembre 2011 (les recodages nécessaires ont été effectués) :

- masque identique pour chirurgie générale et gynécologie.
- masque identique à l'HPRC et au CHUK

- regroupement de la chirurgie abdominale et de l'urologie en « viscérale », du fait de difficultés de codages
- ajout des variables « mois », « année », « délai » et « infection »

SURVEILLANCE DES INFECTIONS DE SITE OPERATOIRE

A L'HPRC : service chirurgie

{NUMERO} #####

{AGE} ## {SEXE} # (1=femme; 2=homme)

{SERVICE} ## (1=gyneco; chir=numero de salle; 97=chambre seule; 98=autre; 99=inconnu)

{DATEDOP} <dd/mm/yyyy>

{MOIS} ## {ANNEE} ####

{TYPDINTER} # (1=cesar; 2=autres gyn; 3=viscerale(abdo+uro); 4=ortho; 5=autre; 9=inconnu)

{INFECTION} # (1=oui; 2=non; 9=inconnu)

{DATEDINF} <dd/mm/yyyy>

{DELA} ### (en jours)

{ECOULE} # (1=oui; 2=non; 9=inconnu)

{FIEVRE} # (1=oui; 2=non; 9=inconnu)

{GERME} # (1=pr,sence d'un germe; 2= absence de germe; 3=culture non faite; 9=inconnu)

{TYPGERME} _____

SURVEILLANCE DES INFECTIONS DE SITE OPERATOIRE

A L'HPRC : service gynecologie obstetrique

{NUMERO} #####

{AGE} ## {SEXE} # (1=femme; 2=homme)

{SERVICE} ## (1=gyneco; chir=numero de salle; 97=chambre seule; 98=autre; 99=inconnu)

{DATEDOP} <dd/mm/yyyy>

{MOIS} ## {ANNEE} ####

{TYPDINTER} # (1=cesar; 2=autres gyn; 3=visceral (abdo+uro); 4=ortho; 5=autres;
9=inconnu)

{INFECTION} # (1=oui; 2=non; 9=inconnu)

{DATEDINF} <dd/mm/yyyy>

{DELAI} ### (en jours)

{ECOULE} # (1=oui; 2=non; 9=inconnu)

{FIEVRE} # (1=oui; 2=non; 9=inconnu)

{GERME} # (1=pr,sence d'un germe; 2= absence de germe; 3=culture non faite;
9=inconnu)

{TYPGERME} _____