



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

Compilation des rapports de missions effectuées en 2014 au Burundi



Ce document reprend tous les rapports de missions effectués en 2014 par du personnel du CHU de Rennes dans le cadre des partenariats Burundi : Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (ESTHER, projets VIH et SMNI), Partenariat Africain pour la Sécurité des Patients (APPS) diplôme interuniversitaire VIH-Sida de la région des grands lacs, fondation GSK ainsi que les conventions liant directement le CHU de Rennes et les établissements burundais : Hôpital Prince Régent Charles (HPRC), CHU Kamenge (CHUK), Institut National de Santé Publique (INSP), Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi, Centre de santé de Kigwena.

RAPPORT DE MISSION AU BURUNDI

08 AU 16 FEVRIER 2014

FINANCEMENT ET COUT DE LA MISSION

Financement de la mission: Projet fondation GSK/CMC Buyenzi/CMC CHUK

Coût¹ : 5 000 €

CADRE DE COOPERATION: 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 de Médecine Communautaire de Buyenzi (CMC Buyenzi)
- Association Nationale de Soutien aux patients séropositifs (ANSS)
- Réseau Burundais des personnes vivant avec le VIH (RBP+)
- SWAA-Burundi
- Association Nouvelle Espérance (réseau Caritas)
- Clinique Prince Louis Rwagasore (nouveau partenaire)

En France

- CHU de Rennes
- CHU de Nantes
- ESTHER
- Fondation GSK
- Conseil Régional des Pays de Loire

PARTICIPANTS

- Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes et Université Rennes 1
- Dr Hélène Leroy, infectiologue, Réseau Louis Guilloux

¹ Billet d'avion, per diem, visa.

TERMES DE REFERENCES DE LA MISSION

1. Organiser la coordination de l'ensemble des projets impliquant le CHU de Rennes et l'université Rennes 1 au Burundi.
2. Faire le point sur les projets en partenariat **ESTHER** : African Partnership for patient Safety, (**APPS**), Santé Maternelle Néonatale et infantile (**SMNI**)
3. Bilan 2013 du partenariat Prévention de la transmission mère enfant du VIH (**PTME**/Fondation GSK) dans l'optique de la clôture du projet en décembre 2014
4. Préparation du dossier du projet « Prise en charge des mères découvrant leur séropositivité en salle d'accouchement et de leur enfant » pour soumission au financement de la région Pays de Loire et la fondation ViiV.
5. Rencontrer les partenaires universitaires en vue de la signature de la nouvelle convention entre les universités de Rennes 1 et du Burundi.
6. Faire le point sur l'organisation et le financement du DIU des Grands Lacs.
7. Préparer les missions 2014 dans le cadre du projet « Bases de données VIH ».
8. Faire le point sur l'importation des médicaments de 3^{ème} ligne.
9. Trouver des pistes pour l'amélioration qualitative du dépistage du VIH.
10. Faire le point sur l'avancée du projet OPP ERA et de ces interactions avec les projets mentionnés en 2 et 3.
11. Faire le point sur les demandes dans le domaine de la dialyse.
12. Dégager les sujets qui pourraient être source de communication/publication en 2015
13. Mise en œuvre du projet de surveillance des infections du post-partum chez les femmes parturientes de la maternité de l'HPRC (ESTHER/APPS)

PRINCIPAUX CONTACTS AU COURS DE LA MISSION

- **Dr Jérémie Biziragusenyuka**, coordonnateur ESTHER
- **Dr Jean Bosco Nduwarugira**, directeur de l'HPRC de Bujumbura
- **Shabanna Ferga**, déléguée générale, et **Alexis Bourges**, responsable du volet santé du Conseil Régional des Pays de Loire au Burundi
- **Laurence Arnoux**, attachée de coopération ambassade de France.
- **Donavine Hakizimana**, directrice des laboratoires, Francine Kabatesi (département « VIH »), INSP.
- **Dr Séraphine Ntizahuyve**, directrice du CMC Buyenzi et **Dr Christèle**, médecin du CMC, Mme **Seconde**, médiatrice, **Adrie et Lucie**, IDE de consultation PTME
- **Dr Evelyne Baramperanye**, directrice a.i, et **Emmanuel Ningadiye**, statisticien et administrateur de base de données, Centre National de Référence VIH (CNR)
- **Albert Ntiringaniza**, pharmacien du CNLS, fonds mondial
- **Valentin Nitereka**, administrateur de Sida-Info, CNLS
- **Janvière Nzorijana**, coordinatrice médicale, SWAA Burundi
- **Dr Emery Bawtnanayo**, coordonnateur médical, La nouvelle Espérance.
- **Benjamin Nicayenzi, Adrienne Munene, Jean Claude Nijimbere** RBP+
- Mme **Candide Kayonde**, Coordinatrice nationale, Anita, Pélagie, et l'équipe paramédicale de l'ANSS

- **Dr Scholastique**, médecin directrice du CPAMP de l'HPRC, **Mme Béatrice**, médiatrice
- **Dr Mambaleo**, chef de service du service de gynéco-obstétrique de l'HPRC
- **Mme Denise**, infirmière du CMC du CHUK, **Mme Rose**, médiatrice, **Mme Pélagie**, Infirmière de CPN

COMPTE-RENDU DE LA MISSION

PARTENARIAT PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH (PTME/FONDATION GSK)

1 - CMC BUYENZI

○ Point sur l'activité

Comme lors de chaque mission, nous avons procédé au bilan de l'activité du CMC à partir des rapports d'activité. Cependant, nous rencontrons le problème de modifications des données demandées par le Ministère de la santé ce qui rend parfois périlleux la comparaison des chiffres, puisque les items demandés dans ces rapports changent régulièrement. Les tendances qui ressortent sont :

- un nombre de consultation pré natale (CPN) assez stable autour de 4500 à 5000 par an, sachant qu'il est assez difficile de dire si les femmes viennent plus précocement consulter lors de leur grossesse car nous n'avons pas tous les chiffres mensuels de CPN1 pour 2013
- Le nombre de femmes intégrées dans le programme de PTME est en légère baisse ce qui peut être expliqué par le fait que le nombre de sites où est réalisée la PTME est en augmentation au Burundi.
- une prévalence des femmes séropositives parmi les femmes enceintes dépistées au CMC Buyenzi toujours en diminution (4,1% pour 2013)
- un nombre d'enfants dépistés par PCR et par sérologie à 18 mois en diminution mais ceci est lié aux problèmes techniques de disponibilités du test à l'INSP. En 2012, le chiffre était de près du double mais il y avait eu un rattrapage très important des tests non faits en 2011. Nous espérons que ce rattrapage aura lieu lors du premier semestre de 2014.

Tableau 1 : Activité générale du CMC Buyenzi : CPN, Dépistage, PTME

	2009	2010	2011	2012	2013
nombre CPN	4487	6281	3514 ¹	4584	4881
nombre de CPN1	2133	3067	1362 ¹	1108	ND ⁴
venues au 1er trimestre	83	151	105 ¹	171	ND
Nb test VIH	1475	1803	1030 ¹	1309	1329
Tests positifs pour le CMC	102	102		60	54
% moyen de tests positifs	6,9%	5,7%		4,5%	4,1%
Femmes enceintes NC intégrées ²	339	384	296	256	187
Femmes enceintes AC sous ARV intégrées ³	360	540	423	287	325
Total des enfants débutant le cotrimoxazole	318	326	325	209	169 ⁵

Enfants dépistés à 18 mois et plus	10	32	38	123	103
Enfants dépistés par PCR (PCR1,2,3)	570	604	338	604	389

¹ résultats sur les 7 premiers mois de l'année

² NC intégrées : nouveaux cas de séropositivités dépistées pendant la grossesse actuelle et intégrées dans le programme de PTME du CMC

³ AC sous ARV intégrées : nombres de consultations annuelles de femmes déjà dépistées consultant pour s'approvisionner en ARV ou pour un problème médical

⁴ ND : non disponible

⁵ sur 11 mois (données non disponibles pour aout 2013)

○ **Prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)**

Depuis décembre 2013, l'activité de consultations médicales a été élargie à toutes les personnes séropositives et n'est plus réservées qu'aux femmes enceintes ou allaitantes (« prise en charge globale »). Ceci va donc permettre de continuer le suivi des femmes dépistées pendant la grossesse et suivie en PTME. A priori, ceci va limiter les pertes de vue potentielles au moment de la référence à une autre structure de prise en charge après la fin de l'allaitement. L'activité n'est pas évaluable actuellement.

○ **Suivi du projet : suivi des femmes du programme de PTME et pertes de vue**

▪ **Point sur les données à partir de la base ACCESS**

La médiatrice Seconde, la seule personne remplissant la base ACCESS et l'utilisant pour rechercher activement les pertes de vue a été en congé maternité à partir de la fin du mois de novembre 2013. Elle doit reprendre ses activités dans le courant du mois de mars 2014. Aucune donnée n'est donc disponible depuis fin novembre 2013. Par ailleurs, un problème technique a malheureusement eu lieu concernant la base de données ACCESS et les données enregistrées depuis la fin du mois d'aout ont été perdues. Nous ne pouvons donc pas à ce jour présenter des données actualisées depuis notre dernier passage au Burundi. Seconde se charge de mettre la base à jour dès son retour et nous veillerons dorénavant à faire une sauvegarde hebdomadaire des données sur une clé USB et à essayer que les données nous soient transmises mensuellement.

Concernant les améliorations réalisées lors de notre dernière mission pour avoir facilement la liste des enfants qui n'ont pas eu de PCR ou pour lesquels nous n'avons pas le résultat, Seconde semble être satisfaite même si nous déplorons encore des problèmes pour réaliser les PCR qualitatives des enfants au niveau de l'Institut National de Santé Publique (INSP). Aucune PCR n'a pu être faite depuis décembre 2013 et le problème semble avoir été réparé lors de notre mission. De même, entre juillet 2013 et septembre 2013, aucune PCR n'a pu être réalisée chez les enfants, ce qui pose véritablement un problème de retard à la mise sous ARV pour les enfants qui seraient infectés !

- *Fusion des bases ACCESS du CMC et SIDAINFO du Burundi*

Nous n'avons pas avancé sur ce point étant donné les problèmes rencontrés sur la base ACCESS avec perte des données. Nous profiterons d'une mission des TEC du COREVIH Bretagne pour revoir la possibilité de fusionner les bases ACCESS du CMC et la base de suivi du Burundi SIDA INFO avec Valentin du CNLS (Centre National du Lutte contre le SIDA).

○ **Travaux pour la maternité**

▪ **Travaux :**

Les bâtiments de la maternité du CMC Buyenzi sont à présent construits. L'architecte s'est basé sur les plans du Ministère de la santé. Quelques modifications doivent donc y être apportées comme la création d'un point d'eau dans la pièce qui va servir de salle d'accouchement et qui était initialement

prévue pour être la salle post-accouchement. Or la salle d'accouchement se retrouvait être la plus à proximité du passage des personnes se rendant aux consultations du CMC ! Elle va donc être déplacée au coin opposé. Une fosse à placenta a été creusée et un incinérateur a été créé (cf photos 1 à 3).

Par ailleurs, un point d'eau doit être mis en place à l'extérieur pour les visites et une clôture (ou un mur) doit être construite pour isoler la maternité du reste du centre médical. Les infirmières du CMC ont pratiquement toutes (10/13) reçu une mise à jour de leurs connaissances en matière d'accouchement, même si l'on espère que le Ministère de la santé attribuera de nouvelles infirmières au CMC pour la maternité. Il est prévu 3 infirmières pendant la journée, et 2 pour la garde. Les premiers accouchements auront probablement lieu en mars 2014.

Photo 1 : Maternité du CMC Buyenzi le 10/02/2014 (avec le Dr Séraphine Ntizahuyve)



futur salle d'accouchement

futur salle de travail en pré-accouchement

Photo 2 : Maternité du CMC Buyenzi le 10/02/2014, en arrière plan bâtiment de la PTME (3^{ème} plan) :



Photo 3 : incinérateur



▪ **Opportunités liées à la maternité**

Nous avons revu avec le Dr Séraphine Ntizahuyve, directrice du CMC les opportunités qu'offrira la maternité au CMC :

- *Protocole « femmes dépistées en salle de naissance »*

A l'instar de ce qui est fait à l'HPRC, un dépistage pour le VIH sera envisagé chez toutes les femmes qui n'ont pas un test récent de dépistage, datant de moins d'un mois. Concernant le suivi de ces femmes dépistées tardivement, le CMC va évidemment faire partie du projet de coopération entre les centres hospitaliers et les associations prenant en charge les personnes séropositives .

- *Protocole « vaccination des enfants nés de mère porteuse de l'hépatite B »*

Alors que la sérologie Hépatite B (AgHbS) est faite systématiquement chez toutes les femmes enceintes suivies dans le protocole PTME, il n'y a pas de protocole de vaccination particulier pour les enfants nés de mères porteuses d'une Hépatite B. Nous ne pouvons actuellement évaluer la prévalence de l'AgHbS positif à cause des problèmes avec la base ACCESS. Jusqu'à présent la vaccination anti-VHB est faite à 1mois1/2, 2mois1/2 et 3mois1/2 au sein d'un vaccin pentavalent (Diphtérie, Tétanos, *Hémophilus Influenzae*, Coqueluche, HVB) associé au vaccin polio oral et au vaccin anti-pneumococcique). Ceci rend compliquée la modification du protocole de vaccination chez les enfants nés de mères infectées par le virus de l'hépatite B car il s'agit de vaccins pentavalents. Il paraît difficile de modifier le calendrier vaccinal pour ces enfants, excepté en finançant le vaccin qui coûte environ 60 000 FBU (30 euros environ) pour l'injection à la naissance. Selon la directrice du CMC, un vaccin monovalent pour l'hépatite B va bientôt être réalisé après l'âge de 6 mois (modalités non sues avec exactitude par Dr Séraphine Ntizahuyve). Ce vaccin pourrait peut-être être utilisé à la naissance et non à 6 mois en modifiant le reste de leur calendrier vaccinal, mais en n'augmentant pas les coûts. Nous attendons d'avoir une évaluation de la prévalence de l'hépatite B chez les femmes suivies au CMC, de voir les modifications du calendrier vaccinal et ne pouvons en attendant que préconiser aux équipes d'insister auprès des parents afin d'acheter le vaccin pour que leur enfant en bénéficie à la naissance.

- **Problèmes du financement**

Etant donné l'absence d'appel d'offre en 2013, et l'arrêt des financements de projets internationaux par la fondation GSK, la prise en charge des frais de la médiatrice (groupe de paroles, frais de déplacements) peut avoir lieu jusqu'à la fin 2014 et non mai 2014 comme initialement prévu. Pour la suite, nous espérons que le projet présenté à la fondation VIIV sera accepté, ce qui permettrait de poursuivre l'action d'appui au CMC en se focalisant sur les femmes dépistées en salle de naissance et la coordination avec les autres structures de prise en charge de la PTME et des PVVIH.

2 - CMC AU CHUK

- **Rencontre de l'équipe- Problèmes rencontrés/Besoins**

Les problèmes rencontrés sont toujours les mêmes : l'étroitesse des locaux et les visites à domicile des médiatrices. Ces dernières sont actuellement financées par la Fondation GSK. Concernant les locaux, les travaux pour la transformation des bâtiments de la PTME, de la CPN et de la pédiatrie ont débuté. Nous avons modifié les plans initiaux pour qu'il y ait comme bureau : un pour l'infirmière avec l'armoire à pharmacie, un pour les consultations d'observance dispensées par les médiatrices, un pour la consultation d'un médecin généraliste, un pour le dépistage, ainsi qu'un dernier pour les CPN qui n'était pas prévu initialement. Le but est que les femmes vues en CPN n'aient pas à changer de locaux pour se faire dépister pour le VIH afin de « perdre » le minimum de patientes. Les bureaux

seront cependant assez exigus, mais auront l'avantage d'assurer la confidentialité des patientes contrairement à la pièce unique (dépistage, observance, dispensation des ARV) actuelle.

Photo 4 : travaux du bloc de PTME du CHUK le 10/02/2014

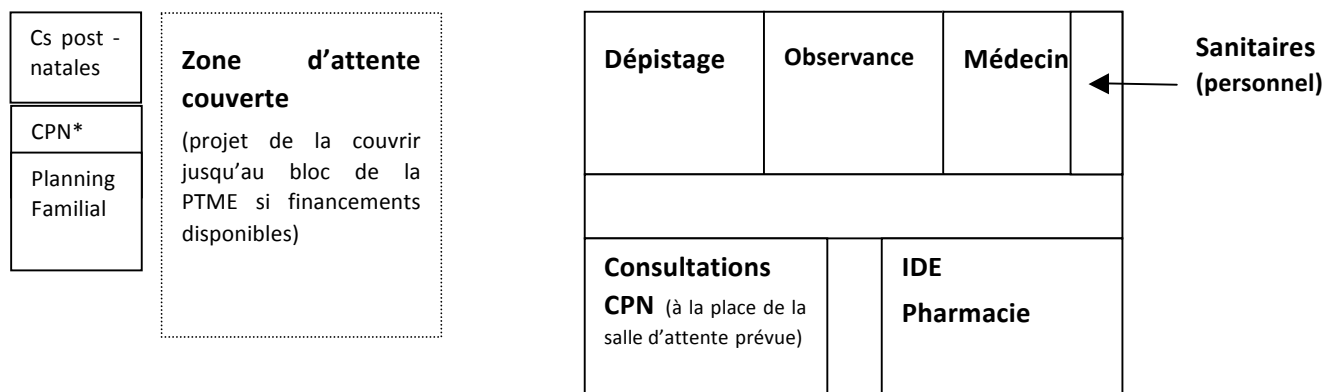


Photo 5 : travaux du bloc de PTME du CHUK, à gauche la zone d'attente pour les consultations de CPN et de Planning Familial

Pièce « actuelle » de la PTME



Figure 1: Plans des travaux du nouveau « bloc PTME » au CMC du CHUK



*si CPN transféré dans le bloc PTME, cette salle permettra au Planning Familial d'avoir une salle de conseils et une salle technique (mise en place de stérilet, injections...)

○ **Vacances thérapeutiques de groupes d'adolescents séropositifs**

Depuis les premières vacances en août 2013, un autre groupe d'adolescents séropositifs choisis parmi ceux qui posaient le plus de problèmes au CPAMP du CHUK en termes d'observance sont partis avec une équipe médicale et paramédicale en vacances thérapeutiques de 4 jours.

**PRISE EN CHARGE DES MERES DECOUVRANT LEUR SEROPOSITIVITE EN SALLE
D'ACCOUCHEMENT ET DE LEUR ENFANT**

1 - DEPISTAGE EN SALLE DE NAISSANCE A L'HPRC

Depuis avril 2012, le CPAMP de l'HPRC a mis en place un dépistage en salle de naissance. Toute femme qui accouche doit être vue en entretien avec une médiatrice détachée du CPAMP qui effectue un counseling pré-test, se charge de la réalisation du test rapide si le test date de plus d'un mois et de la remise des résultats. Si l'accouchement a lieu en dehors des horaires de travail de la médiatrice, les tests sont réalisés par les infirmières. Les patientes nouvellement diagnostiquées séropositives vont être gardées en hospitalisation 24 à 48h, le temps qu'elles soient vues par un médecin du CPAMP et que la poursuite de la prise en charge soit expliquée et organisée. Béatrice, médiatrice de santé, assure le counseling et le dépistage. Devant le succès de l'opération, une seconde médiatrice est maintenant en poste pour couvrir une période plus longue. Enfin, le personnel paramédical, devant ce dépistage systématique dans la journée, procède maintenant au dépistage lui-même, notamment sur les périodes de nuit. En décembre 2013, le taux de dépistage en salle de naissance à l'HPRC est de 98% (contre <10% en mars 2012) pour les accouchements par voie basse, probablement moins pour les césariennes sans que les registres ne soient très informatifs sur ce point.

Nous avons revu le problème de la dispensation d'un comprimé de TRUVADA juste après le dépistage et de la dispensation au coucher du comprimé de SUSTIVA. Il est prévu d'écrire un **protocole pour la salle de naissance** : si la femme a reçu l'ATRIPLA plus de 12h avant son coucher le soir de l'accouchement, un autre comprimé d'ATRIPLA pourra être pris au coucher. Par contre, si le délai avant le coucher est inférieur à 12h, le second comprimé d'ATRIPLA ne sera pris qu'au moment du coucher la nuit suivante.

a. évaluation du nombre de femmes dépistées en salle de naissance

i. Dépistage (cf tableau) :

1. *très bons résultats en termes de tests réalisés en salle de naissance*

On note une amélioration spectaculaire du nombre de femmes dépistées en salle de naissance à l'HPRC puisqu'en décembre 2013 la quasi-totalité (98%) des femmes sont testées. La clé de cette réussite est incontestablement la présence des médiatrices du CPAMP qui se sont très bien intégrées à l'équipe de la salle d'accouchement. Un autre fait important est la consigne donnée par le chef de service de gynécologie, le Dr Mambaleo, puisque toutes les femmes doivent être testées avant la rupture de la poche des eaux.

2. *problèmes rencontrés au bloc opératoire pour les césariées*

Le chiffre de séroprévalence au bloc opératoire pour les césarisées n'a pas pu être donné par les équipes lors de notre passage. Le problème est toujours l'absence de passage systématique de la médiatrice du CPAMP qui n'est appelé que pour le counselling post-test si un test est positif. Le nombre de tests n'est pas évaluable ce jour mais il semblerait que cela ne soit pas fait d'une manière systématique. Dans le cadre du projet d'appui du dépistage en salle de naissance, **il serait envisageable en fonction des financements d'attribuer un médiateur de santé entre la salle de césarienne du bloc 10 et la salle 9 de l'HPRC où sont hospitalisées les femmes enceintes pour « pathologies sur grossesse » afin de dépistées celles qui ne l'ont pas été en CPN.**

3. Séroprévalence pour le VIH

La séroprévalence en salle de naissance est de 1,4% en moyenne, en diminution par rapport à 2012 où elle était de 3,3%. Cette baisse peut témoigner soit d'un dépistage des femmes séropositives plus systématique pendant les CPN, soit d'une tendance à la baisse de la prévalence globale du VIH chez les femmes enceintes accouchant à l'HPRC, soit des 2 phénomènes associés. Malheureusement, nous n'avons pas les chiffres de la fin 2013 pour les femmes césarisées à l'HPRC ce qui ne nous permet pas d'élargir les chiffres à l'ensemble des femmes accouchant à l'HPRC en 2013.

Tableau : Dépistages en salle de naissance à l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC) de mars 2012 à décembre 2013

	Accouchements voie basse (VB)					Accouchements par césarienne					Fréquence test			Prévalence nouvelles dépistées VIH	Prévalence VIH chez femmes accouchant
	Nb accouchements	Nb tests	Nb POS (+)	Nb déjà testées +	Préval nvelles testées +	Nb césar	Nb tests	Nb POS	Nb POS (+)	Nb déjà testées +	global	VB	césar		
mars-12	273	19	1		5,3%		1	1		100%	7%	7%		10,0%	0,7%
avr-12	288	187	17	1	9,1%	64	3	3		100%	54%	65%	5%	10,5%	6,0%
mai-12	285	105	3	5	2,9%	73	21	3		14%	35%	37%	29%	4,8%	3,1%
juin-12	258	118	4	12	3,4%	45	7	4		57%	41%	46%	16%	6,4%	6,6%
juil-12	330	103	0	21	0,0%	81	7	1		14%	27%	31%	9%	0,9%	5,4%
août-12	254	137	4	13	2,9%	77	10	4	1	40%	44%	54%	13%	5,4%	6,6%
sept-12	290	168	5	13	3,0%	72	13	1		8%	0,5	58%	18%	3,3%	5,2%
oct-12	286	210	1	15	0,5%	67	9	2		22%	62%	73%	13%	1,4%	5,1%
nov-12	284	179	6	17	3,4%		9	3		33%		63%		3,4%**	6,0%**
déc-12	276	151	3	14	2,0%	50	9		2	0%	49%	55%	18%	1,9%	5,8%
Moy2012	282	138	4 (total=44)	12	3,3%	66	9	2	2	39%	41%	49%	15%	5,0%	4,9%
janv-13	273	199	3	10	1,5%	72	6	2		33%	59%	73%	8%	2,4%	4,3%
févr-13	278	196	10	14	5,1%	67	12	0	1	0%	60%	71%	18%	4,8%	7,2%
mars-13	310	211	3	10	1,4%	77	12	0	2	0%	58%	68%	16%	1,3%	3,9%
avr-13	311	230	0	16	0,0%	76	1	*			60%	74%	1%	0,0%	4,1%
mai-13	400	305	5	22	1,6%	71	2	1		50%	65%	76%	3%	2,0%	5,9%
juin-13	377	304	1	25	0,3%	85					66%	81%	0%	0,3%	5,6%
juil-13	389	310	5	21	1,6%							80%		1,6%**	6,7%**
août-13	397	378	4	20	1,1%							95%			
sept-13	351	309	2	24	0,6%							88%			
oct-13	322	307	3	27	1,0%							95%			
nov-13	330	291	2	15	0,7%							88%			
déc-13	317	312	5	27	1,6%							98%			
Moy2013	338	279	4 (total=43)	19	1,4%							82%			

*résultat

douteux

**seuls

résultats

accouchements

VB

disponibles

ii. Suites de la prise en charge :

Comme décrit lors de la dernière mission, si les résultats du dépistage en salle de naissance sont très encourageants, des progrès doivent être réalisés dans le suivi de ces femmes qui apprennent leur séropositivité lors de l'accouchement : elles étaient au nombre de 44 de mars à décembre 2012, de 43 en 2013 et 4 en janvier 2014. Le constat général est que les femmes dépistées en salle d'accouchement sont globalement plus jeunes, plus isolées, avec moins de ressources et plus éloignées du système de santé que les femmes qui ont été dépistées lors de CPN. L'accouchement est finalement leur seul point d'entrée dans le système de soins depuis l'instauration de la gratuité, et il apparaît aux acteurs de terrain que c'est une occasion unique, aujourd'hui ratée, de mieux intégrer ses femmes dans un vrai parcours de soins communautaires et hospitaliers.

Nous avons des données de suivi pour 78 femmes sur les 91 dépistées séropositives entre avril 2012 et janvier 2014 : 57 sont encore suivies, soit un pourcentage de perdues de vue de 27%. Il y aurait au moins 3 enfants et 2 femmes décédés. La majorité des femmes ont poursuivi leur suivi au CPAMP de l'HPRC puisqu'une seule patiente est suivie dans une autre structure.

Par ailleurs, après discussion avec la médiatrice Béatrice et le Dr Scholastique, nous avons fait ressortir :

- l'apport d'une visite à domicile de ces femmes nouvellement dépistées car elles expriment souvent une crainte d'annoncer leur séropositivité à leur mari à leur retour au domicile. Elles émettent parfois le besoin que **l'annonce soit faite par la médiatrice de santé**
- ces femmes nouvellement dépistées ne sont souvent pas mariées officiellement et vivent en union libre ce qui ne les protège pas devant la loi si les maris veulent les quitter après l'annonce de la séropositivité ; elle sont également souvent sans emploi et défavorisées sur le plan socio-économique. Un appui par **l'association RPB+ dans le cadre du « projet dépistage en salle de naissance » qui a une expertise en terme juridique** est envisagé
- nécessité d'un **appui psychologique** car certaines femmes retournent en salle d'accouchement après leur retour à domicile pour chercher l'appui de Béatrice
- les maris acceptent rarement de se faire dépister

b. proposition d'une base de données ACCESS

La base de données ACCESS a été réfléchiée en collaboration avec l'équipe de TEC du COREVIH et est quasiment terminée. Elle va permettre de repérer plus facilement les femmes qui ne sont pas suivies dans les suites de l'accouchement et de faciliter la rédaction des rapports d'activités. Si l'éventualité d'avoir cette base de données sur un ordinateur portable en salle de naissance avait été émise, il semble peu réalisable d'effectuer la saisie dans les conditions actuelles de la salle d'accouchement. Les médiateurs rempliront donc la base lors de leur retour au CPAMP, ou le lendemain midi si ils sont sur le créneau horaire de l'après midi.

Nous avons convenu de modifications à apporter à la base actuelle avant qu'elle ne soit testée lors de la prochaine mission des Tec du COREVIH en mars-avril 2014 :

- les noms et prénoms doivent figurer en entier (et non les 3 premières lettres) pour les femmes diagnostiquées séropositives
- le lieu de suivi doit être précisé pour les femmes séropositives déjà prises en charge

- pour les résultats des tests des femmes, les items n'étaient pas clairs pour l'équipe médicale, noter : 1) résultat du test 2) nécessité d'un test de confirmation : oui/non (et non résultats test 1 et test 2)
- nécessité de donner un ordre plus logique à la succession des items car ceux-ci sont mélangés pour les femmes testées positives et négatives : faire 3 catégories des items correspondant : 1) à toutes les femmes testées, 2) aux séronégatives, 3) aux séropositives dépistées
- ajout dans les observations : « décès de la mère et de l'enfant » ; « aucune prise en charge mère et enfant »

2 - DEPISTAGE EN SALLE DE NAISSANCE AU CHUK (CHEF DE POSTE : MME ESPERANCE)

○ Chiffres

Tableau : Dépistage en salle de naissance au CHUK (césariennes et accouchements voie basse)

	Nb tests faits/mois	Nb positifs	% tests positifs	Nb de ttt/NVP aux enfants *	Nb d'accouchements	Nb de césariennes
Fév-2013	2	2	100%	16	ND***	ND
Mars-2013	15	1	7%	19	ND	ND
Avril-2013	5	1	20%	17	ND	ND
Mai-2013	6	3	50%	12	ND	ND
Juin-2013	0			12	ND	ND
Juil-13	4	3	75%	13	335	ND
Août-13	2	0	0%	16	ND	ND
Sept-13	4	2	50%	10	356	94
Oct-13	3	1	33%	6	269	ND
Nov-13	0			16	272	84
Déc-13	4	1	25%	9	257	72
Janv-2014	0			12	244	101
Moyenne	3,8	1,6**	40%**	13	289	88

* correspond aux patientes connues séropositives avant l'accouchement + celles nouvellement dépistées en salle d'accouchement

**moyenne pour les mois où tests réalisables (réactifs *Determine* disponible)

***ND : données non disponibles

Le nombre d'accouchements par césarienne paraît proportionnellement élevé par rapport au nombre d'accouchements totaux puisque près d'un tiers des accouchements au CHUK sont des césariennes. L'entretien avec la chef de poste fait ressortir 2 raisons :

- une possible sous-estimation du nombre d'accouchements totaux qui pourraient ne pas tous être colligés dans le registre faite de temps lorsqu'il y a de nombreux accouchements simultanés en salle de naissance.
- le CHUK est un des lieux de référence de Bujumbura où sont à la fois suivies les femmes enceintes qui ont une indication de césarienne programmée et où sont transférées les césariennes en urgence lors des accouchements dystociques dans les centres de santé périphériques.

○ **Problèmes : identiques à ceux de juillet 2013**

- *Nombre de tests faits très faible*

Depuis 6 mois, il n'y a pas eu de franche amélioration en matière de dépistage en salle de naissance du CHUK. Les tests n'étaient pas disponibles pendant 3 mois car la chef de poste n'a pas eu le temps d'aller se les procurer. L'incorporation à l'équipe d'un (ou deux) médiateurs de santé permettrait de tenir à jour la pharmacie de la salle de naissance avec « disponibilisation » des tests de dépistage et des ARV pour le nouveau-né (pas de rupture de stock à priori depuis 6 mois) et de la mère. Effectivement, nous déplorons comme il y a 6 mois que seule la prophylaxie pour l'enfant par Névirapine soit donnée en salle de naissance au CHUK et que les femmes soient renvoyées vers le CPAMP du CHUK à leur sortie de la maternité, ce qui entraîne un retard à la mise sous ARV qui peut avoir des conséquences graves. Selon la chef de poste, les femmes sont accompagnées systématiquement par une médiatrice du CMC du CHUK (voire du CPAMP) au CPAMP pour débiter les ARV. Les femmes dépistées positives qui accouchent la nuit sont gardées en hospitalisation jusqu'au matin pour un entretien avec la médiatrice ; pour le week end, nous ne connaissons pas les modalités. Outre le retard à la mise sous ARV, il est difficile d'évaluer si les femmes sont bien référées et qu'elles poursuivent le suivi pendant l'allaitement. Le projet d'amélioration du dépistage en salle de naissance et d'accompagnement des femmes nouvellement dépistées devrait répondre à ces problèmes et s'avérerait encore plus « bénéfique » qu'à l'HPRC où le dispositif est déjà avancé. La chef de poste est tout à fait partante pour que des médiateurs viennent travailler en salle de naissance.

3 - PROJET D'EXTENSION AUX AUTRES STRUCTURES : APPEL A PROJET DE LA FONDATION POSITIVE HEALTHCARE FOR CHILDREN

Au cours de cette mission, nous avons donc rencontré les différents acteurs qui peuvent amener à une amélioration de cette situation :

- Les acteurs hospitaliers, car les taux de dépistage en salle de naissance au CHUK et à la clinique Prince Louis Rwagasore sont encore très faibles, par absence de mise à disposition de médiateurs de santé dans les salles de naissance comme cela a été réalisé à l'HPRC.
- Les acteurs communautaires, car le manque actuel est celui d'un accompagnement de ces femmes dans leur communauté, pour les aider à assumer leur séropositivité, mieux faire face aux difficultés de l'annonce, mieux s'intégrer dans un parcours de soins, mieux protéger leurs enfants par un allaitement protégé et un soutien alimentaire quand il est nécessaire. Afin d'assurer un véritable maillage communautaire autour des 4 principaux sites de naissance (CHUK, HPRC, CPLR et bientôt CMC-Buyenzi dont la maternité construite dans le cadre du projet fondation GSK est terminée), nous avons contacté quatre associations : La Nouvelle Espérance, l'ANSS, le RBP+ et la SWAA Burundi.

Un appel à projet de la fondation *Positive Healthcare for Children* est en cours, avec comme échéance le dépôt d'une lettre d'intention le 11 mars 2013, pour un dossier complet à construire pour l'été 2013. La SWAA-Burundi, qui dispose maintenant de vastes locaux, pourrait accueillir la coordination opérationnelle et financière de ce projet. Nous avons donc d'un commun accord pris la décision de dépôt de la lettre d'intention.

Afin d'être proche du modèle ESTHER qui fonctionne très bien au Burundi, nous proposons un partenariat avec les hôpitaux français en charge du suivi PTME (CHU Rennes) pour l'accompagnement du projet.

Ce dossier va également être déposé pour financement de la partie coordination française auprès de la région Pays de la Loire, en partenariat avec les hôpitaux de la Roche sur Yon (Maladies infectieuses, Dr Thomas Guimard) et Laval (Gynécologie, Dr Linda Lassel).

PARTENARIATS UNIVERSITAIRES ET CONVENTION UNIVERSITE RENNES 1/ UNIVERSITE DU BURUNDI

Un projet de convention (la convention actuelle venait à échéance en 2013) plus complet a été rédigé à l'Université de Rennes 1, qui comprend de façon explicite :

- La délivrance par l'Université de Rennes 1 du diplôme interuniversitaire de prise en charge multidisciplinaire des personnes vivant avec le VIH-Sida dans la région des grands lacs, en complément des Universités du Burundi et de Paris XIII.
- L'accueil de médecin de la faculté de Médecine de Bujumbura en stage de DFMS/DFMSA au CHU de Rennes.
- L'accueil d'internes, notamment SASPAS, et d'externe de l'Université de Rennes 1 au Burundi.

FINANCEMENT DU DIU DE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE – GRANDS LACS

Rencontre d'Evelyne Baramperanye et Emmanuel Ningadiye, Centre National de référence du VIH.

La situation financière du DIU est actuellement préoccupante, du fait de l'absence de décaissement des fonds alloués par le Fonds Mondial, dont le plan de formation n'a pas été validé par les instances du Fonds, bloquant toutes les formations qui devaient être financées au Burundi. Le DIU a réussi à survivre grâce à la conjonction de trois efforts importants :

- Le financement direct de la part d'ESTHER (7 500€), et indirect par le financement des missions des enseignants dans le cadre du projet ESTHER (5 à 6 missions par an).
- Le financement direct de la SFLS (10 000€) et indirect par le financement de la mission d'enseignement de la conférence semestrielle qui clôture chaque session du DIU
- D'importantes réductions dans les dépenses : limitation du nombre d'enseignants étrangers hors programme ESTHER, réductions des dépenses de prestations alimentaires et de frais de déplacement des participants.

Ce qu'il reste dans les caisses devrait permettre l'organisation de la session de juin 2014 (2 semaines) sous réserve d'une poursuite des efforts précédemment cités, mais il sera nécessaire d'avoir débloqué d'autres financements si l'on veut espérer poursuivre avec la session de novembre 2014.

Du fait de cette situation préoccupante, nous avons déposé en 2013 un dossier de demande de financement à la fondation Heineken, via son antenne locale de la Brarudi. Au cours de cette mission, nous avons de nouveau rencontré Emmanuel Kamo, médecin de la Brarudi, et le Dr ..., en poste à Amsterdam et en charge de la supervision des services médicaux des brasseries d'Afrique centrale. Il apparaît que le projet DIU a été très bien accueilli au niveau de l'advisory board local, et transmis aux instances internationales de la fondation Heineken avec un avis très favorable (pour mémoire, nous avons rencontré en septembre 2013 le Dr Schilhuis, responsable de la supervision de l'ensemble des services médicaux des brasseries à l'échelle internationale, membre de l'advisory Board international de la fondation Heineken, qui était également très favorable au projet). Nous aurons la réponse définitive en mai 2014.

MEDICAMENTS DE 3^{EME} LIGNE

Lors de la rédaction des recommandations nationales de prise en charge du VIH au Burundi en 2010, nous avons insisté pour que l'on ouvre la possibilité d'utilisation de traitements de troisième ligne, tout en restant dans un cadre strictement encadré. Cette présence des troisièmes lignes dans les recommandations était un préalable à leur autorisation d'importation et leur financement éventuel. Ceci figurait sous la forme suivante :

« VI. CHOIX DE LA TROISIEME LIGNE DE TRAITEMENT ARV EN CAS D'ECHEC DE DEUXIEME LIGNE

Il n'y a pas encore de schéma de troisième ligne proposé. Tout changement pour une troisième ligne devrait être décidé par un comité d'experts sur les données du dossier patient. Une analyse de génotypage serait souhaitable.

Le choix des médicaments composant la 3ème ligne comprendrait un INNRT nouvelle génération, un anti intégrase et un IP/r nouvelle génération. En pratique l'étravirine, le raltégravir et le darunavir/ritonavir sont les molécules pouvant être utilisées. Le génotypage est d'autant plus intéressant qu'il permet souvent de « recycler » certaines molécules, notamment des INRT, pour la 3ème ligne.

Cette troisième ligne peut également être proposée au grand enfant (> 6 ans) en cas d'échec de la seconde ligne. En l'absence de choix possible basé sur un génotype, le maintien d'un traitement ARV le mieux toléré possible est souhaitable car même s'il est théoriquement peu efficace, la pression qu'il exerce sur le VIH limite sa virulence. »

Nous avons par la suite obtenu l'autorisation d'importation de ces traitements (2011) puis un financement de l'état burundais (une ligne de crédits annuels de 600 000 \$, correspondant au traitement d'une dizaine de patients). En 2013, le CNLS a piloté un appel d'offre, mais il n'y a eu aucun répondant. Afin d'éclaircir cette situation, nous avons rencontré le Dr Albert Ntiringaniza, Pharmacien du CNLS. Il apparaît que l'appel d'offre a été fait à l'international (sur de très petites quantités) ce qui explique probablement l'absence de répondant. Il est donc nécessaire de voir quels mécanismes peuvent être mis en place pour que ces médicaments puissent être acquis. Nous avons donc rencontrés également la pharmacienne de l'ANSS, Rosa Paula, et le responsable du plaidoyer, afin qu'ils se saisissent du dossier avec l'ensemble de ces éléments et qu'ils puissent faire à ce que la situation se débloque. De son côté, Jérémie se charge de contacter M. Désiré xxx au ministère de la santé, qui pourraient donner l'autorisation de refaire un appel d'offre local auprès de pharmacies privées.

A noter qu'en parallèle les problèmes de médicaments ne concernant malheureusement pas que les troisièmes lignes : le CPAMP du CHUK et en rupture de stock de cotrimoxazole et de fluconazole depuis plusieurs semaines, et tous les centres sont en rupture d'atrima...

Albert pense que c'est en partie liée au fait que beaucoup de patients ont des traitements se situant « hors recommandations » (mais cela explique difficilement les ruptures de Fluco et de Cotri...), rendant l'évaluation des besoins aléatoire.

AMELIORATION QUALITATIVE DU DEPISTAGE DU VIH – TESTS DE CONFIRMATION

Actuellement, il n'existe pas vraiment de solution opérationnelle lorsque les dépistages par tests rapides donnent des résultats discordants. Il n'y a pas de solution ELISA opérationnelle à l'INSP, le troisième test rapide de confirmation qui avait été inclus dans les recommandations nationales ne paraît pas, non plus, opérationnel. Il sera nécessaire de prévoir, dans le projet ESTHER 2015-2016, un soutien à l'INSP dans ce cadre, afin qu'il puisse assumer son rôle de laboratoire national de référence.

Malgré la présence de très nombreux kits de PCR ADN dont certains arrivent à péremption prochainement et n'auront pas été utilisés faute de transmission de prélèvements des nouveau-nés à

l'INSP, la solution consistant à contrôler les sérologies douteuses par PCR ADN, techniquement tout à fait faisable, ne semble pas avoir été retenue.

POINTS SUR LES AUTRES PROJETS EN COURS OU EN DISCUSSION

SMNI

L'ordinateur prévu sur le budget 2014 dans le cadre du projet SMNI est maintenant installé en salle de naissance. Un problème de pilote d'imprimante a été résolu au cours de la mission. La base de données ACCESS conçues par les TECs et data manager du COREVIH Bretagne et du CHU de Nantes sera prête pour le début du mois de mars et sera installée par Marion Laplace-Treytoure, interne SASPAS de la faculté de médecine de Rennes qui sera à Bujumbura pour deux mois en mars et avril 2014 (néonatalogie, santé mère-enfant, gynécologie, biologie tropicale). Un container contenant un scope de rechange et du linge pour la néonatalogie et la pédiatrie est en cours d'acheminement ? Deux stagiaires puéricultrices sont attendues pour un stage d'un mois en juillet 2014 (logement réservé par Jérémie, solution peu onéreuse et fonctionnelle, en centre ville, trouvée en logement communautaire, sera également utilisée par Marion).

DIALYSE

Les projets de dialyse des deux hôpitaux avancent : au CHUK, le néphrologue a déjà débuté les dialyses péritonéales, et des discussions sont en cours pour l'achat de dialyseurs. A l'HPRC, un marché pour 5 machines Gambro™ est déjà passé, il va être nécessaire de prévoir de façon active l'accompagnement de cette mise en place, mais les budgets destinés à cet accompagnement restent hypothétiques.

HYGIENE/APPS

Mise en œuvre du projet de surveillance des infections du post-partum chez les femmes parturientes de la maternité de l'HPRC

Après discussion avec le directeur de l'HPRC, le Dr Jean Bosco ainsi que la directrice des soins intérimaires, nous avons décidé d'avoir recours à du personnel du service de gynéco-obstétrique et non de la pédiatrie (Dr Emeline, initialement pressentie) pour une meilleure acceptation des membres du service de gynécologie et pour une plus grande cohérence dans la continuité des soins et le diagnostic des problèmes et infections du post-partum. Le Dr Mambaleo, chef de service s'est alors proposé pour réaliser cette étude.

Nous avons alors :

- apporté des modifications à la fiche de recueil : ajout du poids et de la taille de la femme, du terme de la grossesse, d'une évaluation du niveau socio-économique par une échelle de 1-4 adaptée de travaux de l'OMS, d'ATCD (césarienne et HTA gravidique), de la gémellarité, de la nécessité d'une transfusion au moment de l'accouchement, de signes cliniques à 48h et 10j (dysurie, problèmes mammaires ou au niveau de la cicatrice d'épisiotomie) (en ANNEXE 1)
- modifié le protocole initial du Dr Chaplain (en ANNEXE 2)
- adressé une lettre présentant le protocole au Directeur de l'Hôpital (réponse en attente), et à la Directrice des soins
- édité 10 questionnaires afin de les tester sur 10 femmes tirées au sort dès le 17/02

- convenu d'un bilan par mail avec le Dr Jérémie et le Dr Mambaleo au bout de ces 10 questionnaires pour apporter des modifications si besoin

OPP ERA

Le projet OPP ERA se poursuit. La labo de l'ANSS est terminé et prêt pour l'accueil des machines. Francine et deux techniciens de l'ANSS partent en stage au Cameroun les semaines 8 et 9 pour se former sur les plateformes ouvertes.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

La multiplicité des financements (ESTHER, fondation GSK, MIG « international » de la DGS pour ceux existants, Région Pays de Loire, Fondation Heineken et fondation Positive Action For Children pour les financements en cours de prospection) va également exiger un suivi plus global des projets.

Les prochaines missions prévues dans le cadre du projet :

- Mission éducation thérapeutique, fin mars 2014, Lydie Margottin
- Mission DIU, juin 2014 (C. Arvieux, M. Revest, C. Michelet).
- Mission Bases de données, Juin 2014 (TECs du COREVIH Bretagne)
- Mission de suivi global des projets et de préparation du projet 2015-2016, septembre 2014 (C. Arvieux)
- Mission DIU et finalisation du projet ESTHER 2015-2016, novembre 2014 (C. Arvieux, M. Revest)
- Missions SMNI (3 personnes, juin 2014, et accueil de deux stagiaires à Rennes en mai 2014, et APPS (cf. rapports de mission respectifs)

ANNEXE 1 : SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU POST-PARTUM APRES ACCOUCHEMENT PAR
VOIE BASSE A LA MATERNITE DE L'HOPITAL PRINCE REGENT CHARLES (HPRC) A BUJUMBURA

Surveillance des infections du post-partum après accouchement par voie basse à la maternité de l'hôpital Prince Régent Charles (HPRC) à Bujumbura

Nom : Prénom :
Téléphone : Ville (si en dehors de Bujumbura) :
Adresse : commune : Quartier et numéro :

A l'inclusion :	Date d'inclusion :
------------------------	---------------------------

Accord oral de participation : oui / non

Age :

Poids (en kg) : Taille (en m) :

Concernant le niveau de vie (entourer le numéro de la phrase appropriée à la femme) :

- 1) Mange de la viande exceptionnellement, ses enfants ne peuvent pas aller dans le secondaire car doivent aider les parents, ceux qui vont à l'école ont des vieux vêtements et chaussures
- 2) Mange de la viande 1-2 fois par semaine, seule une partie de ses enfants peuvent aller dans le secondaire, ceux qui vont à l'école ont des vêtements et chaussures à eux mais simples
- 3) Mange tous les jours de la viande s'ils veulent, tous ses enfants peuvent aller dans le secondaire, ont des vêtements simples mais aussi des vêtements pour les fêtes
- 4) Pas de restriction alimentaire en termes de budget, peut acheter de la nourriture venant de l'étranger, tous les enfants peuvent faire des études supérieures, pas de limitation pour les vêtements, peuvent posséder une voiture

Vit avec le père de l'enfant : oui / non

Date d'accouchement : Terme (en SA) ou Date dernière règles :

ATCD de césarienne : oui / non HTA gravidique : oui / non

Autres comorbidités : oui / non lesquelles :

Gestité : Parité : Grossesse gémellaire : oui / non

Délai entre la rupture de la poche des eaux et la naissance de l'enfant :

Fièvre pendant le travail ou 2 jours avant : oui / non

Poids de naissance (en g) de l'enfant (ou des enfants si jumeaux) :

Réalisation de manœuvres obstétricales : oui / non si oui, lesquelles :

Episiotomie : oui / non Révision utérine manuelle : oui / non

Transfusion au moment de l'accouchement : oui / non

Commentaires :

Visites à domicile ou appels téléphoniques

à 48 heures après l'accouchement :	Date de l'appel ou de la visite:
---	---

Présence de signes cliniques : oui / non Si oui, date de début des signes :

Fièvre (>38°C) : oui / non

Douleurs abdomino-pelviennes : oui / non

Leucorrhées anormales et malodorantes : oui / non

Dysurie : oui / non

Problèmes au niveau des seins : oui / non lequel(s) ?

Problèmes au niveau de la cicatrice d'épisiotomie : oui / non lequel(s) ?
Diagnostic d'infection : oui/non Type d'infection :
Complications autres : oui/non si oui lesquelles :
Recours sanitaire (centre de santé, hôpital...) : oui/non
 Si oui lequel (CDS, hôpital... ?) ?
Raison du recours :

à 10 jours après l'accouchement :	Date de l'appel ou de la visite:
--	---

Présence de signes cliniques : oui / non Si oui, date de début des signes :
 Fièvre (>38°C) : oui / non
 Douleurs abdomino-pelviennes : oui / non
 Leucorrhées anormales et malodorantes : oui / non
 Dysurie : oui / non
 Problèmes au niveau des seins : oui / non lequel(s) ?
 Problèmes au niveau de la cicatrice d'épisiotomie : oui / non lequel(s) ?
Diagnostic d'infection : oui/non Type d'infection :
Complications autres : oui/non si oui lesquelles :
Recours sanitaire (centre de santé, hôpital...) : oui/non
 Si oui lequel (CDS, hôpital... ?)?
Raison du recours :

Docteur Jean-Marc Chapplain – Docteur Anzuruni Mambaleo – Docteur Jérémie Biziragusenyuka – Docteur Hélène Leroy - Audrey Guerizec – Aurélie Kervella

1. Contexte

Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet de partenariat APPS (African Paternships for Patient Safety) entre le CHU de Rennes et l'HPRC.

Des observations ont pu être réalisées grâce à l'accueil par l'équipe de la maternité d'une Sage-femme de France (Mme Guerizec, formée au CHU de Rennes). Ses conclusions portaient avant tout sur le peu de connaissance de l'équipe des infections du post-partum chez des parturientes. Ainsi la mobilisation sur la prévention de ces infections semblait plus difficile au mieux théorique sinon abstraite en fonction du type de professionnel et de son expérience clinique. Il paraissait donc utile de pouvoir réaliser ce type d'enquête afin d'une part, de mesurer l'incidence de ces infections à des fins didactiques pour l'équipe obstétricale et d'autre part de mesurer les progrès réalisés en termes de prévention de ces infections.

En effet, en l'absence de complications immédiates pendant l'accouchement et de pathologie des nouveau-nés, les mères quittent la maternité très précocement, dans la majorité des cas 24 après l'accouchement. Les complications ne sont pas donc pas prises systématiquement en charge par l'hôpital puisqu'elles interviennent au domicile (recours à d'autres structures sanitaires en fonction du lieu de résidence).

La présente étude se propose de mesurer et de décrire ces complications, en privilégiant la recherche systématique d'infection.

Les données de la littérature bien qu'abondante sur les complications du post-partum en Afrique sont discordantes sur les taux retrouvés des infections chez les femmes pendant cette période (1-5). La variété des méthodes, des définitions et des contextes de ces études peuvent rendre difficile toute extrapolation au Burundi. Pour autant les taux de ces enquêtes paraissent faible (1 à 2 %) eu égard au contexte parfois précaire associant pauvreté, manque de personnel qualifié et absence de règle d'asepsie.

Cette étude fournirait des données locales permettant de mieux les décrire pour mieux les prévenir.

2. Objectifs :

L'objectif principal est la mesure de l'incidence des infections du post-partum chez les femmes ayant accouchés dans la maternité de l'HPRC

Les objectifs secondaires s'attacheront :

- à décrire ces infections (types, délai d'apparition)
- à décrire le type de recours utilisé par la patiente
- à relever les autres complications non infectieuses

3. Modalités de réalisation

L'enquête se déroulera par questionnaire, au lit de la patiente dans un premier temps, au téléphone et au domicile des patients selon les cas dans un deuxième temps.

L'inclusion des femmes sera réalisée à la maternité quotidiennement, les jours de travail du Dr Mambaleo. Un maximum de 5 femmes seront tirées au sort en salle post-partum à l'aide d'une pièce de monnaie. L'enquêteur leur proposera de participer et leur consentement oral devra être obtenu.

Une fois l'accord donné, des données relatives à l'accouchement seront colligées sur la fiche de la patiente, son adresse sera soigneusement renseignée et un appel téléphonique sera réalisé à 48 heures puis à 10 jours suivant l'accouchement.

Si, par l'interrogatoire téléphonique, l'enquêteur médecin, arrive à faire préciser l'absence d'évènement chez la femme, aucune visite à domicile ne sera requise.

En revanche devant les deux situations suivantes :

- Absence de téléphone ou numéro non valide

- Présence de signes cliniques rapportés par la patiente au cours de l'entretien téléphonique (en rapport avec l'accouchement)

Une visite à domicile sera organisée avec la patiente dans les 48 heures. Au cours de cette visite, l'enquêteur (médecin) renseigne le reste de la fiche de la patiente relative au post-partum et pourra s'aider d'un examen clinique. Lors de la visite, l'enquêteur doit se munir de matériel d'examen clinique (thermomètre, gants d'examen, compresses, solution hydro alcoolique...). Il peut aussi convenir d'un rendez-vous à l'hôpital en urgence si la femme le souhaite ou si l'état clinique semble le nécessiter lors de l'entretien téléphonique.

Les taux d'infection du post-partum en Afrique Sub-Saharienne sont variables, une revue de la littérature (bien qu'ancienne de l'OMS donne une estimation de 7%). Deux cents cinquante patientes seront donc nécessaires pour obtenir une représentativité de l'activité de la maternité sur une année.

4. Résultats attendus

Le questionnaire permettra le rendu des résultats sur l'incidence des complications infectieuses, leur description et les éventuels facteurs associés.

Il permettra également de mieux connaître le recours des femmes présentant des complications.

Ces éléments pourront être mis à profit pour sensibiliser l'équipe soignante de la maternité et pourra également faire l'objet d'information auprès des patients notamment dans le cadre de la clinique anténatal (CMC Buyenzi).

LISTE DES ACRONYMES

ANSS:	Association Nationale de soutien aux séropositifs
APRODIS	Appui aux Programmes de Décentralisation et d'Intensification de la lutte contre le Sida
ARV:	Antirétroviraux
BAD:	Banque Africaine de Développement
BM :	Banque Mondiale
CAMEBU:	Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi
CDS:	Centre De Santé
CDV:	Centre de Dépistage Volontaire
CHUK:	Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge
CMC:	Centre de Médecine Communautaire
CNLS:	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNR:	Centre National de Référence en matière du VIH au Burundi
COREVIH-Bretagne :	Coordination Régionale de la lutte contre le VIH en Bretagne
CPN :	Consultation Pré Natale
CPAMP :	Centre de Prise en charge Ambulatoire Multidisciplinaire des Personnes vivant avec le VIH
CPLR :	Clinique Prince Louis Rwagasore
CTB :	Coopération Technique Belge
CV:	Charge Virale
DGOS :	Direction Générale de l'Organisation des Soins (Ministère de la santé, France)
DIU :	Diplôme Inter Universitaire
ETP:	Education Thérapeutique
FM ou GF :	Fonds Mondial de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (Global Fund)
FVS:	Famille pour Vaincre le Sida
HPRC:	Hôpital Prince Régent Charles
INSP:	Institut National de Santé Publique
IO:	Infections Opportunistes
IST:	Infection Sexuellement Transmissible
MAE :	Ministère des Affaires Etrangères (France)
MIG :	Mission d'Intérêt Général
MSPLS:	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le sida (Burundi)
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA :	Organisation des Nations Unies contre le SIDA
PVVIH:	Personnes Vivant avec le VIH
PTME:	Prévention Transmission Mère à l'Enfant
RAF :	Réseau Africain des Formations sur le VIH-SIDA
RBP+:	Réseau Burundais des personnes vivant avec le VIH
SHA :	Solution Hydro-Alcoolique
SWAA:	Society for Women against AIDS in Africa
TB:	Tuberculose
USAID:	United States Agency for International Development
UNICEF:	United Nations Children's Emergency Fund
UE:	Union Européenne
VHB :	Virus de l'hépatite B
VHC:	Virus d'Hépatite C
VIH:	Virus d'Immunodéficience Humaine
VAD:	Visite à Domicile

RAPPORT DE MISSION AU BURUNDI

14 AU 20 JUIN 2014 – 22 AU 25 JUIN

FINANCEMENT ET COUT DE LA MISSION

Financement de la mission: Société Française de Lutte contre le Sida (Dr Cédric Arvieux, 14-20 juin), ESTHER –CHU de Rennes (Dr Matthieu Revest, 14-20 juin et Pr Christian Michelet, 22-25 juin)

Coût¹ : 6 800 €

CADRE DE COOPERATION: STRUCTURES PARTENAIRES AU COURS DE CETTE MISSION

Au Burundi

- Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)
- Institut National de Santé Publique (INSP)
- Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi (CMC Buyenzi)
- Association Nationale de Soutien aux patients séropositifs (ANSS)
- SWAA-Burundi
- Centre National de Référence du VIH-Sida au Burundi
- Université du Burundi

En France

- Société Française de Lutte contre le Sida
- CHU de Rennes
- ESTHER
- Fondation GSK
- Université Paris XIII, Université de Rennes 1

PARTICIPANTS

- Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes, Université Rennes 1, Société Française de Lutte contre le Sida
- Pr Christian Michelet, infectiologue, CHU de Rennes, Université Rennes 1
- Dr Matthieu Revest, infectiologue, CHU de Rennes, Université Rennes 1

TERMES DE REFERENCES DE LA MISSION

1. Enseignement au diplôme inter-universitaire de prise en charge multidisciplinaire des patients vivant avec le VIH-Sida dans la région des grands lacs.
2. Organiser la coordination de l'ensemble des projets impliquant le CHU de Rennes et l'université Rennes 1 au Burundi.

¹ Billet d'avion, per diem, visa pour trois personnes – 15 jours de mission

3. Faire le point sur les projets en partenariat **ESTHER**
4. Organiser une réunion des partenaires du projet FIERES, dont la concept-note a été acceptée par la fondation Positive Action For Children.
5. Livrer les livres mis à la disposition de la faculté de médecine de Bujumbura par la faculté de médecine de Rennes.
6. Faire le point sur l'organisation et le financement du DIU des Grands Lacs.
7. Consultations conjointes avec le Dr Scholastique Mnyundo-Risase au CPAMP de l'HPRC
8. Préparer les missions 2014 dans le cadre du projet « Bases de données VIH ».
9. Faire le point sur l'importation des médicaments de 3^{ème} ligne avec le responsable du plaidoyer de l'ANSS

PRINCIPAUX CONTACTS AU COURS DE LA MISSION

- Dr **Jérémie Biziragusenyuka**, coordonnateur ESTHER
- **Francine Kabatesi** (département « VIH »), INSP.
- Dr **Séraphine Ntizahuyve**, directrice du CMC Buyenzi
- Dr **Janvière Nzorijana**, coordinatrice médicale, SWAA Burundi
- **Dr Scholastique Mnyundo-Risase**, médecin directrice du CPAMP de l'HPRC, Francine Karemera, médecin au CPAMP-HPRC.
- **Pr Théodore Niyongabo**, université du Burundi
- **Equipe technique en charge de l'organisation locale du DIU.**

COMPTE-RENDU DE LA MISSION

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH DANS LA REGION DES GRANDS LACS

La session du diplôme a accueilli de nouveau 52 étudiants, sélectionnés parmi les 230 candidatures de 2014 (promotion 9), répartis en catégories médecins, infirmières et psychosociaux. Cette année, il n'y a qu'un seul participant de république Démocratique du Congo, pas de candidats rwandais, ni de pharmaciens. La promotion 8 a entamé sa 4^{ème} session de cours.

Les difficultés financières que rencontre le DIU actuellement ont entraîné une limitation maximale des dépenses, avec pour conséquence :

- L'impossibilité de faire venir nos collègues Béninois, dont l'expérience en matière de lutte contre le VIH et de prise en charge multidisciplinaire est habituellement très appréciée par les étudiants
- La nécessité de prévoir un « service minimum » pour les pauses et les repas (pas de pause-café, repas « plat unique »)
- La nécessité de prendre le financement des enseignants du Nord sur les budgets des projets hospitaliers ESTHER, ce qui implique un moins grand nombre de missions disponibles, notamment pour les paramédicaux des hôpitaux du Nord.

Côté perspectives, nous aurons en juillet 2014 la réponse de la fondation Heineken quant à la possibilité d'un financement de l'intégralité des trois prochaines années du DIU. La SFLS verse toujours un financement annuel de 10 000€ en année n, à réception du rapport d'activité et financier de l'année n-1. C'est ce dernier financement qui a permis la tenue de la session de juin 2014, qui aurait sinon dû être annulée faute de moyens financiers. Si le plan de formation (2012 !) du CNLS est débloqué, le DIU devrait également bénéficier rétrospectivement des moyens qui devaient être accordés depuis cette période...

Les évaluations de la session de la promotion 8 sont très bonnes, à l'exception de quelques cours dont nous rediscuterons au prochain comité pédagogique. Comme après chaque session, la semaine de cours s'est terminée par un examen dont les résultats sont bons. Les évaluations des deux semaines de la promotion 9 sont en attente. Nous n'avons pas pu faire à l'occasion de cette mission le point sur l'activité du CNR et l'intégration du DIU avec la nouvelle directrice, le Dr Christelle...

Actions à prévoir : finaliser la synthèse des évaluations qui est toujours en cours au secrétariat de faculté de Rennes depuis 12 mois, en y adjoignant les évaluations de la promotion 8 de juin 2014. Mettre en ligne les cours de juin 2014 sur le site de la SFLS. Relancer le projet d'évaluation des pratiques professionnelles du DIU. Programmer une rencontre avec Christelle en septembre 2014. Comité pédagogique durant la future session de novembre afin d'aménager le programme du DIU en fonction des éventuels financements obtenus (possibilité de faire de nouveau venir les collègues béninois pour la session de juin 2015 ?) et de modifier certains cours en fonction des données des évaluations.

PROJET « FIERES », SOUMIS A LA FONDATION POSITIVE ACTION FOR CHILDREN

Du fait de la fin du partenariat entre le CHU de Rennes, le centre national de référence du VIH au Burundi et le CMC-Buyenzi, nous avons en début d'année 2014 organisé des discussions multipartites sur les projets à mettre en place dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant.

De ces discussions est né le projet à base communautaire « FIERES » dont l'objectif est d'accompagner vers une meilleure prise en charge et prévention les femmes dépistées en salle d'accouchement ainsi que la communauté dont elles sont issues.

Une concept-Note a été déposée en mars 2014 à la fondation Positive action for Children, et celle-ci a passé la barrière du premier jury. Un projet définitif, répondant aux questions posées par la fondation à l'issue de la concept-note, doit être déposé pour le 6 août 2014. Le projet fait partie de la cinquantaine de projets retenus en 1^{ère} instance, pour un financement prévu d'une vingtaine de projets au final. Le budget du projet est de 380 000€ sur 3 ans.

Afin de déterminer le plan de travail, la SWAA-Burundi, porteuse du projet, a invité dans ses locaux le 17 juin les représentants des 10 structures impliquées dans la genèse et la future exécution du projet : SWAA-Burundi, ANSS, La Nouvelle Esperance, Le RBP+, le CHUK, l'HPRC, la clinique Prince Louis Rwagasore, le CMC-Buyenzi, le CHU de Rennes et ESTHER. Les différentes phases du dépôt de dossier ont été présentées, et un chronogramme de rédaction du projet a été décidé, avec un séminaire de constitution du projet définitif (incluant la mise en ligne sur le site PAFC) les 14 et 15 juillet 2014 à Bujumbura, une relecture du projet définitif avec les partenaires qui seront présents à Melbourne au World AIDS 2014 la semaine du 21 juillet, pour une soumission définitive fin juillet 2014.

En cas d'acceptation définitive du projet par PAFC, nous avons prévu un complément de financement auprès de la région Pays de Loire, qui pourrait soutenir le suivi du projet par les équipes Nord, sur le modèle de ce qui est réalisé dans le cadre du projet ESTHER et qui fonctionne bien au Burundi. Les CH impliqués sont le Centre Hospitalier de Laval (Dr Linda Lassel), le Centre Hospitalier de la Roche-sur-Yon (Dr Thomas Guimard) et le CHU de Rennes (Dr Cédric Arvieux, Dr Hélène Leroy).

Actions à prévoir : Organisation de la réunion d'écriture du projet définitif avec Jérémie Biziragusenyuka les 14 et 15 juillet. Prévoir ½ journée de travail à Melbourne pour la finalisation du projet.

CPAMP HPRC

Le CPAMP HPRC poursuit sa quête d'amélioration de la qualité de la prise en charge. Outre l'accueil et l'accompagnement des patients, ses efforts ont été centrés au cours des derniers mois sur la qualité du recueil des données. L'intégration du CPAMP dans le programme de base Panafricaine leDEA permet une amélioration de la qualité des données saisies, avec maintenant des contrôles réguliers réalisés dans le cadre d'leDEA. La décision de rentrer toutes les données papiers rétrospectivement depuis 2009 devrait permettre de disposer de l'historique complet des patients lors des consultations, en évitant les longues recherches dans des dossiers papiers dont le format a changé plusieurs fois au cours des années. Le projet leDEA verse une prime (symbolique, 15\$), aux personnels du CPAMP. Scholastique Manyundo-Risase, responsable du centre, est très demandeuse que

les données qui sont entrées dans la base puissent bénéficier d'extractions automatiques permettant la rédaction des rapports ; en effet, actuellement, toutes les données saisies dans les dossiers et dans la base sont de nouveau extraites « à la main » pour réaliser les rapports mensuels...

Le programme de dépistage en salle d'accouchement fonctionne bien, avec des taux de dépistage supérieurs à 90%. Le CPMAP est néanmoins en porte-à-faux concernant le traitement qui est proposé aux enfants nés de mère séropositives et qui n'ont pas bénéficié de programme PTME. Les recommandations nationales 2010, qui sont en cours de réécriture, ne tiennent pas compte des dernières données concernant l'importance de donner une trithérapie à ces enfants dès la naissance, et de la poursuivre au moins jusqu'à la 1^{ère} PCR négative, voire jusqu'à l'obtention d'une charge virale indétectable chez la mère en cas d'allaitement. Le CPAMP anticipe sur les nouvelles recommandations OMS de 2015 qui préciseront les modalités exactes de cette trithérapie, comme il l'avait fait avec l'allaitement protégé, qui était de règle deux ans avant que l'OMS et les recommandations nationales ne le valide. J'ai rassuré Scholastique sur le fait que le CPMAP, en tant que centre « pilote » de prise en charge, était dans son rôle de moteur quand il mettait en place ce type de protocoles, et nous allons intervenir auprès du ministère de la santé pour que cet écart des recommandations soit vu avec Clémence. Il est reproché au CMC, lors des contrôles, de ne pas respecter les recommandations et donc d'être en partie responsable des ruptures de stock, puisque les programmations de commandes sont réalisées non pas en fonction de l'utilisation réelle des ARV mais en fonction du nombre de cas rapportés aux recommandations nationales. Compte-tenu du très faible nombre d'enfant concerné, cette argumentation est probablement mal étayée.

Toujours dans le cadre de la recherche d'une amélioration de la qualité, nous allons procéder à l'écriture d'une méthodologie de recherche des perdus de vue, car il n'y a pas, actuellement, de procédure écrite au CPAMP. Cette procédure, une fois testée, pourrait être diffusée à l'ensemble des partenaires du projet ESTHER.

Afin de différencier les modalités de prise en charge des patients allant très bien et ne posant aucun souci d'observance de ceux qui doivent bénéficier d'un suivi plus rapproché, j'ai proposé à Scholastique de réfléchir au déploiement au CPAMP d'une technique de prise en charge effectuée en routine dans certains centres d'état de la province du Cap en Afrique du Sud, en coopération avec MSF. Il s'agit de définir des critères de patients « ne posant pas de problème (charge virale indétectable, pas de difficultés sociales, ponctualité aux RDV...), puis de créer des « clubs » de patients se réunissant par petits groupes (au Cap il s'agit de groupe de trente mais la file active des centres dépasse 20 000 patients...), tous les deux à trois mois, et discutant de leurs problématiques en présence d'un soignant faisant office de modérateur, les sujets de discussion étant fixés par les patients. Ces patients bénéficient d'un service particulier puisque leurs traitements sont préparés à l'avance, conditionnés de façon individuelle et remis en fin de session, ce qui leur évite l'attente à la pharmacie.

Le CPAMP fait actuellement face à une fronde de la part d'une partie de son équipe de médiateurs de santé, qui s'est manifestée sous la forme d'une lettre anonyme à la direction générale de l'HPRC qui ne peut émaner que d'une partie de l'équipe. Ce ressentiment était exprimé depuis de nombreuses années, et nous avons déjà organisé plusieurs réunions pour essayer d'expliquer les particularités de l'organisation actuelle. En effet, les médiateurs de santé sont « mis à disposition » du CPAMP par la SWAA-Burundi, qui reçoit le financement du CNLS. Ce ressentiment s'articule autour de trois points :

1. L'absence de prime versée aux médiateurs de santé par le projet ESTHER, alors qu'une prime est versée aux personnels du CPAMP de l'HPRC
2. Le moindre accès des médiateurs aux formations et aux stages à l'étranger
3. La politique de publication du CPAMP.

Sur le premier point, nous avons déjà expliqué de multiples fois aux médiateurs réunis que la question à l'ordre du jour n'était pas tant une extension de la prime aux médiateurs plutôt qu'une suppression complète de la prime, car ce n'est pas un mécanisme habituel des projets ESTHER. Nous avons pris le parti de continuer le versement tant que les salaires des soignants n'étaient pas suffisamment revalorisés, mais la situation « exceptionnelle » reste difficile à maintenir dans le contexte de restriction générale des finances des projets. C'est le CNLS qui fixe le montant des rémunérations des médiateurs, et nous avons incité les médiateurs à s'organiser pour avoir une organisation représentative auprès du CNLS, seul à même de faire évoluer leur rémunération. La revendication pour les formations et les stages à l'étranger n'est pas justifiée, et elle est en fait commune au personnel et aux médiateurs, c'est une demande récurrente lors de chaque mission. Nous avons veillé au cours des dernières années à ce que les médiateurs puissent bénéficier soit de participation dans les conférences internationales, soit de stages à l'étranger (Cyrille en France en 2011, Béatrice en stage Sud-Sud en

2012); la question du stage en France est souvent complexe car ce sont habituellement des stages de comparaison et nous n'avons pas d'équivalence de poste de médiateur de santé ou d'agent communautaire au CHU de Rennes. Enfin, la question de l'organisation de la communication des données scientifiques du CPAMP est une question nouvelle qui a été soulevée à l'occasion de la dernière communication à l'AFRAVIH de Montpellier au début de l'année 2014 : un résumé d'action réalisée dans le cadre du dépistage en salle d'accouchement avait été proposé quelques jours avant la clôture des soumissions, et il s'était avéré à posteriori qu'il s'agissait d'une action individuelle (avec, sous-jacente, une compétition pour un éventuel voyage pour venir présenter la communication en France) sans concertation de l'équipe. Nous avons déjà prévu suite à ce constat de faire une réunion d'information en septembre 2014 pour définir les règles de recherche, de soumission de résumés et de participation au congrès pour communications, afin notamment de rappeler ce que sont les règles du travail en équipe.

Actions à prévoir : Traiter en priorité dans le projet 2015-2016 la question de l'extraction des données de Sida-Info, en programmant un programme de coopération entre le CNLS, les techniciens d'étude clinique du COREVIH, le CHU de Rennes, et, si nécessaire, un prestataire externe.

Organiser, la semaine du 21 septembre, une ½ journée d'actualisation des connaissances de l'équipe CPAMP associée à un rappel des règles propres aux communications de recherche clinique.

CMC BUYENZI

Le programme de la semaine n'a pas permis un passage prolongé au CMC-Buyenzi, mais nous avons essayé de dégager avec le Dr Séraphine Ntizahuyve, directrice du centre, les perspectives de collaboration au-delà de l'année 2014. Deux événements vont venir changer cette coopération ancienne : la fin du projet « fondation GSK », et la mise en service de la maternité.

Concernant la maternité, quatorze infirmières (toutes en dehors de celles qui se consacrent exclusivement à la PTME) ont reçu une formation de 15 jours afin de réactualiser leurs connaissances et leur savoir-faire dans le domaine de l'accouchement. Séraphine me dit que le personnel se sent « à l'aise » avec la réalisation d'accouchements, mais qu'elle attend que la maternité soit équipée avant de lancer une « publicité » concernant la possibilité d'accoucher au CMC. Le matériel nécessaire à la mise en route (lit, tables d'accouchement, aspirateur pour nourrisson) devait être fourni via le médecin de district, mais celui-ci a changé et de fait le matériel n'a plus l'air d'être à l'ordre du jour à ce niveau... Séraphine doit réaliser un inventaire du matériel manquant, que nous puissions envisager ce qui relève de l'achat local et de ce qui pourrait être amené dans le cadre du projet, éventuellement via un recyclage de matériel du CHU de Rennes (Aspirateur autonome pour les nourrissons ?). Séraphine propose que certaines infirmières du CMC puissent bénéficier d'une formation de préparation à l'accouchement. Une réunion de synthèse sera organisée durant l'été 2014 en France une fois le rapport de mission de la sage-femme qui s'est rendu sur place en avril est finalisé.

Actions à prévoir : Voir s'il est possible de fabriquer en France un « Kit aspiration » avec un aspirateur électrique d'une part et des seringues d'autre part, pour parer aux fréquentes coupures d'électricité. Revoir avec l'équipe en charge du programme SMNI comment intégrer le CMC dans une formation de préparation à l'accouchement, à budgétiser sur la coopération CMC/CHU de Rennes/ESTHER de 2015.

TRAITEMENTS DE 3^{ÈME} LIGNE

La question de l'accès aux traitements de 3^{ème} ligne n'est toujours pas résolue. L'un des patients suivi au CMC depuis de très nombreuses années et pour lequel nous avons réalisé les séquençages en 2012 et 2013 et qui était clairement en indication d'un traitement par etravirine/darunavir/raltegravir est mort le 22 juin, clairement par défaut d'accès à ces traitements qui l'auraient sauvé. Le paradoxe vient du fait que la faiblesse du besoin fait qu'aucun fournisseur ne veut se donner la peine de commander de très faibles quantités, même s'il s'agit d'un marché dépassant 100 000 \$! Un second appel d'offre a été réalisé en mai 2014 (il n'y avait pas eu de répondant à l'appel d'offre de 2013), et de nouveau il n'y a eu aucune réponse des fournisseurs. La seule solution serait de passer par le mécanisme VPP (Voluntary Pool Procurement, <http://www.theglobalfund.org/en/procurement/vpp/>) qui permet à des bénéficiaires du fonds mondial de se grouper pour effectuer leurs achats, y compris en

transnational). Il est nécessaire qu'un lobbying intense des personnes siégeant au CCM (Country Coordinating Mechanism) du Burundi soit mis en place pour que le mécanisme VPP soit utilisé pour l'achat des médicaments de 3^{ème} ligne. L'une des difficultés anticipées est que le financement qui avait été disponibilisé pour ses achats de 3^{ème} ligne vient du gouvernement et non du fonds mondial...

Action à prévoir : Ecrire aux membres du CCM du FM que nous connaissons pour peser sur la mise en place de ce mécanisme de commande.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

La multiplicité des financements (ESTHER, fondation GSK, MIG « international » de la DGS pour ceux existants), et la multiplicité des acteurs et des projets exigent un suivi global des projets. Nous sommes en attente de deux sources importantes de financements (380 000 € pour la fondation Positive Action For Children, 170 000 € pour la fondation Heineken) pour lesquelles nous devrions avoir une réponse avant la fin de l'été 2014, et qui conditionneront probablement en partie le futur de nos engagements et des projets de coopération au Burundi.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge dans les CPAMP doit rester une priorité, et nous pouvons actuellement nous reposer sur une équipe qui souhaite aller de l'avant, même si nous traversons une (petite) période de crise qui devrait être bientôt résolue.

Les prochaines missions prévues dans le cadre des projets avec le CHU de Rennes/Université de Rennes 1:

- Mission longue de deux stagiaires (Interne SASPAS, Nicolas Legru, en médecine Interne au CHUK et Externe de médecine, Elsa Vabret, ayant validé l'ECN au CMC-Buyenzi).
- Mission de suivi global des projets et de préparation du projet 2015-2016, Comité de liaison des projets ESTHER septembre 2014 (C. Arvieux, A. Fritz)
- Mission DIU et finalisation du projet ESTHER 2015-2016, novembre 2014 (C. Arvieux, M. Revest)

LISTE DES ACRONYMES

ANSS:	Association Nationale de soutien aux séropositifs
APRODIS	Appui aux Programmes de Décentralisation et d'Intensification de la lutte contre le Sida
ARV:	Antirétroviraux
BAD:	Banque Africaine de Développement
BM :	Banque Mondiale
CAMEBU:	Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi
CDS:	Centre De Santé
CDV:	Centre de Dépistage Volontaire
CHUK:	Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge
CMC:	Centre de Médecine Communautaire
CNLS:	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNR:	Centre National de Référence en matière du VIH au Burundi
COREVIH-Bretagne :	Coordination Régionale de la lutte contre le VIH en Bretagne
CPN :	Consultation Pré Natale
CPAMP :	Centre de Prise en charge Ambulatoire Multidisciplinaire des Personnes vivant avec le VIH
CPLR :	Clinique Prince Louis Rwagasore
CTB :	Coopération Technique Belge
CV:	Charge Virale
DGOS :	Direction Générale de l'Organisation des Soins (Ministère de la santé, France)
DIU :	Diplôme Inter Universitaire
ETP:	Education Thérapeutique
FM ou GF :	Fonds Mondial de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (Global Fund)
FVS:	Famille pour Vaincre le Sida
HPRC:	Hôpital Prince Régent Charles
INSP:	Institut National de Santé Publique
IO:	Infections Opportunistes
IST:	Infection Sexuellement Transmissible
MAE :	Ministère des Affaires Etrangères (France)
MIG :	Mission d'Intérêt Général
MSPLS:	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le sida (Burundi)
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA :	Organisation des Nations Unies contre le SIDA
PVVIH:	Personnes Vivant avec le VIH
PTME:	Prévention Transmission Mère à l'Enfant
RAF :	Réseau Africain des Formations sur le VIH-SIDA
RBP+:	Réseau Burundais des personnes vivant avec le VIH
SHA :	Solution Hydro-Alcoolique
SWAA:	Society for Women against AIDS in Africa
TB:	Tuberculose
USAID:	United States Agency for International Development
UNICEF:	United Nations Children's Emergency Fund
UE:	Union Européenne
VHB :	Virus de l'hépatite B
VHC:	Virus d'Hépatite C
VIH:	Virus d'Immunodéficience Humaine
VAD:	Visite à Domicile



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

TERMES DE REFERENCE ATELIER DE FORMATION

THÈME : ETP

PROJET PAYS : ESTHER BURUNDI

OBJECTIF SPECIFIQUE DU PROJET PAYS : LUTTE CONTRE LE VIH



INFORMATIONS GÉNÉRALES

Durée (Nb de jours) : 8

Date : 15 au 22 mars

Lieu de la formation (Pays, ville) : Burundi, Bujumbura

INTERVENANTE

Nom	Fonction	Structure	Mail
Margottin Lydie	IDE ETP en structure hospitalière	CHU Rennes	lydie.margottin@free.fr

PLANNING DE LA MISSION

Date	Objectifs pédagogiques Thèmes abordés	Technique(s) pédagogique(s)	Intervenante
------	--	-----------------------------	--------------

17/03/2014

8h30 - 12h30 HPRC CPAMP	Evaluer séance individuelle d'éducation + identification des besoins	Présentation du support d'évaluation suivi de séances d'éducation + dossiers éducatifs. Débriefing avec les éducateurs.	Lydie Margottin
14h00 - 16h00 CHUK CPAMP	Identifier les besoins		

18/03/2014

8h30 - 12h30 HPRC Salle d'accouchement	Identification des besoins de formation et évaluation pré et post counseling.	Présentation du support d'évaluation suivi de séances d'éducation. Débriefing avec les éducateurs.	Lydie Margottin
10h CPAMP HPRC	Suivi séance ETP groupe (pose du préservatif)		
14h00 - 16h00 CHUK CPAMP	Dossier éducatif patient + pré-diagnostic éducatif	Débriefing des intervenants.	

19/03/2014

8h30 - 12h30	séance counseling pré post	Utilisation des outils interactifs	Lydie
--------------	----------------------------	------------------------------------	-------

HPRC Salle d'accouchement 14h00 - 16h00 Buyenzi PTME	test Identification des besoins	GSK Exemple de dossier éducatif et de diagnostic éducatif. Echange sur les outils utilisés comme support de travail	Margottin
---	--	---	-----------

20/03/2014

8h30 - 12h30 Buyenzi PTME	Aborder diagnostic éducatif et dossier éducatif + suivi de séance ETP + counseling pré et post-test.	Echange sur les outils utilisés comme support de travail	Lydie Margottin
14h00 - 16h00 CHUK CPAMP	Groupe de parole, femme VIH sur thématique "mère en âge de procréer"	Débriefing des intervenants.	

21-mars

8h30 - 12h30 CHUK CPAMP	Visites à domicile	Suivi éducatif et débriefing, piste d'amélioration (cf outils pédagogiques déjà utilisés)	Lydie Margottin
14h00 - 16h00 HPRC Salle d'accouchement	Suivi de séance, visibilité des liens entre structures.	Retranscription des données et débriefing sur les pistes d'amélioration	

OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE LA FORMATION

Objectifs de la mission Esther

- Renforcer et/ou développer les compétences des soignants éducateurs dans la mise en œuvre des séances d'ETP chez la personne vivant avec le VIH.
- Mettre en place un programme d'ETP adapté à la personne soignée et en fonction des ressources personnelles.
- Construire des liens ou explorer la possibilité d'entretenir des relations inter-structures entre les différents acteurs de la prise en charge du PVVIH (ex : CPAMP HPRC/ Salle d'accouchement HPRC).

Objectifs et contenu de la formation

Identifier les différentes étapes de l'éducation thérapeutique :

Elaboration du diagnostique éducatif :

- Construction d'un questionnaire pré et post mise en place d'un programme d'ETP permettant d'évaluer les connaissances du patient (ces questionnaires peuvent être lus par le soignant éducateur si la personne est en incapacité de pouvoir lire le document seule)
- Réalisation d'un programme personnalisé d'ETP (formalisation de séances d'ETP)
- Définition des objectifs communs et pistes d'actions retenues : soignant/ éducateur /patient
- Mise en œuvre de séances d'ETP
- Evaluation des acquisitions du patient

Repérer des différents supports de travail

Outils pédagogiques utilisés et optimiser leur appropriation, explorer d'autres pistes d'aide avec différents supports.

- Support imagier : outil interactif de la fondation GSK
- Planning thérapeutique etc....
- Echange sur les outils préexistants
- Dossier éducatif renforce la traçabilité de nos séances ETP et peut se présenter comme un outil très intéressant dans l'interdisciplinarité de nos actions (suivi de la mère au CPAMP et consolidation des acquis en salle d'accouchement avec réajustement des priorités, interventions dans l'acquisition de nouvelles compétences ou renforcement...)
- Dossier éducatif : visibilité du parcours du patient, évite les redondances et optimise la prise en charge de la personne.
- Dossier éducatif et stockage : permettre au personnel concerné de pouvoir disposer d'informations plus facilement, visibilité tout en respectant la confidentialité (exemple de dossier éducatif utilisé dans d'autres institutions ou exploitation des dossiers utilisés dans les structures)

Mise en œuvre de séances

- Savoir identifier les facteurs d'observance et de non observance
- Permettre au patient l'acquisition de compétences qui vont lui permettre d'être de nouveau acteur de sa vie
- Diminuer les prises de risque et favoriser les prises de conscience du patient

- Etablir un programme personnalisé ETP avec le patient en sollicitant son accord dans les actions, objectifs retenus avec des techniques de reformulation qui placent le patient dans une démarche active de travail.
- Evaluation de nos séances par le patient

Améliorer la communication soignant/soigné : qualité du soignant éducateur ; et optimiser leur appropriation

- Les compétences des soignants en éducation thérapeutiqueⁱ

Le soignant éducateur doit être capable d'adopter une posture éducative et professionnelle dans la prise en charge du patient vivant avec une maladie chronique.

Il doit aussi s'adapter à l'équipe multidisciplinaire (médecin, diététicien, IDE, kinésithérapeute, psychologue, etc.) et interdisciplinaire et intégrer son activité dans le processus du soin.

L'éducateur doit savoir communiquer avec empathie en tenant compte des facteurs psychologiques, pédagogiques et sociaux. Il favorisera une écoute active tout en évaluant l'état psychologique, le vécu et les représentations du patient.

Le soignant saura identifier les besoins du patient en sélectionnant les critères objectifs et subjectifs relevant de son histoire personnelle et de sa maladie.

En situation d'apprentissage, on utilisera des techniques favorisant l'appropriation des savoirs.

L'éducateur pourra également délivrer des informations pour optimiser la gestion des traitements et de toute l'infrastructure gravitant autour de sa maladie et de sa prise en charge (sanitaire, sociale et économique).

L'éducateur invitera le patient à entretenir une activité réflexive sur son mode de vie et à réajuster les comportements néfastes qui interfèrent avec la bonne gestion de sa maladie.

Le soignant éducateur devra réaliser tout au long du parcours de soins des évaluations formatives dans les domaines cliniques, biologiques (interprétation des résultats Charge virale et CD4 en fonction des possibilités de terrain, etc...) : psychologiques, pédagogiques, sociaux et économiques. Il devra également être capable de : « s'assurer des conditions éthiques de l'intervention éducativeⁱⁱ. »

L'éducateur, in fine, devra être emprunt d'une grande abnégation, humilité et solliciter aussi l'usager pour une évaluation de ses pratiques.

Définition et rapport OMS,1998, issu des recommandations d'un groupe de travail p15 & ADSP n°52, Rémi Gagnayre et Jean-François D'Ivernois, sept 2005, p69 à 72

¹ ADSP N°52, Rémi Gagnayre et Jean-François d'Ivernois, les compétences des soignants en éducation thérapeutique, Sept 2005, p71

DEROULEMENT DE LA FORMATION ETP

HPRG CPAMP :

file active 3 147 en mars 2014

Séances ETP

Educatrices : Sylvie et Fidela

Elles réalisent des suivis de séances ETP;

le premier patient parle français, donc la séance s'effectue en français.

Le diagnostic éducatif est réalisé.

Séances interactives : l'éducateur sollicite le patient.

L'éducateur a une bonne posture éducative, éprouve de l'empathie pour le patient.

Le dossier éducatif est complété, stocké dans une armoire.

Le prochain rendez-vous est fixé avec le patient.

Quatre séances sont visualisées, toutes sont réalisées dans le même sens.

Constats ;

Les objectifs de soins sont définis par l'éducateur et ne sont pas négociés et retenus avec le patient.

Le dossier éducatif est bien construit mais on remarque avec l'éducateur, après une relecture fine, que certaines améliorations peuvent être apportées dans le regroupement des données .

Niveau de formation : on y intègre capacité de lecture. Dans autres maladies : on y ajoute le handicap visuel et auditif qui s'intégrait dans le socioculturel

Ces données étaient référées dans le dossier mais à des endroits moins stratégiques.

Un programme personnalisé n'est pas proposé au patient au cours de cette séance.

Les éducateurs se trouvent démunis devant le peu d'outils qu'ils possèdent.

Proposition de réalisation d'un support imagier adulte, à l'image de ce qui a été réalisé en ETP pour les enfants avec Jacqueline Iguenane : ce projet semble déjà envisagé.

Suggestion d'élaborer un questionnaire pré et post ETP pouvant servir à l'élaboration du diagnostic éducatif. Cette proposition est favorablement accueillie.

Les acteurs de terrain s'accordent pour réaliser ce questionnaire avant la fin de la semaine.

HPRG salle d'accouchement

Deux médiatrices, Béatrice (depuis 2 ans intégrée à l'unité) et Sylvie interviennent dans le counseling pré et post test sur cette structure avec des horaires décalés qui permettent une prise en charge sur la journée jusqu'à 18h. Le week-end, ce travail est réalisé par les infirmières .

Les femmes parturientes se présentent en salle d'accouchement. La salle est pourvue de huit lits où le travail va s'effectuer. Dès que l'accouchement est imminent, elles transitent vers le fond de cette pièce où les infirmières et médecins accoucheurs officient.

Avant l'accouchement, lorsque leurs conditions physiques le permettent, elles sont abordées par la médiatrice qui propose une consultation counseling pré-test. On doit cependant préciser qu'il s'agit d'une situation délicate car les connaissances de la maman sur le VIH sont explorées entre des contractions. De même, la médiatrice lui demande de mentionner la date de son dernier dépistage, si elle s'en rappelle. De toute façon, quelque soit la réponse donnée, on procédera au dépistage rapide et ce, pour protéger l'enfant dans une ultime démarche de prévention. Le test de dépistage rapide est effectué par les infirmières ou étudiantes infirmières. S'il s'avère positif, il est reconstrôlé et le test Éliisa posera le diagnostic définitif.

A la naissance, si le test est positif, le bébé bénéficiera d'une toilette à la chlorexidine et sera mis sous Névirapine protocole de l'unité et du pays. La maman bénéficiera aussi d'un traitement ARV (Atripla).

Un counseling post-test sera également réalisé dans les deux cas : patient négatif ou séro positif.

Si la patiente est diagnostiquée positive, la médiatrice annonce le résultat avec beaucoup d'empathie et de compassion. Elle explique dans ce contexte difficile qu'il est important de mettre en place des gestes et mesures thérapeutiques dès les premiers instants de vie du bébé, pour limiter voire dans le meilleur des cas supprimer les risques de contamination.

Le travail de la médiatrice est très fastidieux elle doit informer, sonder les éléments qui vont motiver la patiente pour une double prise charge qui doit être optimale : la maman et l'enfant .

IL faut reconnaître qu'après l'accouchement, la phase de choc, de non acceptation de l'annonce de la maladie peut se compliquer avec la chute des hormones du post-partum et pire si un tableau d'absence de père et de ressources viennent s'y greffer.

La médiatrice soutient la maman en suite de couche, les deux jours qui suivent la naissance et débute un suivi ETP non formalisé. Elle l'accompagne à sa sortie vers le CPAMP où un suivi éducatif plus élaboré va être proposé.

Le médiateur répertorie sur un registre les patients dépistés en prénatal.

Constats :

Travail important des médiatrices sur une structure où les intervenants ont accepté pour certains, timidement, leur présence.

Le chevauchement des deux équipes ne permet pas de dégager un temps suffisant d'échange entre médiateurs.

Un temps d'échange entre médiateur serait également intéressant pour optimiser la prise en charge et confronter les pratiques.

Former les médiateurs pour la réalisation des tests de dépistage rapide simplifierait la tâche et éviterait la perte d'un temps précieux où le médiateur est à la recherche d'une personne habilitée à faire le test rapide (notons que les tests à Buyenzi sont effectués par les médiateurs).

Je dois consigner également un énorme investissement d'une médiatrice qui accompagne les mamans et ce au-delà de toutes les prises en charge exigées pour la bonne mise en œuvre de nos actions.

Séance ETP de groupe réalisée au CPAMP de L'HPRG

Bernadette Swaa et Celestin RBP+

La thématique de la séance porte sur : « l'utilisation du préservatif féminin et masculin ». Chaque participant s'introduit dans un cadre bienveillant, accueillant où un climat de confiance est instauré.

Au cours de cette séance Bernadette, la médiatrice sollicite les connaissances des 15 personnes présentes et les fait s'exprimer sur ce qu'elles ont appris lors de la séance précédente : la pose des préservatifs féminins et masculins. Chaque personne intervient à différents moments. Cette thématique leur permet d'aborder le VIH, la prévention, la grossesse et les IST. Les échanges sont interactifs, favorisent l'acquisition de compétences : le préservatif protège t-il à 100 %?

Question qui converge sur l'utilisation des préservatifs féminin et masculin :

-Vérification de la date de péremption

-Bonne intégrité du préservatif

-Lubrification du préservatif avant ouverture etc .

-Pose du préservatif sur phallus et vagin artificiels: le geste est d'abord réalisé par l'éducatrice qui explore les connaissances des participantes et leur demande dans un second temps de pratiquer cette même pose.

Après 1h45 heure d'échanges Célestin, le médiateur qui avait jusqu'alors pris des notes sur le déroulement de la séance prend la parole. Il résume la séance en sollicitant de nouveau le public, complète sa collègue et prolonge en ouvrant la séance sur l'âge autorisé pour les rapports sexuels . Cette question ouvre sur un autre débat qui réinvestit toute la communication organisée autour de cette séance d'ETP.....

CPAMP CHUK

file active 4 217 en mars 2014

Présentation par Agathonique de ce qui est mis en place en matière de prise en charge du patient VIH superposable à ce qui se pratique à l'hôpital Prince Régent Charles.

Le dossier éducatif est le même, donc partage des modifications apportées à L'HPRC.

Circuit du dossier éducatif : rangé par numéro et entreposé dans des classeurs spécifiques ETP dans la salle où sont réalisées les séances d'ETP. Ce dossier est transmis au médecin quand il en fait la demande. Les éducateurs ne peuvent pas intégrer ce document dans le dossier médical car ce dernier est trop important.

Le stockage du dossier éducatif se fait de la même manière qu'à l'HPRC à une différence près :

ils sont entreposés sur une étagère au CHUK et dans une armoire qui ne ferme pas à clef à l'hôpital Prince Régent. Toutes les portes du local se ferment cependant à clef.

Les outils : il semblerait que les mêmes manques sont à déplorer, insuffisance d'outils et supports pédagogiques.

Valorisation de l'outil (support imagier) construit par les burundais sur la thématique de l'enfant confrontée à l'infection VIH.

Sollicitation des pairs pour qu'ils construisent un outil pour adulte qui correspondrait plus à leur attente que celui produit par GSK.

Proposition de réaliser un questionnaire post et pré éducation comme à l'HPRC sur une semaine (action réalisée à l'HPRC).

Groupe de parole au CHUK

Bosco ANSS et Espérance RBP+ animateurs du groupe. Agathonique intervient également dans l'articulation des échanges entre participantes.

Présentation des participantes : les 14 femmes sont toutes séro positives et il s'agit d'une dernière séance organisée autour de la thématique : « mères en âge de procréer »

Les femmes présentes échangent sur un partage d'expériences dans leur vécu de PVVIH et s'entendent toutes sur le fait que le traitement ARV protège leur enfant d'une possible contamination. L'éducateur insiste sur la bonne observance thérapeutique et les fait verbaliser sur l'importance du respect des prises du traitement et recommandations à suivre en vigueur. Cette communication interactive se prolonge sur l'allaitement pendant les 6 premiers mois de vie de l'enfant, s'ils n'ont pas la possibilité de procéder différemment et met de nouveau l'accent sur l'importance d'une bonne observance thérapeutique.

La séance se conclut en proposant à ces patientes de devenir des patientes expertes et d'intervenir activement l'année suivante dans des groupes de paroles.

Visite à domicile CHUK

Scolastique et Jacqueline ont effectué ces visites à domicile. Elles sont plus sécurisées à deux car si un problème se pose, l'autre peut prendre le relais, de surcroît elle traversent des quartiers sensibles. Ces visites ont pour objectifs de renforcer les liens, d'éviter les perdus de vue avec des personnes qui ne pourraient pas se déplacer comme nous l'exposerons dans les cas qui vont suivre .

Première visite :

Il s'agit d'une femme traitée par Atripla. Elle est devenue subitement paraplégique il y a un an et recommence tout juste à remarcher avec un déambulateur. Les visites du médecin et des médiatrices lui permettent de pouvoir être suivie et conserver le lien. Dès que les médiateurs entrent dans la maison, je peux constater qu'il y a une forte relation de confiance et nous sommes chaleureusement accueillies.

Deuxième visite :

Femme sero positive qui a un enfant de 3 mois. Tout semble se passer correctement, elle est épanouie et semble ravie de voir les médiatrices qui apportent son traitement ce jour.

Troisième visite :

Il s'agit d'une femme enceinte de six mois, sero positive et traitée par Duovir et Efavirenz. Son mari est séro discordant et ensemble ils ont deux garçons qui ne sont pas contaminés. Cette PVVIH a bénéficié d'un traitement ARV au cours de ses deux précédentes grossesses qu'elle a ensuite arrêté. Son taux de CD4 est passé de 850 à 750. Le mari est présent à l'entretien, une harmonie dans le couple est ressentie. La femme explique qu'elle souhaiterait prendre son traitement avec un seul comprimé par jour comme elle l'a vu mentionné dans les médias. A cet instant, elle ne sait pas encore que les mesures ont changé et qu'elle va maintenant devoir prendre un traitement à vie.

Lorsque les décisions médicales lui seront présentées après la naissance, toute l'équipe éducative s'imposera dans une prise en charge de qualité où la patiente devra donner du sens à la prise quotidienne de ses traitements.

Quatrième visite :

Cette visite était un peu plus délicate. Nadia a travaillé chez des francophones et maîtrise extrêmement bien notre langue. Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans séro positive, ayant trois enfants. Elle a été abandonnée par le père des jumeaux de trois mois qui ne sont pas dépistés. Cette femme n'a pas de logement et transite de maison en maison. Sa fille aînée âgée de 12 ans est hébergée chez une tante et travaille bien à l'école (dixit les médiatrices). Un de ses jumeaux, une petite fille est née sans anus et a dû subir à un jour de vie, une colostomie.

Après maintes contacts téléphoniques, nous rejoignons la maman à une adresse donnée. Lorsque nous arrivons, la patiente n'est pas encore là . A son arrivée elle porte un de ses jumeaux, le garçon. Elle entraîne l'éducatrice dans un lieu propice où elle peut se libérer , je l'entends pleurer !

A sa sortie, elle s'est ressaisie. Nous ne pourrions pas deviner qu'elle s'est effondrée si nous n'avions pas été présentes. Elle nous demande alors de la suivre vers un autre lieu où son autre bébé est avec une autre tante.

Pendant tout le trajet elle me parle, essaie de conserver une attitude détachée et optimiste en disant que sa vie va s'améliorer !

Lorsque nous retrouvons l'autre bébé, elle insiste pour me montrer sa stomie. Elle s'est déjà interrogée sur le coût faramineux d'une intervention qui procéderait à un rétablissement de continuité avec une plastie sphinctérienne. Évidemment, le coût d'un tel geste reste insurmontable pour elle et l'intervention n'est pas réalisable au Burundi. Elle nourrit ses enfants avec du lait artificiel ce qui génère d'autres frais déjà considérables. Elle travaille le week-end dans un bar ce qui lui assure un faible revenu. Les médiatrices ont soumis son cas à Jérémie au moins pour l'approvisionnement du lait. Situation très compliquée mais qui mérite de retenir notre attention.

Il ne s'agit malheureusement pas d'un cas isolé et nous pouvons nous interroger sur son devenir si aucune aide n'était apportée.

Que va devenir cette femme qui est débordante d'amour pour ses enfants ?

Comment va-t-elle pouvoir vivre sans suffisamment de revenu ?

Comment va évoluer sa vie avec le VIH ?

Cinquième visite :

Cette dernière visite semble plus optimiste. Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans séro positive, traitée par Atripla et qui vit actuellement chez ses grands-parents, des congolais. Ils ont émigré il y a trois ans au Burundi pendant la guerre en RDC . Ils parlent le Swahili. Les revenus de la famille sont assurés par leurs enfants qui séjournent à l'étranger. Notamment par la maman de la jeune fille qui vit actuellement en Angleterre avec son nouveau compagnon, le papa des jumeaux, des enfants nés indemnes de la maladie VIH. L'éducatrice qui avait suivi la maman au début de sa deuxième grossesse s'était engagée à suivre sa fille durant son absence. La jeune fille me prend en aparté en me demandant de prendre contact avec sa maman en Angleterre pour qu'elle puisse la rejoindre. L'éducatrice la rassure en lui témoignant que dès que la situation de sa maman sera stable, elle s'organisera pour venir la chercher. En attendant, elle lui demande de bien travailler à l'école et de continuer à bien prendre son traitement !

Buyenzi

prise en charge globale 67

Rôle des médiateurs sur la structure

Dépistage volontaire VIH

Suivi éducatif ETP mère\enfant

Groupes de paroles

Saisie des dossiers patients sur ordinateur : base qui gère également les perdus de vue

visite à domicile

Intervient dans le rapprochement du patient dans un centre de soins près de son domicile

Accompagnement psycho social

support éducatif

Réception des outils pédagogiques de la fondation GSK il y a 2 mois environ. Le matériel n'a pas été utilisé car semble trop compliqué ou n'a pas été expliqué :

-Support imagier GSK

-Planning thérapeutique+ magnettes

-Carte symptôme

-Support imagier fait pour l'enfant comme au CHUK et à l'HPRC

-Dossier éducatif identique au CHUK / l'HPRC

Identification des besoins

Appropriation des outils GSK dont support imagier pour adulte

Suivi ETP sur de nombreuses séances avec utilisation des supports éducatifs

Séance ETP

Visualisation d'une séance d'ETP. Il s'agissait d'une patiente contaminée in utéro, de 20 ans, cachectique et qui a été renvoyée de chez sa tante qui n'accepte pas son statut séro positif . Elle habite avec des personnes qui comme elle, vivent dans une situation précaire dans laquelle la nourriture est souvent absente. Elle a cependant des projets : elle veut retourner à l'école, situation que je communique à Jérémie et qui avait également été par Seconde la médiatrice qui possède le DU VIH organisé au Burundi.

Il s'agit de la séance qui précède la prise de traitement. Elle interroge la patiente sur les objectifs selon les priorités entendues hier, remobilise les connaissances du patient sur la maladie. En fin de séance, elle l'envoie à la pharmacie pour chercher son traitement (atripla).

Il s'agit donc d'une situation compliquée qui ne trouvera pas d'issue favorable si la patiente ne trouve pas de quoi subsister et ce malgré la présence de projet de vie. Un accompagnement rapproché devra permettre de ne pas perdre de vue la patiente d'où l'intérêt d'une alliance thérapeutique construite entre patient et éducateur.

La séance a été bien conduite mais il s'agissait d'une séance de pré prise de traitement qui ne m'a pas permis d'apprécier de manière globale la conduite d'un plus grand nombre de séances avec l'utilisation d'outils interactifs à des stades différents de la prise en charge du patient .

Counseling dépistage volontaire pré et post-test

Le counseling pré-test sollicite les connaissances de la personne en matière VIH, de prévention, ce qu'ils savent sur d'éventuels traitements, leur indique que le résultat peut être positif et leur demande ce qu'ils vont faire s'ils sont positifs. Toutes les réponses convergent dans le même sens : accepter la maladie.

Pour les patients dépistés positifs, on effectue un deuxième contrôle de dépistage rapide, qui s'il s'avère positif est dirigé vers le médecin de la structure de prise en charge où un contrôle biologique sera réalisé .

De nombreuses situations rencontrées se compliquent avec l'annonce d'un diagnostic positif, il reste donc primordiale de dispenser un accompagnement de qualité pour contribuer à la lutte contre le VIH.

Situations rencontrées au centre de dépistage de Buyenzi

Dépistage N° 1

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années père de deux enfants. Sa femme l'a quitté pour un autre homme et il pense qu'elle a déjà eu des relations extra conjugales lorsqu'ils étaient ensemble. Il souhaite donc connaître son statut sérologique.

La médiatrice explore ses connaissances sur la maladie, sur la prévention, évoque la possibilité d'un dépistage positif et lui demande ce qu'il ferait s'il était positif. La réponse reste la même:accepter la maladie.

Le test est négatif et le médiateur procède à un counseling post-test où il axe plus son discours sur la prévention...

Dépistage N° 2

Jeune femme de 17 ans, enceinte de 4 mois et ayant un bébé de 10 mois. Elle vient à Buyenzi pour le problème de cachexie de sa petite fille. Avant de prendre en charge l'enfant, le centre lui demande de se faire dépister. Cette jeune femme est également maigre et vit dans une situation précaire. Le père de son premier enfant est en prison et lui a demandé d'avorter de la deuxième grossesse dont il n'était pas le père. Elle s'est opposée mais est très seule pour assumer sa fille. Elle joue avec l'enfant pendant qu'on l'interroge ce qui semble dissimuler un malaise, mais on sent l'enfant malgré tout épanoui. Les mêmes questions sur le VIH et prévention sont posées et le test est réalisé.

Le résultat est positif et soudain, au moment de l'annonce, la jeune femme réconfortée par l'éducatrice s'effondre !

Devant son environnement instable, tout bascule et la structure de Buyenzi se présente comme ressource pour l'aider dans son quotidien. Cette patiente devra être accompagnée pour sa prise en charge mais son enfant n'a pas encore été dépisté et son bébé à venir..... !.

Dépistage N°3

Jeune femme de 18 ans ayant également un bébé. Le papa est étudiant . Aujourd'hui elle vient se faire dépister pour fournir un certificat à sa belle famille qui atteste qu'elle n'est pas contaminée par le VIH. Sa belle famille accepte de la loger et de la nourrir si ces conditions sont remplies. Le counseling pré-test affecte énormément la jeune femme car elle sait qu'elle ne peut s'imaginer être contaminée si elle veut que sa vie prenne une meilleure tournure. Le résultat est négatif et un murmure de soulagement se fait ressentir !

Conclusion

Le compte rendu de tous ces cheminements de vie avec des problèmes existentiels, tous plus accablants les uns que les autres, imposent le caractère indispensable de la présence des médiateurs. Ils se situent au plus près des PVVIH et contribuent à débloquent des situations inextricables qui freineraient une bonne observance thérapeutique.

Dans les groupes de paroles et groupes ETP, nous visualisons les réels investissements avec cette énergie inégalable que les médiateurs déploient pour que les patients reprennent de nouveau leur vie en main.

Les objectifs présentés en début de programme ont été en partie atteints mais les progrès sont là, les médiateurs déterminés et les échanges très enrichissants. Le chemin parcouru a pris une grande avancée et mérite d'être renforcé et amélioré sur certaines structures. Les questionnaires pré diagnostic éducatif ou post-éducation permettant d'évaluer les connaissances du patient seront à retravailler. J'ai le sentiment que les personnes qui l'ont réalisé se sont inspirées de temps clair, alors que l'on avait parlé de sélectionner les acquisitions les plus indispensables à la personne soignée. Le temps imparti était trop court et c'est autour d'une table qu'on aurait dû comparer les réponses....

La grande majorité des éducateurs déplore toujours ce manque d'outils interactifs. Adrienne RBP+ qui se désigne ambassadrice militante souhaiterait un renforcement du compagnonnage et ce, aussi à l'intérieur du pays. Elle évoque également l'utilité de travailler à partir de films interactifs et sur le photo langage pour un public d'adolescents. Il faut bien entendu que ces outils soient porteurs de sens pour les jeunes burundais.

En ce qui concerne la salle d'accouchement, il serait également intéressant de revoir ces femmes, indemnes de maladie, dans un autre cadre. Béatrice suggérerait de les retrouver dans des groupes de paroles où seraient explorées et fixées les connaissances de chacune.

La route est encore longue de part et d'autre de l'océan pour éradiquer le VIH mais les acteurs de terrain sont volontaires .

Je remercie infiniment Jérémie et Frédiane pour leur disponibilité, leur présence et leur soutien tout au long de cette mission.

PHOTOS

Groupe ETP :



Séance Buyenzi ETP :



Counseling pré dépistage Buyenzi :



Groupe de parole CPAMP CHUK :



Visite à domicile CPAMP CHUK :







Salle d'accouchement HPRC :





CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS

Nom et Prénom	Structure	Adresse mail	Fonction autre que médiateur de santé
NIYONKURU Jean Bosco	ANSS	niyobosco12@yahoo.fr	Psychologue/Médiateur de santé
Dr MANYUNDO RISASE Scholastique	HPRC	mrisasescholastique@yahoo.com	Responsable du CPAM
NINYIBUTSE Béatrice	HPRC (Salle d'accouchement)	beninyibutse@yahoo.fr	Médiatrice de santé
NDAYIZEYE Sylvie	HPRC (Salle d'accouchement)	ndayisylvie@yahoo.fr	Médiatrice de santé
NDAYIRORERE Fidèle	HPRC	fidelanday@yahoo.fr	Assistante sociale
Dr NTIZAHUVYE	CMC Buyenzi	ntisra@yahoo.fr	Directrice du CMC

Séraphine			Buyenzi
NIYONSABA Seconde	CMC Buyenzi	niyoseconde@yahoo.fr	Psychologue/Médiateur de santé
KAMIKAZI Caritas	CMC Buyenzi		Médiatrice de santé
SAKUBU Eliane	CMC Buyenzi		Infirmière/Médiatrice de santé
BARAGUNZWA Agathonique	CPAMP/CHUK	Agatoniquebaragunzwa@yahoo.fr	Psychologue
KANYARUHIMBI Scholastique	CPAMP/CHUK	kanyaruhimbis@yahoo.com	Médiatrice de santé
MPAWENIMANA Joséphine	CPAMP/CHUK		Médiatrice de santé
MUNENE Adrienne	RBP+	muneneadrienne@yahoo.fr	Responsable de la prise en charge et référent et point focal du projet ESTHER au RBP+
MUTARATI Célestin	RBP+		Sociologue membre de l'équipe de PE
NIJIMBERE Espérance	RBP+		Psychologue clinicienne bénévole
NKURIKIYE Bernadette	SWAA-Burundi		Médiatrice de santé

ⁱ Définition et rapport OMS,1998, issu des recommandations d'un groupe de travail p15 & ADSP n°52, Rémi Gagnayre et Jean-François D'Ivernois, sept 2005, p69 à 72

ⁱⁱ ADSP N°52, Rémi Gagnayre et Jean-François d'Ivernois, les compétences des soignants en éducation thérapeutique, Sept 2005, p71

ANNEXES



GRILLE D'EVALUATION D'UNE SEANCE INDIVIDUELLE D'EDUCATION THERAPEUTIQUEⁱⁱ

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					
☒ <i>commentaries</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					
☒ <i>commentaries</i>					
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 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					
⊗ <i>commentaries</i>					
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>commentaries</i>					
<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’EVALUATION 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...)					
☒ <i>commentaires</i>					
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					

☒ <i>commentaires</i>					
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					
☒ <i>commentaires</i>					
4- Contenu					
Les informations médicales ou sociales transmises sont valides					
☒ <i>commentaries</i>					

Recommandations faites au conseiller

QUESTIONNAIRE CPAMP HPRC

Date :

Nom et Prénom:

	Questions	Réponses	
		Oui	Non
1	Avoir le virus du vih signifie malade du sida ?		
2	La quantité du virus dans le sang peut dépasser la quantité de CD4 dans l'organisme ?		
3	Les ARV empêchent la multiplication du virus dans le sang ?		
4	Les ARV augmentent les CD4 ?		
5	Si le virus n'est plus visible dans le sang, ça signifie être guéri ?		
6	Si le virus n'est plus visible dans le sang après une longue durée de prise de traitement, le médicament est nécessaire ?		
7	Si le virus n'est plus visible dans le sang, le préservatif est nécessaire ?		
8	La prise des ARV avec des retards et des alternances est permise en fonction du travail qu'on fait ?		
9	La prise correcte des ARV évite des résistances ?		
10	Si il ya arrêt du traitement, les CD4 diminue et la charge virale augmente ?		
11	Au commencement du traitement une fièvre vous inquiète ?		
12	Si il ya effets secondaires, il faut consulter le Médecin ?		
13	Les ARV sont nécessaire pendant le week-end ?		
14	Les vacances sont permises pour une personne sous ARV ?		
15	Les ARV sont disponibles dans les pharmacies de vente ?		

16	Dans les pharmacies privées, les ARV sont disponibles ?		
17	Les boissons (alcool, le tabac) sont permises pour une personne sous ARV?		
18	Le partage des ARV est permis chez deux personnes sous ARV ?		
19	Quand le préservatif se déchire, la personne qu'il a l'utilisé peut avoir une prophylaxie ?		
20	Si une personne a oublié de prendre un comprimé le matin, il peut doubler la prise du soir ?		

QUESTIONNAIRE CPAMP CHUK

Questionnaire : Traitement - Pré-éducation

Date :

NO	QUESTIONS	Réponses	
		VRAI	FAUX
1.	Une sérologie VIH Positive signifie SIDA		
2.	En se multipliant, le virus détruit les défenses immunitaires du corps		
3.	Le traitement antirétroviral guéri le VIH		
4.	Le traitement antirétroviral bloque la multiplication du virus		
5.	Le traitement antirétroviral augmente le nombre des T4		
6.	Une charge virale indétectable signe la guérison		
7.	La charge virale est indétectable, le traitement antirétroviral est inutile		
8.	La charge virale est indétectable, le préservatif est inutile		
9.	Les prises irrégulières de médicaments antirétroviraux sont autorisées en fonction de l'activité		

10.	Une prise régulière des antirétroviraux évite les phénomènes de résistance au traitement		
11.	Si le traitement antirétroviral est arrêté, le nombre des T4 diminue et la charge virale augmente		
12.	Au début du traitement, une fièvre doit inquiéter		
13.	En cas d'effets secondaires, il faut contacter un professionnel de santé		
14.	Etant un couple séropositif, c'est utile d'utiliser le préservatif		
15.	En cas d'effets secondaires, on doit arrêter le traitement		
16.	La prise du soir a été oubliée, la suivante doit être doublée		
17.	Le traitement est disponible dans n'importe quelle pharmacie		
18.	On peut prendre les antirétroviraux sans manger		
19.	Les boissons alcoolisées sont autorisées avec le traitement		
20.	Deux patients peuvent échanger leur traitement même s'il est différent		
21.	Le partenaire peut bénéficier d'un traitement en cas d'accident de préservatif, si oui pour combien de temps		
22.	La prière peut guérir le VIH/SIDA		
23.	Les guérisseurs traditionnels peuvent guérir le VIH/SIDA		
24.	On peut prendre le traitement antirétroviral en même temps que les traitements d'autres maladies		
25.	On peut prendre le traitement antirétroviral sans consultation médicale		

Questionnaire : Connaissances de l'infection à VIH- Pré-éducation

Date :

NO	QUESTIONS	Réponses	
		VRAI	FAUX
1.	Le Virus est présent dans le sang		
2.	Le Virus est présent dans la salive		
3.	En se multipliant, le virus détruit les défenses immunitaires du corps		
4.	Le Virus VIH est présent dans les sécrétions vaginales		
5.	Le Virus VIH est présent dans les spermés		
6.	Le virus VIH se transmet par un baiser avec la langue		
7.	Le virus VIH se transmet par le port des habits d'une personne infectée		
8.	Le virus VIH peut se transmettre par pique de moustique		
9.	Le Virus VIH peut se transmettre au cours d'un rapport vaginal		
10.	Le VIH peut se transmettre au cours d'un rapport anal		
11.	Le VIH peut se transmettre par un échange de seringues		
12.	Le VIH peut se transmettre par un objet tranchant		
13.	Le VIH est une maladie sexuellement transmissible		
14.	On peut se prévenir du VIH par usage du préservatif		
15.	Le VIH/SIDA est l'une des maladies chroniques		
16.	Une mère séropositive peut transmettre le VIH à son bébé par allaitement		
17.	Une mère séropositive peut transmettre le VIH à son bébé pendant l'accouchement		
18.	Une mère séropositive peut transmettre le VIH à son bébé au cours des soins maternels		

19.	Une sérologie VIH positive signifie SIDA.		
20.	Il est inutile d'informer le partenaire son partenaire en cas de séropositivité		
21.	L'employeur doit informer de la séropositivité		
22.	La séropositivité permet une prise en charge à 100% pour tous les problèmes de santé quels qu'ils soient		
23.	La séropositivité VIH entre obligatoirement dans le cadre des affections de longue durée (ALD, prise en charge à 100%)		

RAPPORT DE MISSION AU BURUNDI

TEC – COREVIH BRETAGNE

14 AU 20 JUIN 2014

FINANCEMENT ET COÛT DE LA MISSION

COREVIH Bretagne

Coût¹ : 4 600,00 € (2 personnes)

CADRE DE COOPÉRATION : STRUCTURES PARTENAIRES AU COURS DE CETTE MISSION

Au Burundi

- Centre de médecine communautaire de Buyenzi (CMC-Buyenzi)
- CHU Kamenge de Bujumbura (CHUK)
- Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)
- Hôpital de Bururi
- Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS)
- Institut National de Santé Publique (INSP)

En France

- CHU de Rennes
- ESTHER

PARTICIPANTS

Virginie Mouton-Rioux et Pascal Lotton, techniciens d'études cliniques du COREVIH-Bretagne

TERMES DE RÉFÉRENCES DE LA MISSION

Cette mission fait suite à celle d'Août 2013 et au retour de celle du février 2014 du Dr Arvieux qui a rencontré les équipes sur place. Elle a pour objectifs :

Principaux :

→ Liés au logiciel SIDA-INFO

- Création d'un manuel utilisateur allégé avec Valentin (CNLS) et Patrick (CNR) pour les sites n'ayant pas été formés à SIDA-INFO mais qui l'utilisent (+ de 95 sites environ qui utilisent SIDA-INFO) - Créer un patient, saisir une CS, etc....
- Recueillir les demandes pour la formation des utilisateurs « confirmés » (Jocelyne secrétaire, en charge de la base de données SIDA Info au CPAMP CHUK et Cyril, médiateur de santé, en charge de la base de données SIDA Info au CPAMP à l'HPRC de SIDA Info pour une élaboration d'un programme.
- Recueillir les demandes pour la formation des utilisateurs de « débutants » de SIDA Info pour élaboration d'un programme.

¹ Billet d'avion, per diem, visa.

- Récupérer le planning des formations au logiciel SIDA-INFO de Valentin (CNLS) pour caler la date de la prochaine mission.

→ Partie base de données (installation et formation utilisateurs)

- Suivi des perdus de vue au CMC Buyenzi avec Seconde (médiatrice de santé) et le Dr Hélène Leroy, Infectiologue au Réseau Louis Guilloux.
- Suivi des tests de dépistage en salle de naissance avec Béatrice, médiatrice de santé et le Dr Scolastique en salle d'accouchement à l'HPRC,
- Suivi de la base de données Pédiatrie avec le Dr Bukuru, et Marie au CHUK.

Secondaires :

- Réponse question du Dr F Fily sur les tuberculoses,
- Evaluer la manipulation du fichier Excel mis en place à l'INSP par le Dr Anne Maillard Virologue à Rennes et Thomas Jovelin Data Manager,
- Suivre le contrôle qualité de près sur SIDA Info dans le cadre du projet leDEA. Peut-être contrôler sur quelques dossiers patients les données saisies dans SIDA Info, améliorer la traçabilité des connexions avec code unique par utilisateur.
- Aide pour faire la liaison entre les bases CMC Buyenzi et SIDA Info.
- Point sur l'utilisation de la partie PECPS du logiciel SIDA Info (Prise En Charge Psycho-Sociale) au CHUK. Même chose pour l'HPRC.

PRINCIPAUX CONTACTS AU COURS DE LA MISSION

- Dr Jérémie Biziragusenyuka, coordonnateur ESTHER
- Dr Hélène Bukuru, pédiatrie service de Soins Intensifs CHUK
- Dr Thierry, médecin CPAMP CHUK
- Marie Bizimana, chef de poste – Pédiatrie service de Soins Intensifs CHUK
- Apolline, chef de poste CPAMP CHUK
- Jocelyne, secrétaire, en charge de la base de données SIDA Info au CPAMP CHUK
- Chantal, collègue Jocelyne CPAMP CHUK
- Evelyne, Jocelyne agents de saisie SIDA Info hôpital de Bururi
- Christine, Thérèse, infirmières hôpital de Bururi
- Daflose, médiatrice de santé hôpital de Bururi
- Agathonique Baragunewa, psychologue CPAMP CHUK
- Dr Francine Marakena, médecin CPAMP HPRC
- Alexis, médiateur de santé, au CPAMP à l'HPRC
- Béatrice, assistante sociale, médiatrice à la salle de naissance HPRC
- Sylvie, collègue de Béatrice salle de naissance HPRC
- Francine, technicienne du laboratoire de biologie moléculaire INSP
- Valentin Nitereka, responsable du programme SIDA Info CNLS
- Liliane, collègue de Valentin CNLS
- Patrik Gateretse, chargé du contrôle qualité leDEA, CNR
- Seconde, médiatrice CMC Buyenzi
- Odette, infirmière CPAMP CHUK
- Rose, Jeannette, Jacqueline, infirmières service Néonatalogie CHUK
- Dr Pontien Ndabashinze, Directeur de l'HPRC
- M. Reverien, Directeur Adjoint des Soins HPRC
- Patricie, Chef Nursing
- Dr Pacifique, Directeur de Soins Hôpital de Bururi
- Dr Frédéric Méchai, Avicenne
- Dr Sylvia Cukier, Avicenne
- Dr Matthieu Revest, Rennes
- Dr Christian Couportin, Paris

COMPTES RENDUS DE LA MISSION

PROJET BASES DE DONNEES

HPRC base salle de naissance :

Installation d'une nouvelle base de données en Salle de naissance ayant pour objectifs de collecter, au CHUK, les données des mères entrant pour accouchement.

Il est proposé à toutes un test de dépistage du VIH. Le recueil de ces données se fait déjà par remplissage de fiches papiers.

La base a été installée sur l'ordinateur dans la salle de counseling. Cette salle ainsi que l'ordinateur sont partagés avec d'autres utilisateurs, engendrant des difficultés de logistique

Une petite formation locale est donnée sur la façon de saisir dans la base, ainsi que la procédure pour enregistrer le travail effectué. En effet, nous avons été amenés à rectifier une erreur répétée qui n'avait pas permis de sauvegarder les données.

Actions à prévoir :

- Des améliorations et modifications sur la base sont à apporter : rechercher par nom (même si cela existe déjà mais pas de classement par ordre alphabétique), bloquer les menus déroulants des items afin qu'il n'y ait pas de modifications des utilisateurs, indiquer la date des périodes sur les résultats des requêtes ...
- Des propositions d'organisation de travail ont été faites : commencer le recueil de données à partir de juin 2014, puis de manière rétroactive ...
- expliquer comment faire une sauvegarde des données régulière de la base
- planning d'occupation de la pièce de recueil et de l'ordinateur à envisager de façon hebdomadaire ?

CHUK Service de Néonatalogie :

Vérification avec l'équipe, du mode de remplissage de la base déjà installée, des difficultés rencontrées et des améliorations à apporter.

Depuis le dépôt de la base, certains patients sont rentrés plusieurs fois, car un bébé restant plusieurs semaines ou mois, sera comptabilisé à chaque mois, avec un autre numéro. D'autres ne sont pas enregistrés pour des raisons inconnues.

De même il existe un problème de numérotation patient, un même numéro se retrouvant attribué à plusieurs bébés.

Actions à prévoir :

- Nous décidons de créer un code patient pour attribution d'un numéro unique afin d'éviter les doublons : ANNEE-MOIS-JOUR. Nous n'avons pas réussi à faire ce changement dans cette version Access déposée.
- Status quo sur cette base de données Pédiatrie faute de pouvoir y apporter de modifications et à défaut de la dernière version non disponible. Les modifications seront donc à prévoir lors d'une installation ultérieure au cours d'une prochaine mission

CMC Buyenzi :

Nous rencontrons Seconde, qui nous informe de la restauration de ses données, qui avaient malencontreusement disparues. Sur le bureau de son ordinateur se trouvent beaucoup de fichiers, d'où des difficultés pour y retrouver sa base (PDV 2014). Une copie existe mais ne fonctionne pas.

Nous réinstallons la bonne version, en profitons pour la former à la création de dossiers d'archivage pour faire des sauvegardes régulièrement et l'aidons à faire du « ménage » sur le bureau.

Nous nous rendons compte des difficultés de compréhension de l'agent de saisie concernant le fonctionnement bureautique, alors que la saisie informatique de données est une grande partie de son travail.

Actions à prévoir :

- Compléter les données et récupération de la base à chaque fin de mission.
- Récupérer la dernière version de la base et nouveaux exercices de copie/sauvegarde de cette dernière dans le dossier créé pour cela sur bureau de l'ordinateur.
- Besoin d'une formation informatique de base

INSP :

Rencontre uniquement avec Francine, Désiré étant en arrêt maladie avec prolongation pour encore 2 mois. Elle se retrouve toute seule pour rattraper un retard de saisie de 6 semaines. Elle continue cependant à compléter les résultats sur un tableur Excel, la base Access créée et déposée en juin 2012 n'étant pas utilisée. Les raisons sont assez difficilement compréhensibles, et visiblement des problèmes organisationnels et de communication en seraient à l'origine.

Francine nous informe qu'elle ne sait pas utiliser Excel de façon basique, à savoir : trier, filtrer... les patients et nous fait une demande de formation.

Actions à prévoir :

- Besoin d'une formation de base Excel.
- Création d'un nouveau formulaire de saisie, plus simple d'utilisation, mais sur Excel et non Access
- Trouver une organisation et une planification des tâches entre Désiré et Francine, à savoir : qui fait quoi et comment, sur quelles bases....

CNLS :

Rencontre avec Valentin et sa collègue Liliane qui travaillent tous les 2 sur la base SIDA Info.

1. Concernant les formations, il existe un problème de financement du FM.

Pour les organiser, il faut compléter un formulaire dont chaque « champ » doit obligatoirement être rempli et respecté. Il a été par exemple possible de trouver une salle de réunion, mais impossibilité de faire installer des postes pour chaque utilisateur car il fallait payer un supplément pour chaque installation.

La dernière formation remonte à Mai 2013 et concerne les centres du Nord, Mai 2012 pour les autres. Lors de ces formations, les niveaux des personnes formées ne sont pas tous identiques.

2. Dans un second temps, Valentin nous fait la demande de l'aider pour le centre de Bururi qui a des difficultés à saisir les données dans la base SIDA Info (pas de médecin référent, matériel neuf pourtant livré). Nous allons donc nous y rendre lors de cette mission, afin de faire un état des lieux de l'utilisation du logiciel, essayer de comprendre l'organisation interne, et tenter de cerner les difficultés rencontrées
3. Sur les centres HPRC et CHUK la qualité des données n'est pas la même : à l'HPRC, les médecins saisissent et cela est plus fiable qu'au CHUK où la tâche incombe au personnel paramédical. Il existe pourtant des missions de supervisions organisées pour le contrôle de qualité. Faut-il l'aider sur une mission ?
4. Concernant toujours la qualité, il souhaiterait également un contrôle de dossiers médicaux afin d'en vérifier l'exhaustivité des données. Il nous fait remarquer que les IO ne sont pas renseignées.

Actions à prévoir :

- Un manuel utilisateur SIDA Info sur la partie financière a été rédigé (exigence du FM pour l'élaboration d'un rapport annuel). En revanche, un manuel utilisateur « allégé » SIDA Info pour les *professionnels* va être réalisé par Valentin. Il souhaiterait en faire la conception, nous demander de le « valider » et avec lui, d'en apporter les améliorations.
- Il souhaiterait une mission dédiée à SIDA Info, pour tester le manuel, le logiciel, et peut être nous permettre d'organiser nous-mêmes des formations sur site.
- Valentin voudrait également faire la demande d'un technicien afin de l'aider dans ses tâches au quotidien.

CPAM CHUK :

Nous rencontrons Jocelyne, Chantal, Odette, Dr Floride, Apolline. Il n'y a aucun souci concernant la base SIDA Info, les dossiers sont à jour. Quelques médecins entrent les données directement dans le logiciel, d'autres remplissent des fiches qui sont ensuite saisies par les infirmières.

Nous sommes reçus de façon très officielle par le directeur du CHUK, ainsi que de son adjoint, directeur des soins, qui nous proposent leur aide et appui en cas de besoin

Nous avons rencontré Patrick, venu récupérer les données pour le projet leDEA, ce qui nous a permis de revoir avec lui ainsi qu'avec Jocelyne les précisions concernant le remplissage des Infections dans SIDA Info et la consigne de ne pas les mettre dans « Commentaires » mais de créer une deuxième ligne.

Lors de notre visite, nous sommes également allés à la pharmacie centrale. Les ordinateurs installés pour la gestion des stocks de médicaments, dont les ARV, ne fonctionnent pas car ils ont des virus. Ces équipements nous sont présentés comme étant sous la responsabilité de Valentin au CNLS. Ce problème avait déjà été remonté lors de la mission de juin 2012, et la situation n'a toujours pas été débloquée à ce jour.

Actions à prévoir :

- Contrôle de qualité à prévoir concernant l'exhaustivité des données saisies en regard des dossiers médicaux
- Conseils de remplissage afin d'augmenter et parfaire la saisie

CPAM HPRC :

Un contrôle de qualité sur quelques dossiers de consultations par rapport à ce qui est saisi dans SIDA Info a été réalisé.

Globalement les données sont bien renseignées, hormis quelques erreurs ou oublis, les dates de consultations étant également transformées en dates de saisie.

Actions à prévoir :

- Contrôle de qualité à prévoir concernant l'exhaustivité des données saisies en regard des dossiers médicaux
- Conseils de remplissage afin d'augmenter et parfaire la saisie

Centre de Bururi :

Nous avons passé toute la journée du mercredi à Bururi à la demande de Valentin afin de connaître les raisons des difficultés rencontrées pour la saisie et la collecte des données SIDA Info. Jocelyne, du CHUK, nous a accompagnés, pour traduction d'une part, et sa maîtrise du logiciel, d'autre part.

Nous avons rencontré sur place l'infirmière et 2 agents de saisie, qui sont seules à s'occuper de la base...

Nous devons rencontrer sur place le directeur de l'hôpital qui était au courant de notre visite, mais celui-ci est absent. A sa place le directeur des soins est venu se présenter.

Le Dr Thierry est malheureusement également absent, assurant des cours au DU.

Les constatations suivantes ont été faites :

1. Les données n'étaient pas rentrées du fait d'une panne d'ordinateur. Puis l'installation de la nouvelle version, sans formation officielle, en a interrompu la saisie.
2. La maintenance de la base SIDA Info est assurée par M. Good (qui n'était pas présent) qui ne serait pas passé à Bururi depuis 2 ans.
3. Les informations générales relatives aux patients ne sont pas saisies, la demande en est faite à l'infirmière.
4. Un problème de requêtes est constaté, l'information sera remontée pour Valentin vendredi matin, ainsi que quelques petits soucis d'enregistrements
5. Les agents de saisie ne comprennent pas tout ce qu'elles font.

Actions à prévoir :

Certaines propositions ont été faites :

- Reprendre les dossiers un par un afin de les compléter.
- Appeler Jocelyne en cas de problème.
- Ne pas hésiter à redemander au médecin en cas d'incompréhension : terme spécifique, écriture...
- Demander au Dr Thierry de faire une petite formation sur la pathologie (VIH et tuberculose) et les termes employés, ainsi que les traitements, une liste des IO, et un petit glossaire biologique.
- Intérêt de la mise en réseau de la base SIDA Info dans le bureau de consultation médical ?

Les demandes de l'équipe sont :

1. un mètre ruban pour les mesures de périmètre
2. une toise
3. une formation à chaque changement de version
4. une rémunération spécifique pour le travail supplémentaire que représente le recueil de données.

Les personnes présentes ont trouvé important notre passage et notre entretien pour exposer leur situation.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Concernant la situation de Bururi :

Valentin a contacté devant nous M. GOOD, qui nous informe être passé 8 jours avant notre arrivée. Il aurait rencontré des difficultés pour installer la nouvelle version...

Devant les difficultés matérielles, organisationnelles et relationnelles de ce centre, nous proposons, lors d'une prochaine mission, d'organiser une réunion avec l'ensemble des acteurs..

Concernant SIDA Info :

Les demandes sont de plus en plus spécifiques de la part de certains médecins:

1. intégrer les sérologies
2. ajouter un onglet co-infection
3. mettre les unités des valeurs biologiques (à ce jour, il n'est pas certain que les données déjà collectées soient comparables, du fait d'une disparité des saisies, ex : poids rentré pour certains en kg et pour d'autres en grammes),
4. classer par ordre alphabétique les ARV
5. Pour les « fiches de suivis », rajouter tabac, alcool
6. CQ à prévoir

Concernant les bases de données :

Nous nous sommes rendu compte des difficultés d'utilisation des Bases de données dues à un défaut de formation, voire de compréhension des utilisateurs.

La multiplicité des déplacements nous a empêchés d'être présents de façon prolongée dans chaque service. Lors de prochaines missions, peut être serait il plus judicieux de privilégier quelques sites, afin d'y passer un maximum de temps : formation, accompagnement, aide technique et logistique, organisation....

Concernant la pharmacie centrale du CHUK :

Les ordinateurs de la pharmacie centrale du CHUK ne seraient ni entretenus ni gérés par Valentin au CNLS. Il nous dit que ce serait le travail des agents informatiques du CHUK. Affaire à revoir à la prochaine mission ?

Ils pourraient permettre de gérer le stock total des ARV, qui à ce jour n'est pas connus et non contrôlés. Seules les distributions patients sont répertoriées grâce au logiciel SIDA Info.

Ce pourrait être également un objectif supplémentaire lors d'une prochaine mission.

Concernant les formations :

Des formations de base, concernant l'informatique et les tableurs, sont à prévoir.

Des demandes de formation SIDA Info ont été formulées pour les agents de saisie de Bururi, ainsi que pour Seconde du CMC Buyenzi.

Reste la question : comment faire pour aider Valentin à organiser des formations SIDA Info ?

Concernant le matériel :

La maternité de HPRC demande un ordinateur pour gérer plus facilement la base de suivi de Salle de Naissance déposée en Juin 2014.

L'imprimante du CMC Buyenzi fume à l'impression de documents. Elle est impérativement à changer.

Les demandes de l'équipe de Bururi sont : un mètre ruban pour les mesures de périmètre, une toise,

LISTE DES ACRONYMES HABITUELLEMENT UTILISÉS DANS LES RAPPORTS DE MISSION

ANSS :	Association Nationale de soutien aux séropositifs
APRODIS :	Appui aux Programmes de Décentralisation et d'Intensification de la lutte contre le Sida
ARV :	Antirétroviraux
BAD :	Banque Africaine de Développement
BM :	Banque Mondiale
CAMEBU :	Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi
CDS :	Centre De Santé
CDV :	Centre de Dépistage Volontaire
CHUK :	Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge
CMC :	Centre de Médecine Communautaire
CNLS :	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNR :	Centre National de Référence en matière du VIH au Burundi
COREVIH-Bretagne :	Coordination Régionale de la lutte contre le VIH en Bretagne
CPN :	Consultation Pré Natale
CPAMP :	Centre de Prise en charge Ambulatoire Multidisciplinaire des Personnes vivant avec le VIH
CQ :	Contrôle Qualité
CTB :	Coopération Technique Belge
CV :	Charge Virale
DGOS :	Direction Générale de l'Organisation des Soins (Ministère de la santé, France)
DIU :	Diplôme Inter Universitaire
ETP:	Education Thérapeutique
FM :	Fonds Mondial
FVS :	Famille pour Vaincre le Sida
HPRC :	Hôpital Prince Régent Charles
INSP :	Institut National de Santé Publique
IO :	Infections Opportunistes
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
MAE :	Ministère des Affaires Etrangères (France)
MIG :	Mission d'Intérêt Général
MSPLS :	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le sida (Burundi)
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA :	Organisation des Nations Unies contre le SIDA
PVVIH :	Personnes Vivant avec le VIH
PTME :	Prévention Transmission Mère à l'Enfant
RAF :	Réseau Africain des Formations sur le VIH-SIDA
RBP+ :	Réseau Burundais des séropositifs
SHA :	Solution Hydro-Alcoolique
SI :	Soins Intensifs
SWAA :	Society for Women against AIDS in Africa
TB :	Tuberculose
USAID :	United States Agency for International Development
UNICEF :	United Nations Children's Emergency Fund
UE :	Union Européenne
VHB :	Virus de l'hépatite B
VHC :	Virus d'Hépatite C
VIH :	Virus d'Immunodéficience Humaine
VAD :	Visite à Domicile

RAPPORT DE MISSION AU BURUNDI

17 AU 22 AOUT 2014

Dr Hélène Leroy, infectiologue, Réseau Louis Guilloux et CHU, RENNES

FINANCEMENT DE LA MISSION

Financement de la mission: Projet fondation GSK/CMC Buyenzi/CMC CHUK

STRUCTURES PARTENAIRES AU COURS DE CETTE MISSION

Au Burundi

- Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)
- Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge (CHUK)
- Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi (CMC Buyenzi)
- Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS)

En France

- CHU de Rennes
- ESTHER
- Fondation GSK

TERMES DE RÉFÉRENCES DE LA MISSION

1. Appui à la rédaction du dossier du projet « Prise en charge des mères découvrant leur séropositivité en salle d'accouchement et de leur enfant » pour soumission au financement de la fondation ViiV (en France, du 23/07 au 05/08/2014)
2. Bilan 2013-2014 du partenariat « Prévention de la transmission mère enfant du VIH (**PTME**/Fondation GSK) » dans l'optique de la clôture du projet en décembre 2014 :
 - o Au CMC Buyenzi : données de PTME, réflexion sur l'utilisation de la base de données propre au CMC, point sur la maternité, finalisation des objectifs de stage d'Elsa Vabret, externe et future interne en médecine au CHU de Rennes,
 - o Au CMC du CHUK : données de PTME, nouveaux bâtiments de consultation
3. Activité de dépistage en salle de naissance et suivi des femmes dépistées positives :
 - o Point au CPAMP de l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC), base de données ACCESS
 - o Point à la maternité du CHUK
4. Bilan du recueil de données du projet de surveillance des infections du post-partum chez les femmes parturientes de la maternité de l'HPRC (ESTHER/APPS)
5. Dans les suites de l'enquête sur les prescriptions d'antibiotiques en salle de chirurgie orthopédique, discussion avec le chirurgien responsable du service
+ contact : laboratoire de bact erologie et pharmacie de l'HPRC

PRINCIPAUX CONTACTS AU COURS DE LA MISSION

- Dr **Jérémie Biziragusenyuka**, coordonnateur ESTHER
- Dr **Francine**, médecin du CMC, et directrice – intérimaire lors de l'absence du Dr **Séraphine Ntizahuyve**, directrice du CMC Buyenzi et Mme **Seconde**, médiatrice, **Adrie et Lucie**, IDE de consultation PTME
- Dr **Scholastique Mnyundo-Risase**, médecin directrice du CPAMP de l'HPRC, Dr Francine Karemera, médecin au CPAMP de l'HPRC, et **Mmes Béatrice et Jacqueline**, médiatrices de santé au CPAMP
- **Mme Espérance**, infirmière chef de poste en maternité au CHUK
- **Mme Phigénie**, infirmière PTME CHUK
- Dr **Mamboleo**, chef de service du service de gynéco-obstétrique de l'HPRC
- Dr **Théophile Nkeshia**, médecin chef de service à l'HPRC (chirurgie générale), Mme Claire, pharmacien de l'HPRC
- **Valentin Nitereka**, administrateur de Sida-Info, CNLS
- **Emmanuel et François Niyonkuru**, service d'hygiène hospitalière de l'HPRC

COMPTE-RENDU DE LA MISSION

PARTENARIAT PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE ENFANT DU VIH (PTME/FONDATION GSK)

1. CMC Buyenzi

○ Point sur l'activité

La Directrice du CMC, le Dr Séraphine Ntizahuyve, était en congé maternité lors de notre mission. Nous avons pu discuter de l'activité et des problèmes de la maternité avec le Dr Francine mais celle-ci ne pouvait se prononcer sur tous les points.

Comme lors de chaque mission, nous avons procédé au bilan de l'activité du CMC à partir des rapports d'activité. Malgré le fait que les données sont souvent partielles (notamment à cause de l'absence de la Directrice), les tendances qui ressortent sont :

- le nombre de femmes intégrées dans le programme de PTME est en baisse, ce qui peut être expliqué par le fait que le nombre de sites où est réalisée la PTME est en augmentation au Burundi. Par ailleurs, depuis juillet 2014, il n'est plus possible pour les femmes suivies dans une autre structure pour leur infection par le VIH de venir se faire suivre au CMC dans le cadre de leur grossesse, sauf si le médecin de l'autre structure juge que le transfert est nécessaire. Ceci va faire probablement diminuer significativement l'activité de PTME du CMC Buyenzi.
- une prévalence des femmes séropositives parmi les femmes enceintes dépistées au CMC Buyenzi toujours en diminution (3% pour 2014)
- le nombre peu élevé d'enfants dépistés par PCR et par sérologie à 18 mois mais ceci est toujours lié aux problèmes techniques de disponibilités du test à l'INSP. Nous espérons que ce rattrapage aura lieu lors du deuxième semestre de 2014.

Tableau 1 : Activité générale du CMC Buyenzi : CPN, Dépistage, PTME

	2009	2010	2011	2012	2013	2014 01/01 au 31/07/14
nombre CPN	4487	6281	3514 ¹	4584	4881	ND
nombre de CPN1	2133	3067	1362 ¹	1108	ND ⁴	ND
venues au 1er trimestre	83	151	105 ¹	171	ND	ND
Nb test VIH	1475	1803	1030 ¹	1309	1329	427 ⁶
Tests positifs pour le CMC	102	102		60	54	13
% moyen de tests positifs	6,9%	5,7%		4,5%	4,1%	3,0%
Femmes enceintes NC intégrées ²	339	384	296	256	187	73
Femmes enceintes AC sous ARV intégrées ³	360	540	423	287	325	56
Total des enfants débutant le cotrimoxazole	318	326	325	209	169 ⁵	ND
Enfants dépistés à 18 mois et plus	10	32	38	123	103	26 ⁶
Enfants dépistés par PCR (PCR1,2,3)	570	604	338	604	389	134 ⁶

¹ résultats sur les 7 premiers mois de l'année

² NC intégrées : nouveaux cas de séropositivités dépistées pendant la grossesse actuelle et intégrées dans le programme de PTME du CMC

³ AC sous ARV intégrées : nombres de consultations annuelles de femmes déjà dépistées consultant pour s'approvisionner en ARV ou pour un problème médical

⁴ ND : non disponible

⁵ sur 11 mois (données non disponibles pour aout 2013)

⁶ résultats disponibles d'avril à juillet 2014

○ **Prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)**

Depuis décembre 2013, l'activité de consultations médicales a été élargie à toutes les personnes séropositives et n'est plus réservée qu'aux femmes enceintes ou allaitantes (« prise en charge globale »). Les consultations sont assurées par les infirmières de la PTME pour l'approvisionnement régulier et par les médecins lors de la mise sous traitement antirétroviral et lorsqu'il y a un problème médical. Nous avons mis en garde le Dr Francine sur le fait que la médiatrice de santé Seconde, de formation de sociologie, remplissait la partie médicale initiale du dossier médical en l'absence de l'infirmière, sans en avoir les compétences.

○ **Suivi du projet : suivi des femmes du programme de PTME et perdues de vue**

▪ **Le poste de la médiatrice de santé**

Etant donné l'arrêt des financements de la Fondation GSK, le poste de la médiatrice de Santé ne va plus être financé. La Directrice du CMC Buyenzi a demandé auprès du District de Santé s'il était possible d'envisager un recrutement par le Ministère de la Santé. Nous n'avons pas pu nous entretenir à ce sujet avec la Directrice mais la réponse semble être négative. Ainsi, si Seconde n'est pas reconduite, il ne va plus être envisageable de remplir à la fois la base ACCESS spécifique du CMC Buyenzi et la base SIDAINFO nationale.

▪ Les bases de données et leur remplissage

Nous avons rencontré Valentin, l'informaticien du CNLS afin de voir les possibilités qu'offre SIDA INFO concernant la recherche des perdues de vue. La dernière version de SIDA INFO est tout à fait adaptée à la recherche des perdues de vue et semble offrir des possibilités proches de la base ACCESS du CMC Buyenzi. Cependant, pour ce faire, il est nécessaire d'avoir une base SIDA INFO « à jour » et nous allons profiter de la présence d'Elsa Vabret, étudiante en médecine, qui est en stage au CMC pendant 1 mois^{1/2} à partir de la fin août 2014 pour essayer d'optimiser le remplissage de la base avec Seconde et les infirmières de la PTME et de se familiariser avec SIDA INFO pour la requête de « recherche de perdues de vue ».

Il n'est, par ailleurs, plus question de fusionner les bases ACCESS du CMC et la base de suivi du Burundi SIDA INFO car les informations se trouvent déjà partiellement dans les 2 bases et la fusion semble difficile.

▪ Point sur les données à partir de la base ACCESS

Le nombre de femmes intégrées au programme semble être un peu moins important lors du 1^{er} semestre 2014, comme nous pouvions nous y attendre (*cf tableau 2*). Le statut pour l'hépatite B des femmes est très mal renseigné alors que la sérologie est, à priori, quasiment systématique. Le travail d'Elsa Vabret devrait améliorer ce renseignement.

Concernant **la cellule familiale**, les autres enfants des femmes ne semblent malheureusement pas tous testés, au moins au début de la prise en charge au CMC puisque c'est à ce moment que sont remplis les dossiers des femmes. Les hommes sont encore moins testés que les enfants en 2013 et la situation semble s'améliorer en 2014.

63% **des femmes** en 2014 étaient suivies dans une autre structure avant leur prise en charge au CMC ; la Nouvelles Espérance (NE) est la structure la plus représentée, c'est elle qui est également géographiquement le plus proche. Près de 70% des nouvelles femmes incluses en 2014 s'approvisionnent en ARV dans une autre structure. De même environ 70% des femmes étaient déjà sous ARV au moment de la conception et depuis longtemps puisque la médiane sous traitement est de 47 mois. Pour les femmes qui débutent les ARV pendant la grossesse actuelle, elles semblent avoir été traitées suffisamment longtemps pour éviter la transmission materno-fœtale (temps médian sous ARV de 17 semaines avant la naissance). Aucune femme n'a une durée d'ARV inférieure à 2 mois avant l'accouchement mais les effectifs sont faibles (seule 42 femmes dont le suivi a débuté en 2014 ont accouché en août 2014). La médiane de temps sous ARV avant la naissance pour les femmes nouvellement traitées était de 15,2 semaines en 2014, et 18% (8/44) avaient reçu moins de 2 mois de traitement ARV avant l'accouchement.

Les enfants semblent avoir un poids « correct » à la naissance puisque la médiane est de 3000g en 2014 pour les 38 enfants sur les 43 dont nous avons les poids de naissance. Seuls 8% (3/38) des enfants ont un poids de naissance inférieur à 2500g, ils étaient 16% (11/69) en 2013.

Tous les tests effectués chez les nouveau-nés et enfants (PCR1 et PCR2) sont négatifs, cependant on déplore un nombre de tests insuffisant et ceci est quasi-entièrement dû aux problèmes techniques car lorsque les tests sont disponibles, les femmes recherchent à faire tester leurs enfants. Il n'y a pas eu de PCR3 de faites même pour les enfants de 2013 qui peuvent être sevrés au moment du relevé des données en août 2014. Par ailleurs les enfants n'ont pas 18 mois pour la grande majorité et nous n'avons pas non plus de résultats de sérologie VIH.

Tableau 2 : Données du CMC en matière de PTME

	2013	2014 (à la date du 19/08/2014)
Nombre de femmes	166	82
Age médian	31 ans	33 ans
Périmètre brachial médian en cm	25	26
AgHBs (données manquantes++)	13 neg, 1 positif	5 neg
Test autres enfants	40 mères dont enfants testés, 4 avec au moins un enfant séro+	10 mères dont enfants non testés, 10 avec un enfant séro+ (pas plus d'un)
Test mari	124 NSP ¹ , 9 neg, 11 non faits, 20 positifs, 1 test pendant suivi femme (neg)	7 NSP ¹ , 11 neg, 19 non faits, 45 positifs, 0 test pendant suivi femme
Structure précédente de suivi (associations : AVCS, RAMA, Nouvelle espérance et HPRC (Hôpital Prince Régent Charles))	81 non 7 AVCS, 12 HPRC, 42 NE, 4 RAMA...	22 non 7 AVCS, 9 HPRC, 33 NE...
ARV pris dans autre structure	105 ailleurs, 60 au CMC, 1 NSP ¹	57 ailleurs, 18 CMC, 7 NSP ¹
Sous ARV avant grossesse	101 (61%)	57 (70%)
Délai entre la mise sous ARV et la DDR pour les femmes sous ARV avant la grossesse actuelle <i>*on ne dit pas si arrêt des ARV depuis mise sous ARV initiale</i>	sous ARV depuis médiane 37,2 mois avant DDR (seules 65 femmes n'étaient pas sous ARV au moment de leur DDR *)	sous ARV depuis médiane 47 mois avant DDR (seules 25 femmes n'étaient pas sous ARV au moment de leur DDR*)
Nb Femmes ayant enfanté	124	42
Terme à la naissance	médiane 39 SA (13 femmes retirées, terme aberrant)	médiane 39,3 SA (6 femmes retirées, terme aberrant)
Poids médian enfants	2900g, 55 non renseignés	3000g, 5 non renseignés
Durée médiane ARV avant naissance pour nouvelles traitées	15 SA (39 femmes, les autres étaient déjà sous ARV)	17,3 SA
Test PCR1	88 négatives	4 négatives (13 faites, résultats en attente)
Test PCR2	36 négatives	0 faite
Test PCR3	2 négatives	
Décès d'enfants	1 (à 2 mois de vie, contexte de gastro-entérite)	0

¹NSP : ne sait pas

○ **la maternité**

Actuellement, la maternité n'est que très peu utilisée, car tout le matériel nécessaire à la prise en charge de l'enfant n'est pas encore disponible. Il est donc préférable de ne pas faire de promotion auprès des femmes concernant les possibilités d'accouchement.

Photos 1 et 2 : Salle d'accouchement et étagère de matériels de la maternité du CMC Buyenzi



Lors de la mission APPS d'Audrey Guérizec, sage-femme, en mai 2014, il était préconisé :

1) concernant le matériel :

- Pour le nouveau né : une sonde d'aspiration raccordable à une seringue de 50cc pour désobstruer les voies respiratoires (ou un aspirateur), un ambu (air ambiant et masque de taille adaptée) pour la ventilation, une table de « réanimation » pour les soins avec lampe chauffante, du SHA (Solution hydro-alcoolique)
- Pour la mère : des gants pour réaliser la délivrance artificielle et pour les révisions utérines, un fauteuil roulant pour le transfert de la patiente si besoin

2) concernant les procédures de prise en charge en salle de travail nécessaires à écrire :

- Déroulement d'un accouchement eutocique (de l'arrivée de la patiente jusqu'à la délivrance)
- Prise en charge immédiate d'une hémorragie de la délivrance
- Protocole Oxytocine (Syntocinon)
- Prise en charge d'une souffrance foetale
- Prise en charge d'une rétention placentaire
- Prise en charge du nouveau-né
- Procédure de transfert en cas de dystocie

3) concernant la procédure de transfert à l'HPRC en cas d'accouchement dystocique :

La communication entre le CMC et l'HPRC initialement envisagée est toujours en discussion et semble difficilement envisageable ; un des arguments avancés est la crainte de sortie des patients voulant quitter l'HPRC sans régler leurs frais d'hospitalisation.

Par ailleurs, le CMC n'a pas de fauteuil roulant pour ces transferts. Actuellement, ce sont les taxis stationnés à l'entrée de l'HPRC qui sont utilisés (1 transfert sur les 9 accouchements qui ont eu lieu). Les infirmières trouvent que la solution du fauteuil roulant est difficilement envisageable car il faudrait passer sur le trottoir voire la route avec une femme en travail... ce problème devra être sérieusement envisagé au retour de la Directrice et à l'ouverture de la maternité à un nombre plus important de femmes pour accouchement.

4) en matière de formation du personnel : la sage-femme de la mission APPS a constaté un manque de formation pratique de l'équipe d'infirmières et préconise un complément de formation au recyclage dont elles ont bénéficié.

Tous ces points ont été discutés avec le Dr Francine et le Dr Jérémie Biziragusenyuka. Le matériel va être partiellement pris en charge par les derniers fonds du partenariat GSK et le Dr Francine s'engage à écrire les protocoles avec son équipe. D'autres fournitures ont été demandées par l'équipe du CMC : des lits avec moustiquaires et potences, des chaises, un robinet extérieur pour les gardes-malades, un générateur pour les coupures d'électricité, des tables à roulettes pour le repas des femmes... Initialement, il était prévu que cet équipement soit pris en charge par les institutions burundaises. Cela n'est pas le cas actuellement.

2. CMC au CHUK

○ Bâtiment de PTME/CPN

La construction du bâtiment s'est achevée en mai 2014 et les clés ont été officiellement remises ce même mois. Cependant, les locaux ne sont toujours pas occupés en août 2014 faute de matériel. Effectivement, il manque à la fois le mobilier (tables, chaises, rideaux...) et le matériel médical (tables d'examen (médical et gynécologique), paillasse de laboratoire, un lavabo dans un bureau de consultation, une lampe pour examen gynécologique... Une demande a été faite par le personnel auprès de la direction de l'hôpital qui semble avoir refusé l'achat de ce matériel. Il a, là aussi, été convenu avec le Dr Jérémie Biziragusenyuka de prendre en charge partiellement ce matériel avec les derniers fonds du partenariat GSK. Ceci pourra également être discuté avec le directeur du CHUK lors de la prochaine mission de Cédric Arvieux en septembre 2014. Phigénie, l'infirmière responsable de la PTME a été chargée d'obtenir les devis pour le matériel indispensable.

Photo 3 : Bâtiment de PTME du CHUK le 19/08/2014



○ **Activité**

Tableau 3 : Activités mensuelles du CMC du CHUK depuis janvier 2013

	Nb dépistages /mois	Nb de femmes testées +	Prévalence VIH	Nb consult PTME NC* (nvelles dépistées et référées)	Nb consult PTME NC* Chiffres du CMC Buyenzi pour comparaison
Janv- 2013	193	9	4,7%	9	24
Fév-2013	200	7	3,5%	16	15
Mars-2013	240	8	3,3%	19	22
Avril-2013	129	6	4,7%	19	12
Mai-2013	210	8	3,8%	16	18
Juin-2013	206	8	3,9%	16	11
juil-13	197	4	2,0%	8	22
août-13	193	4	2,1%	10	14
sept-13	165	6	3,6%	14	15
oct-13	221	3	1,4%	13	16
nov-13	214	8	3,7%	10	10
déc-13	204	1	0,5%	10	11
Moyenne mensuelle 2013	198	6	3,0%	13	16
janv-14	209	9	4,3%	14	24
févr-14	207	5	2,4%	13	17
mars-14	288	16	5,6%	16	11
avr-14	202	5	2,5%	17	18
mai-14	324	9	2,8%	12	1
juin-14	295	4	1,4%	9	2
juil-14	312	0	2,9%	15	ND
Moyenne mensuelle 2014	262	7	3,1%	14	12

*NC : nouveaux cas

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes dépistées est également de 3% en 2014, comme au CMC Buyenzi. Par ailleurs, on s'aperçoit que l'activité du CMC du CHUK est actuellement un peu plus importante que celle du CMC Buyenzi en termes de nouvelles femmes intégrées dans le programme de PTME.

Enfin, une des médiatrices de santé du CMC du CHUK a été détachée pour réaliser les tests de dépistage en salle d'accouchement depuis juillet 2014, ce qui est une très bonne nouvelle et a déjà des conséquences directes sur le nombre de femmes dépistées. Il reste à espérer que cela n'ait pas trop de conséquences sur la prise en charge des femmes suivies en PTME puisque cette médiatrice n'est plus dans les locaux du CMC ou dans les familles pour les visites à domicile.

PRISE EN CHARGE DES MÈRES DÉCOUVRANT LEUR SÉROPOSITIVITÉ EN SALLE D'ACCOUCHEMENT ET DE LEUR ENFANT

1. Dépistage en salle de naissance à l'HPRC

Comme décrit dans les précédents rapports, depuis avril 2012, le CPAMP de l'HPRC a mis en place un dépistage en salle de naissance. Toute femme qui accouche doit être vue en entretien avec une médiatrice détachée du CPAMP qui effectue un counseling pré-test, se charge de la réalisation du test rapide et de la remise des résultats. Si l'accouchement a lieu en dehors des horaires de travail de la médiatrice, les tests sont réalisés par les infirmières de maternité.

Par ailleurs, il semblerait qu'il y ait toujours le problème de la dispensation d'un comprimé de TRUVADA juste après le dépistage et du comprimé de SUSTIVA, au coucher. Nous allons écrire un **protocole pour la salle de naissance** (prévu lors de la mission de février 2014) : si la femme a reçu l'ATRIPLA plus de 12h avant son coucher le soir de l'accouchement, un autre comprimé d'ATRIPLA pourra être pris au coucher. Par contre, si le délai avant le coucher est inférieur à 12h, le second comprimé d'ATRIPLA ne sera pris qu'au moment du coucher la nuit suivante (annexe 1). Ce protocole sera proposé par le Dr Arvieux lors de sa prochaine mission.

Les enfants reçoivent pratiquement tous une monothérapie de Névirapine dès la naissance et ce, pendant un temps actuellement mal défini mais au moins jusqu'à la PCR de 6 mois, voire jusqu'au sevrage. La trithérapie qui était jusqu'alors quasi-systématique chez ces enfants nés de mères dépistées en salle d'accouchement est de moins en moins prescrite, et n'est envisagée que dans des situations où le risque de transmission est majeur (rupture prolongée des membranes, souffrance fœtale...). Le Dr Scholastique Mnyundo-Risase justifie ce changement de prise en charge par le fait que les résultats sont excellents avec la Névirapine seule et qu'il leur était reproché de ne pas suivre les recommandations nationales.

a. évaluation du nombre de femmes dépistées en salle de naissance

i. **Dépistage (cf tableau 4) :**

Le test de dépistage en salle de naissance est à présent quasi-systématique puisque 97% des femmes qui accouchent par voie basse sont testées. Nous n'avons pas pu évaluer le dépistage des césariées lors de cette mission. La séroprévalence en salle de naissance semble en diminution par rapport aux années précédentes puisqu'elle est de 0,9% en moyenne en 2014, alors qu'elle était de 3,3% en 2012 : soit la prévalence globale du VIH diminue chez les femmes qui accouchent à l'HPRC, soit les femmes sont mieux dépistées au cours de leur grossesse puisqu'il y a moins de découvertes tardives.

On peut penser qu'il s'agit de la deuxième hypothèse car la prévalence des femmes séropositives parmi celles qui accouchent est stable à 5,7% (5,6% en moyenne en 2013).

Tableau 4 : Dépistages en salle de naissance à l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC) de mars 2012 à juillet 2014 :

	Accouchements voie basse (VB)					Préval nvelles testées +	Prévalence chez femmes accouchant
	Nb accouche- ments VB	Nb tests	Nb POS (+)	Nb déjà testées +	% de tests réalisés chez femmes		
Moyenne /mois 2012	282	138	4	12	49%	3,3%	4,3%
Moyenne /mois 2013	338	279	4	19	82%	1,4%	5,6%
janv-14	330	338*	5	16	100%	1,5%	4,8%
févr-14	276	280*	7	17	100%	2,5%	6,2%
mars-14	338	322	2	19	95%	0,6%	5,6%
avr-14	386	354	2	15	92%	0,6%	3,9%
mai-14	328	354*	2	19	100%	0,6%	5,8%
juin-14	360	335	1	29	93%	0,3%	8,1%
juil-14	ND**	328	1	20	ND**	0,3%	ND**
Moyenne /mois 2014	336	335	3	19	97%	0,9%	5,7%

*nb de tests supérieurs au nombre d'accouchements par VB car certaines femmes ont été césarisées en urgence et testées en salle de naissance

** données non disponibles

Suites de la prise en charge :

Comme décrit lors de la dernière mission, si les résultats du dépistage en salle de naissance sont très encourageants, des progrès doivent être réalisés dans le suivi de ces femmes qui apprennent leur séropositivité lors de l'accouchement puisque le nombre de perdues de vue est assez important .

Qualitativement, la médiatrice Béatrice qui s'occupe du dépistage depuis le début de l'action, décrit des femmes globalement plus jeunes, plus isolées, avec moins de ressources et plus éloignées du système de santé que les femmes qui ont été dépistées lors de CPN. L'accouchement représenterait finalement leur seul point d'entrée dans le système de soins depuis l'instauration de la gratuité, et il apparaît aux acteurs de terrain que c'est une occasion unique, aujourd'hui ratée, de mieux intégrer ses femmes dans un vrai parcours de soins communautaires et hospitaliers. La base de données « Dépistage en salle de naissance » que Béatrice remplit depuis juillet 2014 permettra de préciser le profil de ces femmes dépistées positives en salle de naissance.

Une meilleure prise en charge et un meilleur accompagnement de ces femmes dépistées tardivement en salle d'accouchement seront rendus possibles si le projet « FIERES » proposé à Positive Action For Children de la Fondation VIIV est accepté. Nous avons participé à la finalisation du projet adressé à VIIV le 06/08/2014. Ce projet d'accompagnement de ces femmes dépistées séropositives en salle de naissance consisterait en :

- Des visites à domicile pour s'assurer de la bonne observance, voire un accompagnement au domicile à la sortie de la maternité si la femme en émet le besoin, notamment celles qui expriment la crainte d'annoncer leur séropositivité à leur mari

- Un soutien juridique (par l'association RPB+) et économique pour certaines femmes notamment celles qui vivent en union libre ce qui ne les protège pas devant la loi si les maris veulent les quitter après l'annonce de la séropositivité. Ce sont également des femmes défavorisées sur le plan socio-économique, et un soutien par la création d'activités génératrices de revenus est envisagé.
- Un appui psychologique car certaines femmes retournent en salle d'accouchement après leur retour à domicile pour chercher le soutien de Béatrice
- Des explications pour élargir le dépistage à l'ensemble du foyer

b. Devenir des femmes dépistées séropositives en salle de naissance de l'HPRC et « perdues de vue »

Au total, depuis avril 2012, 96 femmes ont été dépistées séropositives en salle de naissance. On déplore **31 femmes perdues de vue (32%)**. Parmi elles :

- 4 ont eu un résultat douteux qui n'a pu être contrôlé car elles sont parties de l'hôpital avant le contrôle
- 4 femmes ont été dépistées séropositives pendant les week-ends et sont rentrées sans être vues par la médiatrice de santé mais leurs enfants ont eu la Névirapine à la naissance
- 4 se sont « évadées » de l'HPRC, laissant leurs bébés à la maternité
- 14 femmes affirment vouloir se faire prendre en charge ailleurs et nous n'avons pas d'éléments de suivi :
 - o une est allée à la Clinique Prince Louis Rwagasore
 - o certaines souhaitent réfléchir pour le lieu de suivi
 - o d'autres connaissent déjà leurs statuts sérologiques (au moins 4) et sont déjà prises en charge dans d'autres structures
 - o d'autres veulent un suivi en dehors du CPAMP de l'HPRC pour des raisons différentes qu'elles n'avouent pas
- 3 femmes ont été transférées par le CPAMP :
 - o 1 a été transférée à Ngozi
 - o 1 à Muyinga
 - o nous n'avons pas l'information pour la troisième
- 2 femmes sont décédées

Concernant les résultats des PCR des enfants :

- 25 couples « mère-enfant » ont été perdus de vue avant la 1^{ère} PCR à 6 semaines de vie
- 6 perdues de vue après PCR

Parmi les 21 PCR disponibles : **2 sont positives (9,5%)** :

- un enfant avait une mère avec une immunodépression sévère (stade IV de l'OMS) qui est décédée
- pour le deuxième, une luetectomie traditionnelle a été réalisée à l'enfant et la mère a continué l'allaitement

c. base de données ACCESS « Dépistage en salle de naissance »

La base de données ACCESS mise en place par l'équipe de TEC du COREVIH du CHU de Rennes en mai 2014 est remplie parfaitement depuis le début du mois de juillet par Béatrice la médiatrice de santé. Il faudra déterminer la durée de ce recueil de données car le remplissage est très chronophage : Béatrice consacre 2 jours par semaine pour le remplissage de la base et le retard est important lors des congés.

2. Dépistage en salle de naissance au CHUK (chef de poste : Mme Espérance)

Comme lors des missions précédentes, nous avons constaté le « retard » de la mise en place du dépistage en salle de naissance au CHUK par rapport à l'HPRC. Cependant, depuis juillet 2014, une médiatrice du CMC du CHUK a été affectée par Mme Phigénie, l'infirmière responsable du CMC, à la salle de naissance. Il semblerait que cela ait bien amélioré l'activité puisque 85 tests ont été faits en juillet 2014. Néanmoins, nous avons discuté avec Mme Phigénie des horaires de la médiatrice et de la « non-réalisation » des tests en dehors de ses heures de travail. Là encore nous souhaitons que l'obtention des financements pour le projet FIERES puisse améliorer le dépistage en salle de naissance au CHUK.

○ Chiffres

Tableau 5 : Dépistage en salle de naissance au CHUK (césariennes et accouchements voie basse)

	Nb tests faits/mois	Nb positifs	% tests positifs	Nb de ttt/NVP aux enfants *	Nb d'accouchements	Nb de césariennes
févr-13	2	2	100%	16	ND***	ND
mars-13	15	1	7%	19	ND	ND
avr-13	5	1	20%	17	ND	ND
mai-13	6	3	50%	12	ND	ND
juin-13	0			12	ND	ND
juil-13	4	3	75%	13	335	ND
août-13	2	0	0%	16	ND	ND
sept-13	4	2	50%	10	356	94
oct-13	3	1	33%	6	269	ND
nov-13	0			16	272	84
déc-13	4	1	25%	9	257	72
janv-14	0			12	244	101
févr-14	0			ND	305	91
mars-14	0			ND	198	98
avr-14	2	0	0%	ND	225	83
mai-14	18	1	6%	ND	212	91
juin-14	2	0	0%	ND	251	87
juil-14	85	1	1%	ND	ND	ND
01/08 au 19/08/14	35	1	3%	ND	ND	ND

* correspond aux patientes connues séropositives avant l'accouchement + celles nouvellement dépistées en salle d'accouchement

**ND : données non disponibles

3. Projet d'extension aux autres structures : appel à projet de la fondation *Positive Action For Children*, projet « FIERES » (Femmes Infectées par le VIH et leurs Enfants, un REseau de prise en charge Solidaire)

Comme présenté précédemment, nous avons répondu à un appel à projet de la Fondation VIIV (Positive action For Children). Ce projet à base communautaire dont l'objectif est d'amener les femmes dépistées en salle d'accouchement positives pour le VIH à une meilleure prise en charge et une meilleure prévention pour elles et pour la communauté dont elles sont issues, est porté par un consortium d'associations burundaises ainsi que par les centres hospitaliers de Rennes, de Laval et de La Roche sur Yon. La concept-note a été acceptée et le projet final a été envoyé le 06 août 2014.

HYGIÈNE/APPS

1. Mise en œuvre du projet de surveillance des infections du post-partum chez les femmes parturientes de la maternité de l'HPRC

Nous avons travaillé avec Emmanuel du service d'hygiène hospitalière de l'HPRC et le Dr Mamboleo, gynécologue ayant pris en charge l'enquête de surveillance des infections du post-partum sur la base EPI INFO de recueil des données. Effectivement, il y avait quelques erreurs de saisie liées à la non-considération de certaines données car correspondant à des pathologies très peu fréquentes. Cependant, médicalement, ces données étaient de très haute importance comme les 2 cas d'endométrites qui n'avaient pas été retenus.... Nous avons donc revu toutes les variables et Emmanuel communiquera très rapidement le fichier EPI INFO corrigé.

2. Prise en charge des infections ostéo-articulaires en chirurgie orthopédique à l'HPRC (Théophile Nkeshia)

Le Dr Nkeshia a été rencontré afin de discuter de l'enquête réalisée dans son service par Guillaume Ménard, interne en pharmacie au CHU de Rennes en juillet 2014.

Ce qui ressort de l'entretien :

- **le « protocole d'antibiothérapie »** qu'il utilise le plus est « ampicilline IV (1gx3 par jour) + flagyl IV ou per os (500mgx3 par jour) +/- gentamicine IV (80mg, 2 fois par jour, non définie en fonction du poids du patient ?) si la personne n'est pas « âgée », pas diabétique ou si un taux de créatinine est disponible et qu'il n'y a pas d'insuffisance rénale. La durée n'est pas définie au départ mais en fonction de l'évolution. Ses justifications pour utiliser d'emblée une association d'antibiotiques sont que :
 - les plaies sont souvent souillées
 - les ostéites prises en charge sont chroniques et souvent plurimicrobiennes
- **le problème financier des patients** qui peuvent difficilement payer une antibiothérapie IV longue ce qui entraîne la simplification nécessaire de l'antibiothérapie voire l'arrêt ou la mise en attente...
 - c'est ainsi que le passage « per os », avec des antibiotiques moins coûteux est souvent réalisé : du protocole « ampicilline IV + flagyl IV +/- gentamicine IV », on passe à :
 - flamox (amoxicilline+flagyl) per os
 - flagyl + oxacilline per os
 - flagyl seul
 - on noté également une diminution du nombre d'antibiotiques (le Flagyl est stoppé en dernier), voire l'arrêt total

- **le problème des analyses bactériologiques** : il n'y a que très rarement des prélèvements chirurgicaux à visée bactériologique de réaliser car :
 - o la réalisation est coûteuse
 - o la fiabilité des résultats est mauvaise selon lui
- le Dr Théophile insiste particulièrement **sur l'intérêt des soins locaux** dans un contexte où l'antibiothérapie est difficilement disponible (disponibilité des molécules et coûts) : il préconise la réalisation des pansements aspiratifs si cela pouvait être possible au Burundi. Nous discutons également des pansements « au sucre » qu'il a réalisés au Congo mais qu'il ne fait pas ici, car ce « n'est pas l'habitude ».

Par ailleurs, nous n'avons pas pu compléter les données sur les quantités d'antibiotiques utilisés par les services de l'HPRC car il n'a pas été possible de s'entretenir une seconde fois avec la Pharmacienne de l'HPRC qui voulait des précisions lors du premier entretien.

Par contre, nous avons discuté avec le **personnel du laboratoire de bactériologie**, notamment au sujet des prélèvements chirurgicaux et des antibiogrammes. Ils ne reçoivent que très peu de prélèvements chirurgicaux, moins d'une dizaine par mois... Ils réalisent quelques antibiogrammes mais ont fréquemment des ruptures de stocks de pastilles d'antibiotiques... Les résultats disponibles d'antibiogrammes correspondent plutôt à des ECBU (Examen cyto bactériologiques des urines), mais les résistances des entérobactéries aux antibiotiques sur les quelques échantillons sont assez alarmantes : sur 14 antibiogrammes d'*Escherichia coli*, 6 sont résistantes aux fluoroquinolones, 4 aux aminosides (gentamicine), 4 aux furanes. Pour les *Klebsiella Pneumoniae*, sur 9 échantillons disponibles, 5 sont résistantes aux fluoroquinolones, 6 aux aminosides, et 1 de résistance intermédiaire à la gentamicine. Sur 5 staphylocoques dorés, 3 étaient des SARM... Le *Pseudomonas aeruginosa* étudié était résistant à l'amikacine...

La situation microbiologique est donc très inquiétante dans un contexte où les prélèvements et les antibiogrammes sont loin d'être la règle : l'antibiothérapie probabiliste peut donc facilement être mise en échec... Une prochaine mission du service d'hygiène du CHU de Rennes va étudier ces problèmes de résistance bactérienne.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Sur le bilan de l'appui à la PTME au CMC Buyenzi et au CHUK :

- Au CMC Buyenzi :
 - o la prise en charge de la PTME ne pose à ce jour pas de problèmes fondamentaux et les résultats sont bons ; néanmoins on déplore toujours des pertes de vue et l'évaluation de l'action rendue difficile par l'impossibilité de faire les PCR des enfants « à temps », ce qui peut être catastrophique dans le cas d'enfants infectés
 - o il est nécessaire de mieux remplir et utiliser SIDA INFO pour pouvoir s'affranchir de la base ACCESS utilisée jusqu'alors
 - o la maternité est toujours très problématique
 - o le poste de Seconde, la médiatrice est à ré-envisager
- Au CMC du CHUK, les bâtiments sont « là », mais non utilisés...

Sur le dépistage en salle de naissance :

- A l'HPRC, le dépistage est devenu systématique. Cependant, un travail est nécessaire pour accompagner les femmes séropositives et des moyens sont nécessaires. On ne peut pas accepter de découvrir des séropositivités et de ne pas pouvoir faire le nécessaire pour que l'enfant ne soit pas infecté ou que la femme décède de son VIH avec son enfant en bas âge...
- Au CHUK, il existe un retard important au dépistage, mais depuis 2 mois, les choses semblent changer, et les femmes sont plus dépistées.... On est cependant loin de pouvoir évaluer le suivi post-dépistage et post-accouchement.

Sur les projets APPS, les constatations des différentes études permettront d'envisager des stratégies de prise en charge et d'antibiothérapies en lien avec les médecins burundais pour essayer d'améliorer le post-opératoire. Nous sommes encore dans une phase préliminaire.

Annexe 1

PROTOCOLE POUR LE TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL EN SALLE DE NAISSANCE

Pour les femmes dépistées séropositives en salle de naissance :

1) La femme doit recevoir **1 comprimé d'ATRIPLA** dès la confirmation de la séropositivité, après explications sur l'intérêt du traitement, quelque soit l'heure, même si c'est le matin

2) Au coucher, le soir de l'accouchement :

- a. La femme reçoit un autre comprimé d'ATRIPLA si le premier a été pris **depuis plus de 12H**
- b. Si le premier comprimé a été pris **depuis moins de 12H**, le second comprimé d'ATRIPLA ne sera pris qu'au moment du coucher la nuit suivante

En pratique, si le premier comprimé d'ATRIPLA est pris après 10H du matin, le second ne sera pris qu'au moment du coucher la nuit suivante.

Par la suite, le comprimé sera pris tous les soirs au coucher.

RAPPORT DE MISSION AU BURUNDI

9 AU 16 NOVEMBRE 2014

FINANCEMENT ET COUT DE LA MISSION

Financement de la mission: Société Française de Lutte contre le Sida

Coût¹ : 2 456.45 €

CADRE DE COOPERATION: STRUCTURES PARTENAIRES AU COURS DE CETTE MISSION

Au Burundi

- Université du Burundi
- Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)
- Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi (CMC Buyenzi)
- Association Nationale de Soutien aux patients séropositifs (ANSS)
- SWAA-Burundi
- Centre National de Référence du VIH-Sida au Burundi

En France

- Société Française de Lutte contre le Sida
- CHU de Rennes
- ESTHER
- Région Pays de Loire
- COREVIH-Bretagne

PARTICIPANT

- Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes, Université Rennes 1, Société Française de Lutte contre le Sida

TERMES DE REFERENCES DE LA MISSION

1. Enseignement au **diplôme inter-universitaire** de prise en charge multidisciplinaire des patients vivant avec le VIH-Sida dans la région des grands lacs.
2. Organiser avec **l'Université du Burundi** l'arrivée d'externes (M4 et M5) de l'Université de Rennes 1 au 1^{er} trimestre 2015.
3. Faire le point sur les projets en partenariat **ESTHER**
4. Soutenir la **SWAA-Burundi** dans la mise en place du projet FIERES en partenariat avec la **Fondation Positive Action for Children**
5. Organiser une RCP des dossiers complexes avec indication potentielle de génotypage et récolter les échantillons si nécessaire.

¹ Billet d'avion, per diem, visa.

PRINCIPAUX CONTACTS AU COURS DE LA MISSION

- Dr **Jérémie Biziragusenyuka**, coordonnateur ESTHER
- Dr **Séraphine Ntizahuyve**, directrice du CMC Buyenzi
- Dr **Janvière Nzorijana**, coordinatrice médicale, SWAA Burundi
- Dr **Scholastique Manyundo-Risase**, médecin directrice du CPAMP de l'HPRC, Francine Karemera, médecin au CPAMP-HPRC.
- Dr **Séraphine Ntizahuyve**, CMC-Buyenzi.

COMPTE-RENDU DE LA MISSION

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH DANS LA REGION DES GRANDS LACS

Le DIU a obtenu pour 3 ans un financement de la fondation Heineken, qui lui permettra de reprendre les invitations d'enseignants africains francophones à compter de juin 2015 (début de la 10^{ème} promotion). Au 1^{er} trimestre 2015, une réunion de bilan et de coordination du DIU sera organisée à Rennes avec les membres de l'université Paris XIII, afin de faire le point sur ces 10 ans d'enseignement et de remodeler/adapter le programme.

Tous les étudiants de la promotion 8 qui ont passé l'examen final en novembre 2014 ont été reçus, avec des notes plutôt meilleures que ce que laissait escompter les interrogations orales réalisées au cours des sessions.

La session de novembre 2014 a été particulièrement chargée en cours, le Pr. Christian Courpotin en charge du volet pédiatrique/PTME n'ayant pu, exceptionnellement, faire le déplacement.

En parallèle du DIU, il existe une forte demande pour que nous organisions une semaine de formation autour des hépatites, notamment pour préparer l'arrivée imminente des génériques de l'association sofosbuvir/ledipasvir dans le domaine du VHC mais également pour revoir les bases du suivi de l'hépatite B. Cette session de formation pourra avoir lieu soit la 1^{ère} (de préférence du fait de la présence des deux promotions du DIU) soit la 2^{nde} semaine du DIU.

Actions à prévoir : Fixer la date de la réunion d'organisation du 1^{er} trimestre 2015, contacter les intervenants pressentis pour la session de juin 2015 afin qu'ils bloquent d'ores et déjà les dates sur leurs agendas.

PROJET « FIERES » - FONDATION POSITIVE ACTION FOR CHILDREN

Le projet FIERES, dont la concept-note avait été acceptée au 1^{er} semestre 2014, a obtenu son financement pour un montant de 230 000 €. Une première réunion a été organisée par la SWAA afin de proposer un plan d'action conforme à ce financement (le montant demandé initialement était de 380 000 €). Le volet « formation des acteurs » ayant été un peu surestimé dans le projet initial, la SWAA a été en mesure de proposer un projet à impact identique (même champ d'action, même volume de personnes accompagnées) avec un financement moindre, en diminuant cette partie formation. La prochaine étape est de réunir l'ensemble des acteurs burundais (ANSS, La Nouvelle Esperance, Le RBP+, le CHUK, l'HPRC, la clinique Prince Louis Rwagasore, le CMC-Buyenzi) afin de leur proposer ce nouveau budget, puis de recruter le coordonnateur général du projet pour les trois ans à venir.

En parallèle, afin de fournir un soutien au projet dans le cadre du fonctionnement habituel de nos partenariats Sud/Nord, les CH de Laval (Dr Linda Lassel, gynécologue, pour l'accompagnement du CHUK) et La Roche-sur-Yon (Dr Guimard, infectiologue, pour l'accompagnement de la clinique Prince Louis Rwagasore) ont été contactés et sont volontaires dans le cadre de ce projet. Ce soutien de deux hôpitaux pourrait être pris en charge par la région des pays de la Loire, qui a été rencontrée (Shabanna Ferga, déléguée générale et Kevin Kiffer, en charge des projets « Santé ») : un dossier de demande de financement va être déposé.

Le financement de ce projet par la fondation PAC va permettre de maintenir dans son poste Seconde, médiatrice de santé au CMC-Buyenzi, dont le salaire était pris en charge par la fondation GSK dans le cadre du projet mère-enfant et qui sera maintenant pris en charge par le projet FIERES.

Actions à prévoir : Organiser en France une réunion de coordination des acteurs Nord du projet, et réaliser la demande de financement pour les Pays de Loire. Le Dr Hélène Leroy (réseau Louis Guilloux), qui suit plus

particulièrement les projets PTME au Burundi dans le cadre du partenariat, est en charge de coordonner cette partie.

CPAMP HPRC

La majorité du temps imparti à cette mission ayant été consacré au DIU (8 ½ journées du 10...), l'accompagnement du projet CPAMP a été très rapide. La priorité 2015 est de réaliser un nettoyage de la base de données SIDA-INFO, notamment pour disposer enfin de données fiables concernant les patients suivis mais n'étant pas sous antirétroviraux, le volume de ces patients au sein de la file active étant très probablement largement surestimé, du fait de l'absence de sortie de base de ces patients depuis l'initiation de celle-ci. A titre d'exemple, sur 14 dossiers, ressortis le 12 novembre, de patients présents dans la base mais ne recevant pas d'antirétroviraux, aucun ne semblait être encore suivis au CPAMP... En parallèle de ce nettoyage de base, un projet de manuel d'utilisation simple va être mis en place en phase pilote sur les sites ESTHER puis généralisé à l'ensemble du pays en cas de satisfaction des acteurs. Ces actions sont menées en partenariat avec le COREVIH-Bretagne, qui finance les missions des techniciens d'étude clinique en charge de la réalisation de ce volet du projet (cf. rapport de mission spécifique).

L'une des demandes du CPAMP est d'être mieux accompagné concernant les volets pédiatriques de leur prise en charge, mais les financements actuels avec ESTHER ne permettent pas d'envisager de soutenir les actions proposées (création d'une unité spécifique, organisation d'un terrain de jeux comme cela a été fait au CMC-Buyenzi avec le projet Fondation GSK...). D'autres financements doivent être recherchés activement pour ce volet.

Actions à prévoir : voir avec Emmanuel Kamo à la BRARUDI si un volet pédiatrique est potentiellement finançable par la fondation Heineken.

CMC BUYENZI

Le non démarrage de l'activité de la maternité a été le point essentiel de la discussion au CMC-Buyenzi. Il semble y avoir deux obstacles : l'absence de lits « corrects » (deux lits en bois très moyens disponibles actuellement) et l'absence de matériel d'examen et de prise en charge du nouveau-né. Après discussion avec Séraphine Ntizahuyve, directrice du centre, il pourrait y avoir une certaine réticence des femmes enceintes à venir accoucher du fait du caractère « nouveau » de la structure.

Le CMC Buyenzi accueillera une interne SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) de l'Université de Rennes 1 à compter de début janvier 2015 (Anne Sophie Villain) et deux externes (à partir de la dernière semaine de janvier 2015). Anne Sophie Villain aura pour mission d'aider le CMC Buyenzi à trouver les solutions pour que l'activité de maternité puisse débiter. Par ailleurs, l'arrivée de 10 jeunes médecins en formation pour 6 mois dans le cadre du projet de Family Health International (FHI 360) devrait faciliter l'encadrement des futurs externes. En effet, l'encadrement d'une étudiante venue sur la base du volontariat en août-septembre 2014 n'a pas donné toute satisfaction.

Actions à prévoir : Faire en sorte que l'année 2015 soit celle du fonctionnement normal de la maternité. Les lits vont être achetés sur les fonds propres du CMC Buyenzi, essayer de trouver une solution avec l'équipe de pédiatrie en France et le soutien de la pédiatrie du CHUK pour le matériel « d'accueil » du bébé.

REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE – ANSS/HPRC

Deux réunions de discussions de dossiers ont pu être organisées au cours de la semaine, l'une avec l'équipe CPAMP de l'HPRC (3 dossiers analysés, discussion d'un résultat de séquençage antérieurement réalisé) et l'autre avec l'équipe de l'ANSS (5 dossiers analysés, un séquençage à réaliser par le laboratoire de virologie du CHU de Rennes).

ECHANGES UNIVERSITAIRES – ETUDIANTS DE 4^{EME} ET 5^{EME} ANNEE DE LA FACULTE DE MEDECINE DE RENNES

Les échanges d'étudiants sont une richesse importante de la vie universitaire des projets, sous plusieurs aspects : ils permettent à des étudiants curieux de modes d'activités différents de s'imprégner d'autres visions ; ils leur permettent de prendre en charge des pathologies dont ils entendent beaucoup parler (paludisme, tuberculose)

mais qu'ils sont peu à même de prendre en charge pendant leurs études ; ils permettent de créer des liens informels qui par la suite soutiennent le socle de l'ensemble des projets. Depuis la fin de la guerre civile, aucun étudiant n'avait été accueilli dans le cadre d'échanges formalisés. Nous avons réintroduit ces échanges en 2012 avec les premiers accueils d'internes de médecine générale dans le cadre de leur stage SASPAS. En 2015, nous reprendrons l'accueil au Burundi d'externes de 4^{ème} et 5^{ème} année. La décision d'autoriser de nouveau cet accueil avait été anticipée par la signature d'une nouvelle convention entre l'université du Burundi et l'Université de Rennes 1 en 2010, et a été précipitée par la disparition temporaire des possibilités d'accueil en Guinée-Conakry du fait de l'épidémie actuelle de virose Ebola. L'un des principaux freins à l'accueil de ces externes est la difficulté à obtenir un encadrement effectif par des médecins séniors, les effectifs des structures sanitaires au Burundi étant particulièrement pauvres. Néanmoins, en liant la venue de ces étudiants aux sites d'activité ESTHER où des médecins sont présents, nous pensons pouvoir garantir l'encadrement de base minimum à leur épanouissement professionnel. Les 6 volontaires ont été rencontrés en France le 18 novembre 2015 et se répartiront de la façon suivante :

- 2 étudiants CHUK (Dr Floride Kankindi et Dr Thierry Nahimana): Marie LEFEVRE et Claire BILLY
- 2 étudiants l'hôpital Prince Régent Charles (Dr Scholastique Manyundo-Risase et Francine Karemera) : Louis-Marie DUREL et Kevin GOURBEYRE-MASSON
- 1 étudiant au Centre de médecine communautaire de Buyenzi (Dr Séraphine Ntizahuyve) : Marine DANES
- 1 étudiante en gynécologie-obstétrique au CHU Kamenge (Dr Jeanne Odette Nyongere) : Anne-Samia WEHBE

En pratique, afin de faciliter leur venue, la prochaine mission de coordination des projets sera calée la semaine de leur arrivée au Burundi.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Cette mission a été essentiellement consacrée aux aspects d'enseignements, avec d'une part les interventions au DIU des grands lacs, et d'autre part la préparation de l'arrivée des futurs stagiaires externes et internes de l'Université de Rennes 1.

Les prochaines missions prévues dans le cadre des projets avec le CHU de Rennes/Université de Rennes 1:

- Mission de coordination générale des projet, accompagnée d'une mission « tuberculose » du 26 au 31 janvier 2015 ;
- Mission interne SASPAS de début janvier à fin février 2015 (CMC-Buyenzi)
- Mission de 6 externes de l'Université de Rennes du 26 janvier au 23 avril 2015
- Mission DIU du 16 au 21 juin 2015

LISTE DES ACRONYMES

ANSS:	Association Nationale de soutien aux séropositifs
APRODIS	Appui aux Programmes de Décentralisation et d'Intensification de la lutte contre le Sida
ARV:	Antirétroviraux
BAD:	Banque Africaine de Développement
BM :	Banque Mondiale
CAMEBU:	Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi
CDS:	Centre De Santé
CDV:	Centre de Dépistage Volontaire
CHUK:	Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge
CMC:	Centre de Médecine Communautaire
CNLS:	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNR:	Centre National de Référence en matière du VIH au Burundi
COREVIH-Bretagne :	Coordination Régionale de la lutte contre le VIH en Bretagne
CPN :	Consultation Pré Natale
CPAMP :	Centre de Prise en charge Ambulatoire Multidisciplinaire des Personnes vivant avec le VIH
CPLR :	Clinique Prince Louis Rwagasore
CTB :	Coopération Technique Belge
CV:	Charge Virale
DGOS :	Direction Générale de l'Organisation des Soins (Ministère de la santé, France)
DIU :	Diplôme Inter Universitaire
ETP:	Education Thérapeutique
FM ou GF :	Fonds Mondial de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (Global Fund)
FVS:	Famille pour Vaincre le Sida
HPRC:	Hôpital Prince Régent Charles
INSP:	Institut National de Santé Publique
IO:	Infections Opportunistes
IST:	Infection Sexuellement Transmissible
MAE :	Ministère des Affaires Etrangères (France)
MIG :	Mission d'Intérêt Général
MSPLS:	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le sida (Burundi)
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA :	Organisation des Nations Unies contre le SIDA
PVVIH:	Personnes Vivant avec le VIH
PTME:	Prévention Transmission Mère à l'Enfant
RAF :	Réseau Africain des Formations sur le VIH-SIDA
RBP+:	Réseau Burundais des personnes vivant avec le VIH
SASPAS :	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SHA :	Solution Hydro-Alcoolique
SWAA:	Society for Women against AIDS in Africa
TB:	Tuberculose
USAID:	United States Agency for International Development
UNICEF:	United Nations Children's Emergency Fund
UE:	Union Européenne
VHB :	Virus de l'hépatite B
VHC:	Virus d'Hépatite C
VIH:	Virus d'Immunodéficience Humaine
VAD:	Visite à Domicile

RAPPORT DE MISSION AU BURUNDI

TEC – COREVIH BRETAGNE

07 AU 14 NOVEMBRE 2014

FINANCEMENT ET COUT DE LA MISSION

COREVIH Bretagne

Coût¹ : 4750 €

CADRE DE COOPERATION: STRUCTURES PARTENAIRES AU COURS DE CETTE MISSION

Au Burundi

- CHU Kamenge de Bujumbura (CHUK)
- Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)
- Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS)
- Centre National de Référence du VIH au Burundi (CNR)
- Society for Women against Aids in Africa (SWAA)
- Ecole Normale Supérieure (ENS)

En France

- CHU de Rennes
- ESTHER

PARTICIPANT

Jennifer Rohan et Jean Charles Duthé, techniciens d'études cliniques du COREVIH-Bretagne

TERMES DE REFERENCES DE LA MISSION

Cette mission fait suite à celle de Juin 2014. Elle avait pour objectif principal l'élaboration d'un manuel utilisateur pour SIDA-INFO.

De plus, elle avait pour objectifs secondaires de :

- Résoudre le problème du dysfonctionnement de la base de données installée en néonatalogie au CHUK
- Récupérer une copie de la Base de donnée de suivi d'accouchement à l'HPRC

PRINCIPAUX CONTACTS AU COURS DE LA MISSION

- Dr Jérémie Biziragusenyuka, coordonnateur ESTHER
- Marie Bizimana, chef de poste service de Soins Intensifs – Néonatalogie CHUK
- Révocate Nishirimbere, Infirmière service de Soins Intensifs – Néonatalogie CHUK

¹ Billet d'avion, per diem, visa, vaccin fièvre jaune

- Jocelyne, secrétaire, en charge de la base de données SIDA INFO au CPAMP CHUK
- Cyril Nisubire, en charge de la base de données SIDA INFO au CPAMP à l'HPRC
- Liliane, collègue de Valentin CNLS
- Béatrice, médiatrice à la salle de naissance HPRC
- Valentin Nitereka, responsable du programme SIDA INFO CNLS
- Patrik Gateretse, chargé du contrôle qualité du projet leDEA, CNR
- Henriette Manishimwe, coordinateur de la plateforme d'écoute de la SWAA
- Nicolas, écoutant de la SWAA

COMPTE RENDU DE LA MISSION

OBJECTIF PRINCIPAL

Nous avons rencontré Valentin et Liliane au CNLS afin de récupérer la dernière version de la base SIDA-INFO et de définir avec eux les modalités d'élaboration du manuel utilisateur.

Nous avons eu un problème d'incompatibilité entre la base SIDA-INFO et la version de Windows 7 (64 Bits) installée sur nos ordinateurs Macintosh. Le problème a été résolu grâce à Jérémie qui nous a prêté pour la semaine son ordinateur portable sur lequel nous avons pu installer la base.

Nous avons récupéré l'ébauche du Manuel utilisateur (de l'ancienne version de SIDA-INFO), en version informatique.

Une grande partie de la mission a été consacré à la rédaction du manuel.

Nous avons revu Liliane le jeudi après-midi pour faire le point sur l'avancement du manuel et pour lui faire part des problèmes rencontrés à l'utilisation de SIDA-INFO. Nous n'avons pas revu Valentin car il était en mission tout le reste de la semaine.

Nous lui avons présenté l'ébauche du manuel et la maquette afin d'avoir son aval pour continuer dans ce sens. Elle nous a donné son accord. Il a été décidé de poursuivre l'écriture du manuel avec des envois réguliers à elle et Valentin. Nous devons également leur envoyer la fiche des remarques concernant les dysfonctionnements de la base.

Nous avons rencontré de façon fortuite Cyril à l'ENS (qui suivait le DU). Il nous a informé qu'il n'était plus à l'HPRC mais à la SWAA toujours en tant que médiateur de santé. Il a d'ailleurs monté une association : les médiateurs de santé du Burundi et cherche des associations partenaires en France.

Nous avons déjeuné avec lui en fin de semaine afin de lui présenter la maquette du manuel pour qu'il nous apporte ses connaissances sur l'utilisation de la base et les besoins des utilisateurs. Il nous fait remarquer qu'il faudrait prendre en compte l'organisation des pharmacies pour la gestion des stocks de médicaments afin de savoir si ce volet doit apparaître dans le manuel en cours de construction.

Nous avons également rencontré Jocelyne (secrétaire médicale) au CPAM du CHUK pour discuter de la saisie dans SIDA-INFO afin d'adapter au mieux le manuel aux utilisateurs. L'idée du manuel lui a plu.

Nous sommes repassé la voir dans la semaine afin de lui présenter la maquette du manuel utilisateur SIDA-INFO. Cela semble convenir au besoin des utilisateurs.

Une rencontre avec Patrick a eu lieu au CNR pour faire le point sur les données indispensable à faire apparaître dans le manuel utilisateur SIDA-INFO dans le cadre du projet leDEA, afin d'insister sur ces données dans le manuel, selon lui, tout est indispensable !

La maquette lui a été présentée. L'idée lui paraît intéressante à condition de ne faire l'impasse sur aucune donnée.

Réalisation d'un plan du manuel après étude de la base SIDA-INFO.

Nous avons décidé de centrer ce premier manuel sur la prise en charge du patient.

Plan proposé (Division en plusieurs manuels car ce sont des utilisateurs différents qui sont concernés):

- un manuel prise en charge – Division du manuel en 4 onglets
 - o Admission du patient
 - o Suivi du patient
 - o PTME
 - o Sortie / Retour dans la base
- un manuel stocks des médicaments
- un manuel statistique

L'idée serait de faire un livret avec un maximum de 20 pages avec classement des sous-parties par onglet de couleur, l'idée étant de faire un manuel attractif et facile d'utilisation.

Action à prévoir :

Validation du manuel par l'équipe du CNLS

Test du manuel à l'HPRC et au CHUK

Diffusion du manuel

Développer 2 nouveaux manuels

- gestion de stock
- Statistiques

OBJECTIFS SECONDAIRES

Un volet « Base de données complémentaires » a également été un des objectifs de cette mission.

➡ Base de données pour les accouchements en salle de naissance à l'HPRC

Récupération de la base de salle de naissance à l'HPRC. Bilan avec Béatrice après 6 mois d'utilisation. A première vue, la base semble très bien remplie, à confirmer après avoir analysé le taux de données manquantes. Certain point sur la saisie ont été revus avec Béatrice en particulier la saisie de l'enfant car la partie « suivi de l'enfant » n'était pas clairement visible. Il a été convenu de saisir dans le champ « nom » le code suivant : « bb code de la mère » car à ce stade l'enfant n'a pas encore de nom définitif. Elle semble satisfaite de la base. Nous lui avons proposé de revoir le module « bilan » afin qu'il corresponde à son rapport mensuel.

Action à prévoir :

Réaliser un contrôle qualité.

Développer sur la base un rapport mensuel automatisé

➡ Base de données de Néonatalogie au CHUK

Rencontre avec Marie (infirmière chef de poste) dans le service de Néonatalogie du CHUK pour résoudre les problèmes de la base de données. Le numéro ne s'incrémente pas automatiquement et problème rencontré dans la création d'un nouveau patient. L'enregistrement ne se fait pas.

Proposition de la nouvelle base créée en amont de la mission et acceptation car le numéro s'incrément automatiquement lors de la saisie d'une nouvelle fiche. Le formulaire est proposé sur une seule page et semble plus simple d'utilisation.

Quelques modifications nous ont été demandées :

- ajouter un champ texte pour « malformation »
- ajouter « retour à domicile » dans la liste déroulante « Etat de sortie de l'enfant »
- ajouter un bouton « enregistrer »
- possibilité de supprimer un enregistrement en cas de doublon
- Proposition de créer une fiche procédure pour l'utilisation de la base.

Après avoir fait toutes les modifications souhaitées nous avons mis en place la base néonate au CHUK accompagnée de son livret utilisateur (en version informatique). Nous avons également formé Marie à son utilisation.

Nous avons pu récupérer l'ancienne base qui avait été créé par T. Jovelin, Data manager à Nantes. Pour éviter des confusions de base nous l'avons supprimé du poste informatique du CHUK.

En fin de semaine nous avons pu former Révocate, une infirmière du service à l'utilisation de la base de données et déposer la version imprimée du livret utilisateur.

Action à prévoir :

Réaliser un contrôle qualité.

Développer sur la base un rapport mensuel automatisé

➡ Partage d'expérience à l'association la SWAA

Rencontre avec Henriette et Nicolas. Henriette nous a présenté les différentes actions de la SWAA et en particulier leur travail sur la ligne d'écoute (équivalent SIS, en France). Nous avons en particulier discuté sur les différences qu'il pouvait avoir entre la France et le Burundi sur la condition des homosexuels.

Rencontre avec Marie, de la SWAA, elle nous fait part des difficultés à l'élaboration d'un rapport d'activité concernant le dépistage à la SWAA car aucune informatisation des données. Tout est comptabilisé manuellement.

Action à prévoir :

Faire un bilan des besoins informatique à la SWAA

Faire le point des données nécessaires à recueillir lors du dépistage

Réalisation d'une base de données dédiée au dépistage (mission 2016...)

CONCLUSION

Les objectifs de la mission on en partie été atteint.

Le manuel utilisateur n'a pas pu être finalisé à cause de « bugs » sur la version de la base SIDA-INFO qui avait été installée sur notre ordinateur. La finalisation du manuel est prévue pour fin 2014, début 2015.

La base de néonatalogie a été remplacée et une partie du personnel a été formée.

La base de la salle d'accouchement a été récupérer afin de regarder le taux de remplissage de la base et les données manquantes.

En fin de mission, nous avons réalisé un répertoire des contacts que nous avons au Burundi.

Objectifs de la prochaine mission :

- Faire tester le manuel aux utilisateurs dans les principaux centres à Bujumbura (HPRC, CHUK)
- Faire le contrôle qualité de la base de néonatalogie au CHUK
- Faire le contrôle qualité de la base de la salle d'accouchement à l'HPRC
- Développer et installer les volets « rapports mensuels » de chaque base de données complémentaires
- Rencontre les acteurs de la SWAA afin de faire un état des lieux de leur besoin informatique

LISTE DES ACRONYMES HABITUELLEMENT UTILISES DANS LES RAPPORTS DE MISSION

ANSS:	Association Nationale de soutien aux séropositifs
APRODIS	Appui aux Programmes de Décentralisation et d'Intensification de la lutte contre le Sida
ARV:	Antirétroviraux
BAD:	Banque Africaine de Développement
BM :	Banque Mondiale
CAMEBU:	Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi
CDS:	Centre De Santé
CDV:	Centre de Dépistage Volontaire
CHUK:	Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge
CMC:	Centre de Médecine Communautaire
CNLS:	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNR:	Centre National de Référence en matière du VIH au Burundi
COREVIH-Bretagne :	Coordination Régionale de la lutte contre le VIH en Bretagne
CPN:	Consultation Pré Natale
CPAMP:	Centre de Prise en charge Ambulatoire Multidisciplinaire des Personnes vivant avec le VIH
CTB	Coopération Technique Belge
CV:	Charge Virale
DGOS :	Direction Générale de l'Organisation des Soins (Ministère de la santé, France)
DIU :	Diplôme Inter Universitaire
ETP:	Education Thérapeutique
FM :	Fonds Mondial
FVS:	Famille pour Vaincre le Sida
HPRC:	Hôpital Prince Régent Charles
INSP:	Institut National de Santé Publique
IO:	Infections Opportunistes
IST:	Infection Sexuellement Transmissible
MAE :	Ministère des Affaires Etrangères (France)
MIG :	Mission d'Intérêt Général
MSPLS:	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le sida (Burundi)
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA :	Organisation des Nations Unies contre le SIDA
PVVIH:	Personnes Vivant avec le VIH
PTME:	Prévention Transmission Mère à l'Enfant
RAF :	Réseau Africain des Formations sur le VIH-SIDA
RBP+:	Réseau Burundais des séropositifs
SHA :	Solution Hydro-Alcoolique
SI :	Soins Intensifs
SWAA:	Society for Women against AIDS in Africa
TB:	Tuberculose
USAID:	United States Agency for International Development
UNICEF:	United Nations Children's Emergency Fund
UE:	Union Européenne
VHB :	Virus de l'hépatite B
VHC:	Virus d'Hépatite C
VIH:	Virus d'Immunodéficience Humaine
VAD:	Visite à Domicile



SANTE MATERNELLE NEONATALE ET INFANTILE



Rapport de mission au CHUK

Bujumbura, Burundi

du 22 au 29 novembre 2014.

Pierre Bétrémieux, Brigitte Etienne, Chantal Loin, rédigé le 4/12/2014

A l'arrivée, nous avons été accueillis par Marie, Hélène, Suavis, Médiatrice.

Tenue générale de l'unité très correcte : l'unité est calme et silencieuse, les enfants bénéficient de cache-couveuses pour les protéger de la lumière directe, ils sont installés dans des cocons généralement bien faits. L'unité est propre, les sols et paillasses sont propres. Il y a maintenant une blouse verte à manches courtes par patient et elles sont correctement utilisées par les infirmières. La blouse des mères est nominative et elle est changée chaque jour.

L'après-midi retour vers l'équipe ; nous avons rencontré Révocate, Jeannette et Giselle

Problèmes observés et solutions proposées:

Nous avons procédé à la **ré-installation des scopes** qui n'étaient pas en activité ; l'administration d'O₂ se faisait sans tenir compte de la SaO₂.

Action entreprise : On a montré qu'on pouvait baisser l'O₂ voir l'arrêter en monitorant la SaO₂. Tri des capteurs de SaO₂ et on a jeté beaucoup ; il en reste dans l'armoire de Marie mais penser à les collecter systématiquement en France (y compris en réa) pour qu'elles puissent les changer sans problème. Tous les bébés nécessitant de l'oxygène ont été scopés cette semaine (SAO₂ et ECG). L'équipe doit s'attacher à rendre systématique cette surveillance à l'avenir. Les limites d'alarmes ont été affichées sur chaque scope pour en faciliter l'utilisation. L'équipe doit poursuivre son effort pour adapter l'O₂ aux besoins de l'enfant, en fonction de leur SAO₂.

Objectif : On se donne cet objectif pour l'année à venir : tout enfant sous oxygène est mis sous scope et le scope est en affichage SaO₂ (et non ECG comme il se met par défaut à l'allumage). Par ailleurs on réitère la demande de déplacer les deux scopes de la grande salle vers la petite salle de façon à rationaliser la partie « soins intensifs » et la partie « soins de base ».

Les couches : certains parents apportent des changes complets et du savon. Pour les autres enfants, les couches « pointes plastifiées » qui avaient été confectionnées ont toutes disparu (fondues au repassage). Cela permet de constater que la machine à laver n'est pas fonctionnelle car installée en

hauteur et donc pas utilisée... depuis 2 ans. Conséquences : les enfants n'ont pas de couches, les draps et les cocons sont souillés, les enfants restent en milieu humide et se refroidissent.

Action entreprise : la machine à laver le linge a été réinstallée au sol et son fonctionnement est correct. La façon de confectionner des couches en tissu en pointe à partir d'un carré a été montrée à toute l'équipe. De nombreux échantillons de savon pour bébé et crèmes protectrices ont été laissés dans le service pour les bébés.

Objectif : tous les enfants doivent avoir une protection du siège soit par change complet si la mère en fournit soit par pointe en tissu si elle n'en fournit pas. Cela évite de souiller l'ensemble de la couveuse et du cocon à chaque selle et de laisser l'enfant dans l'humidité ce qui contribue à le refroidir. Ces couches en tissu doivent être lavées dans le circuit néonatal.

Les couveuses sont arrêtées quand elles sonnent sans recherche de la raison du dysfonctionnement ; les enfants se refroidissent. Les hublots endommagés sont obstrués par du papier et du sparadrap. Néanmoins les couveuses sont bien nettoyées.

Action : nous avons montré à nouveau comment obturer les hublots défectueux avec un morceau de plastique et un élastique

Objectif : trouver un financement pour commencer un renouvellement des couveuses ; il n'en reste plus que 8 sur les 12 du début de l'action. La situation est critique et va devenir catastrophique.

Les perfusions : les perfusions se terminent souvent plusieurs heures avant l'heure prévue car le débit est réglé au compte-goutte alors que les débits sont faibles (ex 2 gouttes/minute, ce qui est difficilement mesurable). Les enfants ne reçoivent alors aucun apport donc il existe un risque de boucher le cathlon et un risque d'hypoglycémie (non monitorée malgré les appareils disponibles). Les pousse-seringues ne sont pas utilisés pour les perfusions mais pour l'alimentation (surcoût et disponibilité de seringues de 50 ml et prolongateurs vs flacon de perfusion et tubulure standard). Une alternative serait la « métriset » mais il n'en existe pas ici. Les perfusions sont arrêtées pendant toutes les toilettes ; elles sont bouchées avec le bouchon du cathlon (où et comment est-il stocké ?). La perfusion peut tremper dans le bain. Le désinfectant employé est le Dettol (antiseptique). Vérifier si les perfusions sont maintenues pendant le peau à peau car la SaO₂ est ôtée. La fixation des perfusions : l'embout du cathlon reste à l'extérieur du pansement.

Action : Tentative de perfuser sur pousse-seringue. Démonstration de bain sans tremper la zone perfusée. Lors de la pose de perfusion vérifier que l'enfant soit bien enveloppé, contenu pendant le geste.

Objectif : à la prochaine mission apporter des calculettes (1 par professionnelle) et rationaliser le calcul des débits sur perfusion et pousse-seringue. Acheter quelques pousse-seringues et des consommables sur les prochains crédits.

L'implication des mères a beaucoup progressé depuis 6 mois : elles pratiquent le peau à peau, la mise au sein, la toilette ; elles sont beaucoup plus présentes qu'auparavant ; elles restent auprès du bébé, mais elles ne parlent pas au bébé, les infirmières non plus. Il y a une amélioration dans l'échange avec les mamans, et par conséquent, une meilleure participation de celles-ci aux soins. Beaucoup de mamans font du peau à peau et les mises aux seins sont plus fréquentes.

Action : deux cours théoriques ont été faits à l'ensemble de l'équipe sur les compétences du nouveau-né, les soins de développement, la reconnaissance et la prise en charge de la douleur du nouveau-né. L'équipe a été très attentive et intéressée et a commencé à mettre en pratique les nouvelles connaissances. Des infirmières de Prince Régent et de l'Hôpital militaire étaient présentes (voir plus loin chapitre formation).

Objectif : L'équipe peut progresser en mettant en pratique les cours délivrés cette semaine

- Ne pas oublier de parler au bébé
- Travailler en binôme pour le confort du bébé : Les stagiaires sont nombreuses et sous employées, beaucoup restent en posture d'observation ou désœuvrées, mais ne sont pas dans les soins. Proposition de les intégrer systématiquement dans les soins à deux avec l'infirmière.
- Observation de l'enfant pour déceler les signaux qu'il nous envoie (sommeil, éveil, inconfort, douleur) et adapter les soins en fonction
- Se servir des grilles de douleur fournies afin de les soulager par des antalgiques si nécessaire.

Par ailleurs on regrette toujours que les mères allaitantes soient hospitalisées en maternité ou en pédiatrie où elles occupent un lit de patient actif et peuvent contracter des maladies infectieuses. Le projet est de faire construire un pavillon comprenant une unité d'hébergement pour les mères allaitantes et une unité kangourou. Des démarches vont être faites pour trouver un financement.

Le poids est relevé chaque jour mais n'est pas utilisé : il n'y a pas de courbe de poids ; pour 4 enfants vus à la visite il existait une perte de poids importante ; les alimentations ne sont pas systématiquement notées, et les volumes ne sont pas mesurés donc il est difficile de savoir pourquoi l'enfant ne grossit pas. Les rations sont calculées approximativement. Parfois les enfants commencent par téter leur mère puis ensuite sont complétés à la tasse (par rapport à quel critère ?) ; dans d'autres cas c'est le contraire.

Action : nous avons commencé à noter le poids sur les courbes. Intérêt mitigé de l'équipe (pas de culture de trace écrite pour l'instant)

Objectif : généraliser la pratique de la courbe de poids tracée au moins deux fois par semaine (nous avons apporté des courbes imprimées sur papier car pas de consommables pour l'imprimante). L'objectif est que tous les enfants aient une courbe de poids qui reste à proximité et soit visible en permanence. Que toutes les alimentations soient notées ainsi que les sorties (urines, selles, vomissements)

Les feuilles de surveillance ne sont pas renseignées : figurent la température, l'alimentation (mais pas toujours), pas les urines ni les selles ni les vomissements, alors qu'il existe des cases à cocher ; pas du tout la SaO2 ni la quantité d'O2 restant dans la bombonne (de fait c'est quand elle est vide qu'on appelle le manutentionnaire pour qu'il apporte une bouteille pleine).

Objectif : passer aux traces écrites systématiques. L'objectif à atteindre est que tout soin donné à l'enfant soit inscrit et que les constantes soient notées.

Les bouteilles d'oxygène : certaines bombonnes vides restent dans l'unité ; il n'y a pas d'attention portée au niveau d'O2 ; quand la bouteille est vide on téléphone et le délai peut être variable.

Objectif : le manutentionnaire doit repartir avec la bombonne vide. Quand le niveau d'O2 baisse, il faut le surveiller et anticiper le changement de bombonne.

Le bain : Marie a fait une feuille notant les dates des bains en fonction du terme ; mais on ne sait pas si c'est suivi car les bains ne sont pas notés sur les feuilles de surveillance.

Action : Amélioration dans la régularité des bains par affichage des jours en fonction du terme.

Objectif : L'équipe peut progresser en tenant compte non seulement du terme mais également de l'état du bébé au jour le jour.

Un seul thermomètre pour tout le service : en prévoir un par professionnelle.

Action : chaque infirmière a reçu cette semaine un thermomètre et des ciseaux personnels afin de faciliter l'organisation des soins.

Le lavage des mains est plutôt bien fait et le SHA largement utilisé. Le change de la serviette est à planifier. Montres et bijoux doivent être ôtés avant tout accès à la couveuse.

Action : Amélioration du changement de la serviette à main en ayant affiché les horaires et désigné une personne responsable (en l'occurrence, celle chargée de la buanderie).

De même dans le vestiaire mamans on a posé une serviette, du savon et du SHA.

Objectif : En cas de coupure d'eau il existe un seau plein d'eau mais son hygiène est à revoir (voir avec le service d'hygiène comment sécuriser cette procédure).

L'ORGANISATION : comme il avait été conseillé à la visite nord sud précédente, il existe maintenant un affichage à la semaine du personnel soignant responsable de chaque secteur, de la réa en salle de naissance et de l'hygiène.

HYGIENE de l'alimentation : rinçage de la seringue à tulipe à améliorer en utilisant de l'eau bouillie plutôt que l'eau du robinet.

FORMATION :

Deux demi-journées de cours ont été organisées au CNR par Esther. Trois présentations ont été faites à chaque fois devant une vingtaine de personnes : les infirmières du service de néonatalogie, les infirmières obstétriciennes de la maternité et des infirmières de néonatalogie de Prince Régent et de l'hôpital militaire. Le Médecin Chef de l'hôpital militaire était présent. Les thèmes traités étaient : bilan de l'action SMNI depuis deux ans par Dr Hélène Bukuru ; compétences et sons de développement par Dr Pierre Bétrémieux ; reconnaissance et prise en charge de la douleur par les puéricultrices de Rennes : Chantal Loin et Brigitte Etienne. Ces exposés ont été attentivement suivis par les participants. Un atelier pratique de confection de cocons a été organisé, il a connu un grand succès ; les infirmières du CHUK ont pu montrer avec fierté leur savoir à leurs collègues des autres hôpitaux.

Objectifs : Le projet est de renouveler cette formation lors de notre prochaine visite en invitant l'ensemble des médecins néonatalogistes de Bujumbura car les infirmières extérieures au CHUK ont fait remarquer que leurs chefs de service n'étant pas présents elles ne pourraient mettre en œuvre ces actions. Il est à souligner que les actions dépendant des soins de développement et de prise en charge de la douleur ne nécessitent quasiment pas de moyens financiers, sont porteurs de modifications lourdes et profitables dans les services et sont donc particulièrement bien adaptées au terrain.

ORDINATEUR BASE DE DONNEES IMPRIMANTE

Une base de données a été installée en juin puis une nouvelle en septembre par Jean-Charles Duthé et Jennifer Rohan, TECs Corevih Bretagne sur l'ordinateur fourni par Esther. Je les ai contactés directement pour leur donner des nouvelles de cette base ; une vingtaine de dossiers ont été enregistrés ;

Objectifs : il manque des précisions dans l'adresse ; une sauvegarde automatisée serait souhaitable ; une extraction mensuelle de données serait intéressante avec quelques données simples : nombre d'entrées, nombre de décès, nombre par pathologie, durée de séjour. L'imprimante est en panne faute de consommables (cartouche et papier).

RENCONTRES

Au cours du séjour nous avons pu rencontrer le Directeur Pontien Ndabashinze, le Dr Salvator Harerimana le Dr Déo Mazina, gynécologues obstétriciens. Les échanges ont porté sur l'organisation entre l'obstétrique et la néonatalogie et sur l'appel d'offre de la Fédération Hospitalière de France auquel il semblerait judicieux de répondre en commun.

Par ailleurs j'ai rencontré les deux sages-femmes de GSF participant à l'enseignement à l'INSP.

PROJETS

1. Il existe un projet de **partenariat hospitalier** entre la France et les pays d'intervention de l'Agence Française de Développement (AFD). L'AFD a confié la gestion du pré-projet à la Fédération Hospitalière de France (FHF) sous la supervision d'un comité de pilotage (ministère des Affaires Etrangères et du développement international, Ministère en charge de la santé (DGOS) FHF et personnalités qualifiées). Le montant maximum est de 60 000€ pour 3 ans et il est destiné surtout à assurer le financement des billets d'avion et frais de déplacement des personnels français, des indemnités de la vie courante des stagiaires étrangers en France et marginalement l'achat de petit matériel et de consommables et leur transport. Le Burundi fait partie des pays d'Afrique Subsaharienne nominativement concernés par le projet. Chacun va donc se mobiliser pour répondre à cet appel d'offres. Le Dr Bétrémieux collectera les projets.
2. Par ailleurs reste en suspens le **projet de construction d'une unité kangourou** pour les mères allaitantes et les enfants sortant de néonatalogie mais non encore capables de sortir de l'hôpital. Je suggère de contacter la fondation Heineken.
3. Développer l'utilisation des lunettes à haut débit : il faut racheter du consommable et rationaliser leur utilisation ; ce sera une des missions de la prochaine venue en 2015.
4. Développer l'utilisation des tensiomètres chez tous les nouveau-nés infectés pour dépister et traiter l'état de choc. Mission à inscrire dans les buts 2015.



PROJET AFRICAN PARTNERSHIP FOR PATIENT SAFETY



Rapport de mission
Mission ESTHER Hygiène Hospitalière CHUK –HPRC – BUJUMBURA, BURUNDI
Du 12 au 18 janvier 2014
(Morgane LANNES – Pascal JARNO, CHU de Rennes)

Dans le cadre du volet « hygiène hospitalière » du programme ESTHER-BURUNDI, cette mission avait comme axe principal, au-delà de faire un point sur le déroulement général du programme, la surveillance des ISO.

- Aider à la rédaction des rapports de surveillance des ISO
- Organiser la restitution des résultats de la surveillance aux équipes des services (fr l’HPRC
- Proposer avec les équipes des évolutions éventuelles du protocole pour notamment améliorer le recueil des données

Lors de cette mission, il s’agissait également d’apprécier l’état d’avancement du projet « check list » au bloc opératoire et de définir le contenu des stages au CHU de Rennes des professionnels de l’HPRC au printemps.

1. Le cadre de la mission

Comme en 2013, la mission a commencé par une rencontre avec les directions (direction des soins à l’HPRC et direction générale au CHUK), ce qui est vivement souhaité par nos partenaires.

Comme en 2013 également, des évaluations inter-établissements¹ ont entraîné une disponibilité plus réduite des membres du service d’hygiène et de l’encadrement. Le mois de janvier semble donc à éviter pour les missions des professionnels du CHU de Rennes.

Par ailleurs, les membres de l’encadrement mais aussi les équipes sur le terrain ont émis le souhait d’avoir une plus grande lisibilité du programme de l’année afin de pouvoir anticiper les séances de travail et une plus grande disponibilité de l’encadrement notamment. Après échanges avec Jean Marc et Jérémie, un programme provisoire 2014 des missions et stages a été proposé et laissé à disposition (*annexe 1*).

Il est proposé également que les professionnels du CHU de Rennes confirment leurs venues 15 jours avant leur arrivée aux équipes de direction.

2. La surveillance des ISO

Une grande partie de l’activité de la semaine de l’interne de santé publique, Morgane LANNES, a été consacré à rédiger les rapports de résultats (*annexes 2 et 3*). Ou plutôt à être en soutien pour la rédaction): dernier contrôle de qualité et analyse sur EPI INFO, construction des graphiques sur EXCEL et élaboration du rapport en tant que tel. On a pu noter une quasi-autonomie d’Emmanuel NYIONGABO à l’HPRC sur les 2 premières étapes (ces progrès +++ sont une réelle satisfaction au regard des missions précédentes).

Au CHUK, les progrès de Sylvestre sont également sensibles mais un accompagnement est encore nécessaire pour la gestion des fichiers, l’analyse et l’élaboration de rapport.

Il a été proposé à Emmanuel et Sylvestre d’effectuer à mi-semester une analyse intermédiaire (avec contrôle de qualité préalable), de construire les tableaux et graphiques nécessaires au

¹ Concernant les programmes PBF (Performance Based Funding) ou programme de financement des hôpitaux basé sur la performance mené par la Banque Mondiale.

rapport et d'adresser le tout à Rennes (pascal.jarno@chu-rennes.fr) avant la prochaine mission d'une interne de santé publique, à priori Noémie FERRE en avril.

La restitution des résultats de la surveillance 2013 a pu se dérouler à l'HPRC le jeudi 16 janvier à 13 heures². Cette restitution a été organisée et animée par la directrice de soins (Dr Providence MUNEZERO) avec l'accord du directeur général (en congé lors de la mission mais rencontré lors d'une séance de debriefing le vendredi). Elle a rassemblé entre 30 et 40 professionnels des services de chirurgie, de gynécologie et du bloc opératoire. Au delà de la présence des infirmiers, chefs de salle et chefs de poste, il faut noter la présence de médecins de ces 2 services mais pas du chirurgien principal (le Dr Théophile) ni des chirurgiens chinois. Lors de la présentation (*annexe 9*) d'une vingtaine minutes (par François, l'hygiéniste de l'HPRC et moi même), il a bien été réaffirmé que la surveillance était un outil parmi d'autres (hygiène au bloc, préparation de l'opéré, check-list...), pour la prévention des ISO et donc l'amélioration de la qualité des soins. La directrice des soins a bien insisté sur la nécessaire implication de tous les professionnels. Les échanges, qui se sont poursuivis durant environ une heure, ont mis en évidence

- la nécessité de nouvelles formations sur l'hygiène des mains et l'hygiène des soins (défaut de connaissances sur le risque infectieux et le rôle potentiel des soignants dans cette transmission),
- la nécessité d'un travail avec les équipes concernant l'utilisation des ATB en post-opératoire : il peut être imaginé que lors de missions des infectiologues d'ESTHER, une réflexion soit menée. Une 1^{ère} séance, pour faire l'état des lieux, pourrait avoir lieu lors de la mission d'Hélène LEROY en février (à confirmer).
- la nécessité d'un renforcement de la collaboration entre les équipes d'hygiène et de chirurgie : à cet égard les analyses régulières des dossiers d'ISO lors de staff en présence des hygiénistes (chirurgie) et l'enregistrement des ISO dans un registre (gynécologie), évoquées en 2013 n'ont pas été mis en place.

Cette restitution générale a été précédée et suivie par des réunions de travail avec les hygiénistes et les médecins de chaque service. Le renforcement des échanges des équipes avec les hygiénistes, surtout en chirurgie, a été un des thèmes principaux : plutôt que leur participation au staff de chirurgie qui n'a pu être mis en place en 2013, il est proposé qu'une réunion soit organisée au décours de celui-ci entre les hygiénistes et les chirurgiens Gérard et Théophile.

Par ailleurs, lors de la restitution et lors des séances de travail, a été évoqué la non déclaration des ISO par les professionnels des services de chirurgie : en 2013, 18 ISO déclarées ; en 2014, 7 ISO déclarées et 1 ISO confirmée par les chirurgiens. La raison principale évoquée est le caractère contaminé voire infecté du site opératoire : plutôt que de ne plus inclure ces interventions à plus haut risque infectieux, il est proposé, après discussion, d'ajouter les variables « niveau de contamination » et « pose de matériel » afin de mieux apprécier les risques infectieux selon les types d'intervention. De même, la variable « type d'infection » a été ajoutée en cas d'ISO.

A noter qu'au CHUK, où la surveillance est limitée au service de gynécologie-obstétrique, la collaboration entre les cliniciens et l'hygiéniste est beaucoup plus opérationnelle : le Dr Sylvestre BASIKAMWE est président du comité d'hygiène et a été présent lors des différentes séances de travail menées au CHUK avec l'hygiéniste.

² Celle du CHUK a été effectuée lors de la mission précédente en novembre 2013 : elle concernait la surveillance des infections après l'accouchement.

Les séances de travail avec les hygiénistes et les chirurgiens des deux établissements ont également permis de faire évoluer les protocoles (*annexes 4, 5, 6, 7, 8*) :

- durée de surveillance limitée à 6 mois,
- périmètre des interventions limité aux césariennes au CHUK,
- exclusion des ré-interventions chirurgicales au niveau d'une même localisation opératoire et des incisions d'abcès en chirurgie,
- remplissage de la fiche patient avec le médecin pour confirmation de l'ISO,
- ajout des variables « niveau de contamination » (à renseigner au niveau des registres du bloc opératoire) et « pose de matériel » en orthopédie,
- suppression des variables concernant les signes cliniques et ajout d'une variable « type d'infection ».

L'enquête des infections du post-partum n'a pas été, comme demandée, un sujet directement abordé lors de cette mission. Mais dans le cadre de la révision du périmètre de la surveillance au CHUK (arrêt de la surveillance des infections après accouchement par voie basse et limitation de la surveillance des ISO après césarienne à 6 mois), le Dr Sylvestre BASIKAMWE s'est dit très intéressé par le projet. Après échange avec Jérémie et Jean-Marc, il est donc proposé que cette étude concerne l'HPRC et le CHUK : au CHUK, le recueil des données sera effectué par un interne (Paul Patrick NZISABIRA, 71 582 540). Ces 2 personnes seront donc à associer à la réflexion, avec les autres intervenants (Jérémie, Emeline...) lors de la mission d'Hélène LEROY en février (*à organiser en amont de cette mission +++*).

3. La check-list au bloc opératoire

Un groupe « check-list » a été créé à l'HPRC. Il est animé par le Dr Théophile NKESHI, chirurgien, et comprend les membres suivants :

- Marie BUKURU, chief nursing,
- Massoud JUMA, chef de poste du bloc opératoire,
- Dominique BASUZWA, panseuse,
- Ida WESTERHOLD, anesthésiste
- François NIYONKURU, hygiéniste

Ce groupe s'est réuni à 3 reprises depuis la mission de novembre. La dernière fois, le lundi 13 janvier 2014, pour valider la grille adaptée de la grille OMS. Les propositions faites lors de la mission de novembre ont été retenues.

- Au bloc opératoire, ajout des items :
 - La salle d'intervention est propre
 - Le patient arrive au bloc lavé, avec linge propre
 - L'antisepsie est correctement réalisée
- A la fin de l'intervention, ajout de l'item :
 - Veiller à la bonne élimination des déchets (aiguilles, déchets de soins, déchets organiques)

Des actions de mise en forme (grille sur un recto) et surtout d'organisation et d'accompagnement restent à faire. Il a été suggéré que des professionnels du service de gynécologie (++++ des médecins) soient associés au groupe, que la grille soit testée au niveau des 2 blocs opératoires, qu'une procédure soit rédigée et que des formations soient menées (notamment auprès des médecins chinois).

Au-delà de l'hygiène au bloc opératoire (préparation de l'opéré, bio-nettoyage...), la mission de Yolaine GAUTHIER prévue en avril, est primordiale pour la mise en place de la check-list. A noter que les autoclaves de la stérilisation sont en panne depuis maintenant au moins 18 mois. Au moment où le projet « bloc opératoire » prend de l'ampleur, il a été là aussi suggéré à l'équipe d'hygiène de faire le point sur ce dossier, d'identifier l'entreprise concernée et de demander un devis.

4. Le suivi du programme

L'hygiène des mains et des soins : ce point a été abordé lors de la mission précédente. Un gros travail doit être mené pour effectuer, avec la direction des soins et le nursing, des évaluations et des formations dans les services. 2 missions de 2 hygiénistes sont prévues sur ces points en septembre et en octobre.

Les SHA : il n'a pas été possible de rencontrer la pharmacienne Claire NKUNDIZANYE. La mise à disposition dans les services semble variable et son utilisation également. A priori, plus de problème d'approvisionnement à la SIPHAR. Le nouveau conditionnement va faciliter l'adhésion des professionnels. La saisie et l'analyse de la consommation ne sont pas effectuées régulièrement du fait d'un manque de temps et de difficultés à utiliser EXCEL : de ce fait, l'exploitation des données pour des échanges en comité d'hygiène ou pour des retours aux équipes n'est pas opérationnelle.

La prévention des AES : il n'y a plus de container de sécurité pour les piquants-tranchants. Les hygiénistes ont mis en place des containers de « fortune » souvent des cartons. Au CHUK, la pharmacie a pu bénéficier d'un don de MSF Belgique qui a fermé son département des urgences récemment. MSF Belgique a donc proposé à leurs établissements partenaires un ensemble de dispositifs ou de médicaments, dont les containers de sécurité. Mais a priori, ils n'ont été demandés que par le CHUK. Une rencontre avec le bureau local de MSF Belgique n'a pas permis d'en récupérer (il n'y en plus de disponibles).

Les constatations concernant la surveillance des AES sont les mêmes que lors des missions précédentes : le registre ne semble pas exhaustif et les données enregistrées restent incomplètes. Les médecins du CPAMP n'ont pas été rencontrés sur ce thème.

L'organisation de l'hygiène hospitalière au sein de l'HPRC et au CHUK : il n'a pas été possible d'assister à un comité d'hygiène dans l'un ou l'autre des établissements d'une part parce que la période se prête peu à une telle réunion (évaluation PBF, voir plus haut) et d'autre part parce qu'une telle réunion demanderait à être anticipée. La mission d'avril peut être l'occasion de faire un point avec ces comités. A noter que le Dr Sylvestre BASIKAMWE, président du comité du CHUK, souhaite éditer un 1^{er} bulletin dans les semaines qui viennent.

La gestion des déchets : à l'HPRC, il a été noté par ailleurs que l'incinérateur livré par la coopération belge lors de la rénovation de l'établissement n'est toujours pas « branché ». Le service d'hygiène semble avoir fait le point sur ce dossier avec la direction mais le financement d'un devis n'a pas été accepté semble-t-il par appréhension des coûts à venir.

La recherche de partenaires complémentaires : une rencontre avec la mission de coopération de la région des Pays de la Loire a eu lieu et a été suivie par une visite de l'HPRC (après

accord de la direction) de la responsable de la mission (Mme Shabana Lemarchand) sous la conduite de François. Cela a permis de lui présenter sur site les différents aspects du projet. La responsable est partante pour soutenir une demande de financement si celui-ci correspond à un projet s'intégrant dans les axes « santé » de la mission. Une action « hygiène » concernant la santé de la mère et de l'enfant paraît être la piste la plus pertinente à explorer en complément de ce qui se fait déjà avec l'équipe du CHU de NANTES.

5. Le contenu des stages à RENNES

Des stages de 15 jours sont prévus d'une part pour l'hygiéniste-adjoint de l'HPRC, Emmanuel NYIONGABO et Théophile NKESHA, chirurgien à l'HPRC.

Il est proposé que ces 2 professionnels effectuent leur stage durant la même période pour renforcer la coordination entre l'hygiène et la chirurgie. Cette mission se déroulerait en juin : dates à préciser en fonction des disponibilités de l'équipe d'hygiène du CHU de Rennes et de celles des intéressés. Pour Emmanuel, elle pourrait comprendre une semaine consacrée aux surveillances (protocoles, recueil, saisie, contrôle et analyse des données (EPI INFO) ; rédaction d'un rapport (EXCEL) ; utilisation des résultats) et une semaine à l'unité d'hygiène hospitalière (organisation et positionnement du service d'hygiène par rapport aux services, à la direction, au comité d'hygiène, au réseau de référents).

La mission du chirurgien pourrait comprendre des séances de travail concernant l'utilisation des données de surveillance au sein des équipes de chirurgie ; des séances concernant l'organisation autour de la check-list au bloc opératoire ainsi que des observations du circuit de prise en charge des patients opérés en programmé et en urgence.

En résumé

- Une adhésion et une disponibilité toujours aussi importantes de nos partenaires dans les 2 centres hospitaliers notamment au niveau des directions pour lesquels le partenariat ESTHER « hygiène » fait maintenant partie « des meubles »,
- Des collaborations à améliorer entre les équipes d'hygiène et les professionnels des services, notamment à l'HPRC avec une plus grande implication de la direction (direction des soins et du nursing),
- Une focalisation du programme, pour 2014, sur le bloc opératoire partagée par nos partenaires. La mise en place la check-list a été initiée et une 1^{ère} évaluation pourra être faite lors de la mission d'avril,
- Un besoin d'appui toujours aussi prégnant pour l'hygiène des mains (et l'utilisation des SHA) et l'hygiène des soins : missions attendues d'infirmières ou techniciennes hygiénistes sur les évaluations de pratiques, la formation,
- Des protocoles de surveillance mis à jour. La montée en charge des hygiénistes sur la gestion et l'analyse des données et la rédaction de rapports permet de nouvelles perspectives, avec un passage sur EPI INFO 7 lors des prochaines missions (interne de santé publique en avril, Pascal Jarno en novembre) ou lors du stage d'Emmanuel en juin ;
- La nécessité, au vu des éléments précédents, d'un appui renforcé et donc d'un budget complémentaire. Le montage d'un projet autour de la santé maternelle et infantile pour un financement de la région Pays de la Loire est la piste la plus intéressante à étudier : ce sujet a déjà été évoqué lors de missions précédentes et nécessite un partenariat avec une équipe d'hygiène d'un établissement des Pays de la Loire.

Liste des personnes rencontrées

Programme ESTHER

Dr Jérémie BIZIRAGUSENYAKA Médecin coordonnateur ESTHER à Bujumbura

Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)

Mr François NIYONKURU, hygiéniste (Chef de service)

Mr Emmanuel NIYONGABO, hygiéniste (Chef de poste)

Dr Jean Bosco NDUWARUGIRA, directeur général

Dr Prudence MUNEZERO, directrice des soins

Mme Marie BUKURU, chef Nursing

Mme Claire NKUNDIZANYE, pharmacienne

Les membres du groupe de travail « check-list au bloc opératoire »

Les médecins et chefs de poste des services de chirurgie et de gynécologie et du bloc opératoire

Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge (CHUK)

Dr Pontien NDABASHINZE, directeur général

Dr Sylvestre BASIKAMWE, médecin gynécologue, président du comité d'hygiène

Mme Patricie BARAHINDUKA, chief nursing

Mr Sylvestre NDAYIRAGIJE, hygiéniste

Mr Gaspard, pharmacien adjoint

Coopération Pays de la Loire-Burundi

Mme Shabanna FERGA-LEMARCHAND, directrice du bureau

MSF Belgique

Bruno DUCHENNE, chef de mission de l'antenne du BURUNDI

Mme Spes, pharmacienne

Ambassade de France

Laurence ARNOUX, responsable adjointe du service de coopération et d'action culturelle

ANNEXE 1 : programme 2014

*Coopération entre le CHU de Rennes et l'HPRC et le CHU
Kamenge*
**PARTENARIAT “African Partnership for Patient Safety”
(APPS)
ESTHER-OMS**

Programme 2014

Missions des professionnels du CHU de Rennes à Bujumbura

10 Février – 16 février 2014 (Hélène Leroy, médecin)

- **Suivi du programme PTME**
- Mise en place de l'enquête « Infections associées aux soins en post partum »
- Initiation d'une réflexion sur « l'antibiothérapie préventive post-opératoire »

Mars 2014 (Catherine Mouchel, pharmacien et Noémie Ferré, interne)

- **Gestion et production des SHA**
- Pratiques de stérilisation
- Suivi du programme : rencontre des comites d'hygiène et des partenaires

28 Avril – 2 mai 2014 (Yolaine Gauthier et Catherine Verdier, cadres infirmiers)

- **Hygiène au bloc opératoire**
- **Organisation du bloc opératoire, mise en place de la check-list**
- **Suivi des surveillances**
- Suivi du programme : rencontre des comites d'hygiène et des partenaires

Mai 2014 (Jean-Marc Chapplain, médecin)

- **Suivi de l'enquête « Infections associées aux soins en post partum »**
- Suivi du programme : rencontre des comites d'hygiène et des partenaires, gestion et production des SHA, hygiène au bloc opératoire, surveillance

Septembre 2014 (2 infirmières hygiénistes et/ou technicienne bio-hygiéniste)

- **Hygiène des mains**
- **Hygiène du soin**
- Suivi du programme : rencontre des comites d'hygiène, gestion des SHA

Octobre 2014(2 infirmières hygiénistes et/ou technicienne bio-hygiéniste)

- **Hygiène des mains**
- **Hygiène du soin**
- Suivi du programme : rencontre des comités d'hygiène, gestion des SHA

Novembre 2014 (Pascal Jarno, médecin et interne)

- **Suivi des surveillances et des études**
- **Suivi de la mise en place de la check-list**
- Suivi du programme : rencontre des comités d'hygiène et des partenaires

Stages au CHU de Rennes de professionnels de l'HPRC

10 Juin – 20 juin 2014 (*à valider*) :

- **Théophile Nkeshu, chirurgien**
- **Emmanuel Niyongabo, hygiéniste**

ANNEXE 2 : rapport de résultats 2013 du CHUK

Surveillance des infections du post partum au CHU Kamenge (Bujumbura, Burundi) : Résultats 2012 – 2013

Partenariat ESTHER Hygiène hospitalière

**Sylvestre NDAYIRAGIJE,
Dr Pascal JARNO (CHU de Rennes), Morgane LANNES (CHU de Rennes)
Janvier 2013**

Dans le cadre du partenariat ESTHER entre le CHU Kamenge de Bujumbura (Burundi) et le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes (France), une surveillance épidémiologique des infections du site opératoire a été mise en place au CHUK depuis le 01/01/2012.

Les principaux intervenants sont :

- Au Burundi : Sylvestre NDAYIRAGIJE (hygiéniste) et Patricie BARAHINDUKA (chef nursing)
- En France : les membres de l'équipe d'hygiène hospitalière et du service d'épidémiologie et de santé publique du CHU de Rennes.

L'objectif de ce rapport est de présenter les principaux résultats de cette surveillance pour 2012-2013.

1. Méthode de surveillance au CHUK

La surveillance des infections du post partum est en place depuis le début de l'année 2012, dans le service de gynécologie-obstétrique. Le recueil est réalisé par Sylvestre NDAYIRAGIJE.

Les interventions sont référencées à partir du registre d'accouchement de la maternité qui est complété quotidiennement par les infirmières. Celui-ci comporte, pour chaque patiente, les informations administratives et le type d'accouchement. C'est à partir de ce registre que l'équipe d'hygiène enregistre tous les 15 jours les données administratives, le type et la date d'accouchement sur les fiches de surveillance des infections post partum créées spécifiquement pour cette surveillance (Annexe).

S.NDAYIRAGIJE se déplace 1 fois par mois dans le service d'hospitalisation pour recueillir les infections sur le registre d'hospitalisation de la gynéco-obstétrique. Les infections sont définies à partir des rubriques « traitement » et « soins » du registre : mise sous antibiotique de 2ème intention (Flagyl ou Claforan) ou pansement deux fois par jour. Chacune des infections est confirmée par la chef de poste. En cas d'infection du post partum, la fiche de la patiente est complétée des données médicales relatives à l'infection (date d'apparition de l'infection, type d'infection) puis archivée au service d'hygiène. S'il n'y a pas d'infection, la date de dernière visite, correspondant à la date de sortie de la patiente est renseignée.

Régulièrement, les fiches sont saisies dans le logiciel Epi Info installé sur l'ordinateur du service d'hygiène.

Périodes de surveillance

- En 2012 : du 1er janvier au 30 juin (n=1646)
- En 2013 : du 1er janvier au 30 juin (n=1542)

2. Résultats

a. Activité

Pour les 2 années de surveillance (2012-2013), la moyenne d'âge des patientes (\pm écart-type) était de 28 ans (± 6).

Tableau 1 : nombre d'accouchement par type (2012-2013)

Type accouchement	2012	2013	Total
Césarienne	393 (23,9%)	316 (20,5%)	709
AVB	1223 (74,3%)	1184 (76,8%)	2407
Aspiration	30 (1,8%)	42 (2,7%)	72
Total	1646 (100%)	1542 (100%)	3188

Entre 2012 et 2013 la répartition des types d'accouchement est stable.

Figure 1 : nombre d'accouchements par type et par année

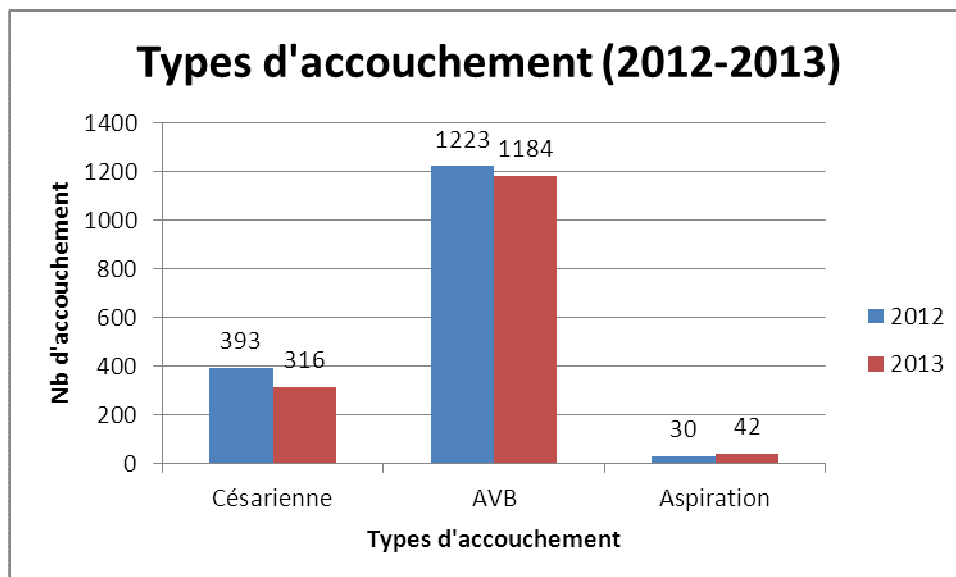
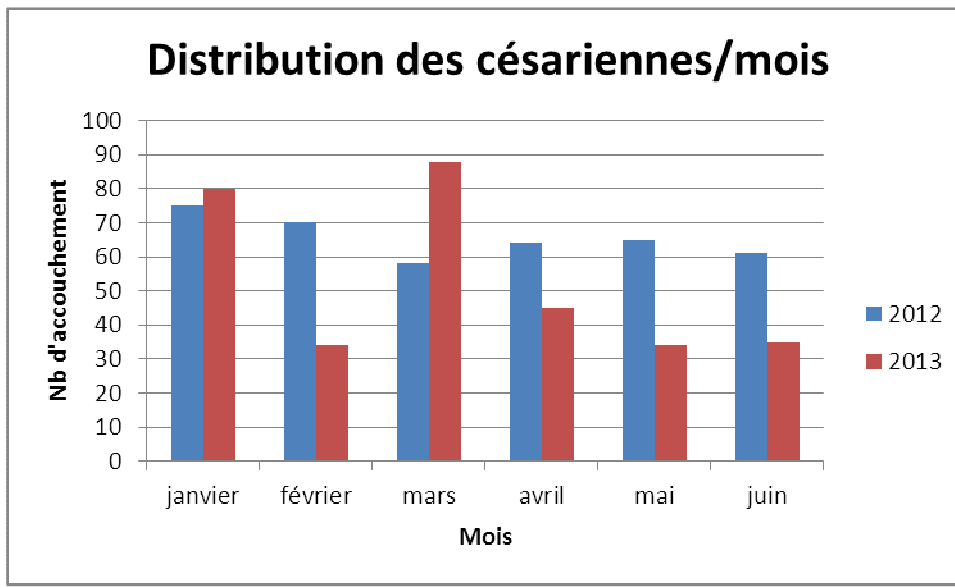


Figure 2 : distribution des césariennes par mois (2012-2013)



La distribution des césariennes selon le mois est variable en 2013.

Figure 3 : distribution des AVB par mois (2012-2013)

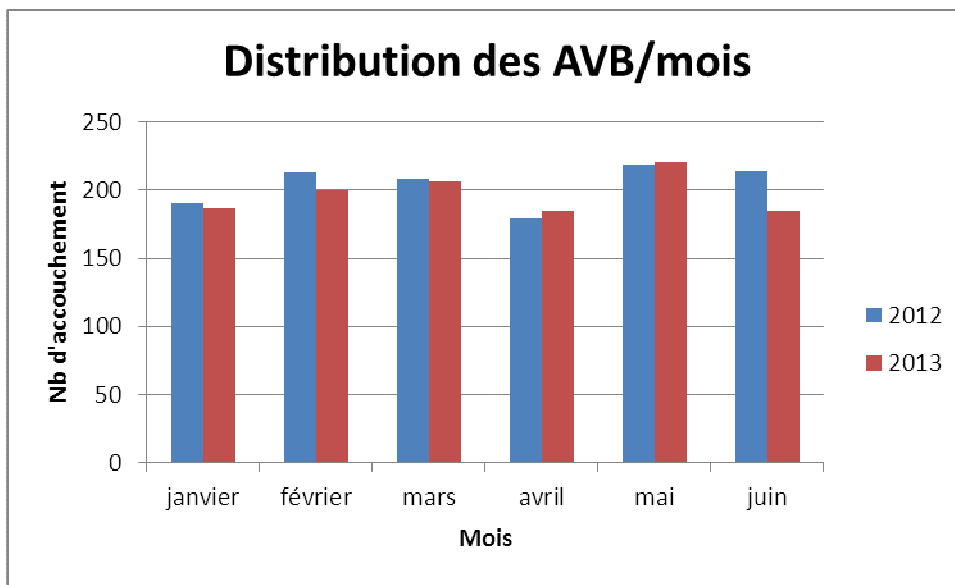
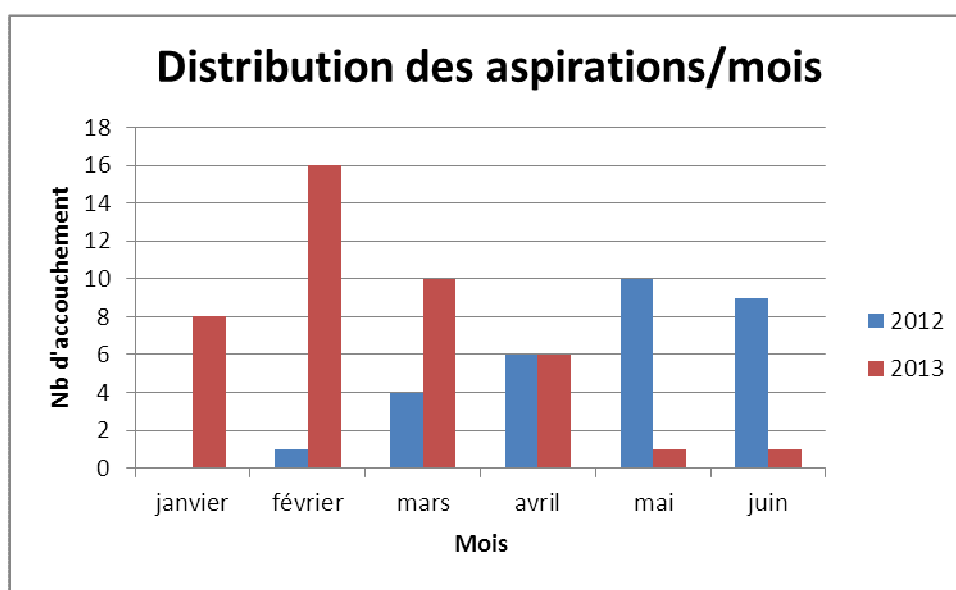


Figure 4 : distribution des aspirations par mois (2012-2013)



b. Incidence

En 2013, 18 infections ont été identifiées en gynécologie sur 1542 accouchements (1,2%). 11 infections concernaient les césariennes (3,5%), 5 concernaient les accouchements par voie basse (AVB) (0,4%) et 2 sont survenues après une aspiration (4,8%)

Au total, parmi l'ensemble des interventions sur la période 2012-2013, 37 infections ont été enregistrées, ce qui représente 1,2% des accouchements (37/3188).

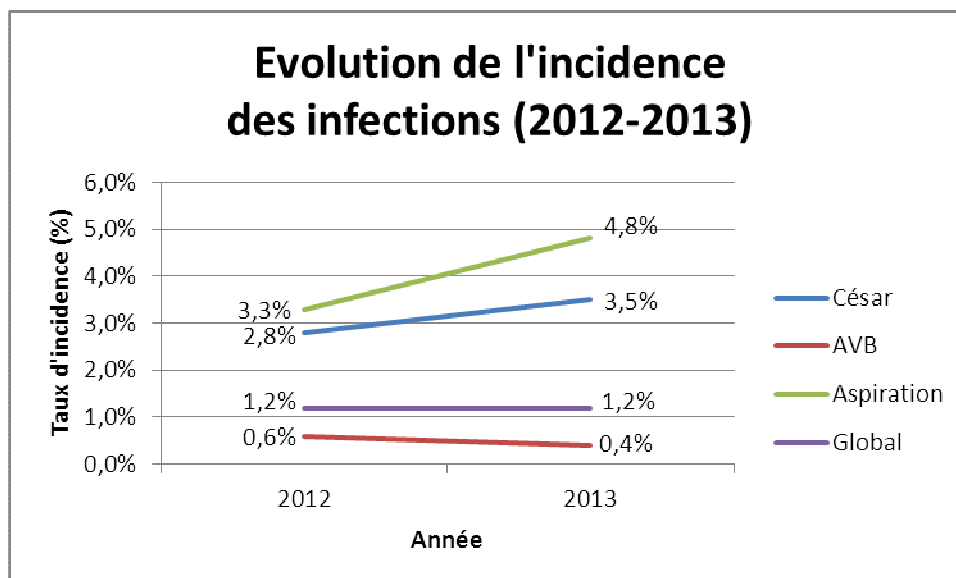
Tableau 2 : évolution de l'incidence des infections (2012-2013)

Année	Nb d'accouchement	Nb d'infection	Incidence
2012	1646	19	1,2%
2013	1542	18	1,2%
Total	3188	37	1,2%

L'incidence des infections du post-partum est stable entre 2012 et 2013.

Tableau 3 et figure 5 : évolution de l'incidence des infections par type d'accouchement

	Césariennes		AVB		Aspiration	
	nb d'accouch	infections (%)	nb d'accouch	infections (%)	nb d'accouch	infections (%)
2012	393	11 (2,8%)	1223	7 (0,6%)	30	1 (3,3%)
2013	316	11 (3,5%)	1184	5 (0,4%)	42	2 (4,8%)



Si l'incidence globale est identique en 2012 et 2013, elle est en baisse pour les AVB et en hausse pour les césariennes et les aspirations (non significative).

Tableau 4 : Type d'infection selon le type d'accouchement (2012-2013)

Année	Type accouch	Endométrite	Cicatrice	IU	Autres	Total
2012	Césariennes	2	4	3	2	11 (57,9%)
	AVB	2	0	4	1	7 (36,8%)
	Aspiration	1	0	0	0	1 (5,3%)
	Total	5	4	7	3	19 (100%)
2013	Césariennes	0	11	0	0	11 (61,1%)
	AVB	2	0	3	0	5 (27,8%)
	Aspiration	2	0	0	0	2 (11,1%)
	Total	4	11	3	0	18 (100%)
Total		9	15	10	3	37

En 2013, les 11 infections ayant compliqué une césarienne sont des infections de la cicatrice (superficielle). Parmi les 5 AVB compliqués, 2 étaient des endométrites et 3 des infections urinaires. Enfin, pour les 2 aspirations compliquées d'une infection il s'agissait d'endométrite.

Caractéristiques des infections post partum 2013

En 2013, 18 infections ont été déclarées.

L'incidence des infections post partum est de 1,2% (18 infections sur 1542 accouchements). Les infections survenant après une césarienne, un AVB ou une aspiration représentent respectivement 61,1% (11/18), 27,8% (5/18) et 11,1% (2/18) des infections déclarées en 2013.

La moyenne d'âge des patientes avec une infection est de 29 ans (± 6).

Le délai moyen de survenue de l'infection est de 5 jours (± 3).

Le délai moyen de surveillance des femmes n'ayant pas contracté d'infection est de 3 jours (± 3).

3. Conclusion : constats de la surveillance et actions d'amélioration proposées

- Un taux d'incidence des infections particulièrement stable entre 2012 et 2013 reflétant la qualité des données et la bonne communication entre le service d'hygiène et le service de gynécologie, ce qui est fondamental pour la poursuite de la surveillance et du programme.
- Une activité stable sur l'année mais avec une distribution variable des césariennes et des aspirations selon les mois.
- L'ensemble des infections post césariennes sont des infections de la cicatrice (11/11).
- Le délai moyen de surveillance est inférieur au délai moyen de survenue des infections. Le délai de surveillance est probablement insuffisant pour être exhaustif dans le recueil des infections du post partum.

Ces résultats seront présentés, sous forme résumée, dans le 1^{er} numéro du bulletin « Hygiène » du CHUK.

Actions d'amélioration proposées :

- Révision de la fiche de recueil et du protocole : ajout des variables « âge » et « niveau de contamination », arrêt de la surveillance des accouchements par voie basse et recueil limité à 6 mois.
- Mise en place d'une consultation post opératoire après la sortie d'hospitalisation pour étendre le temps de surveillance post-opératoire.
- Poursuivre la formation de Sylvestre NDAYIRAGIJE à l'utilisation d'Excel et EpiInfo (passage à EpiInfo7).
- Continuer à faire le lien avec la sensibilisation à l'utilisation des solutions hydro-alcooliques au CHUK avec missions d'actions/formations.

ANNEXE 3 : rapport de résultats 2013 de l'HPRC

Surveillance des Infections du Site Opératoire à l'Hôpital Prince Régent Charles (Bujumbura, Burundi) : Résultats 2013

Partenariat ESTHER Hygiène hospitalière

**François NIYONKURU, Emmanuel NIYONGABO (HPRC),
Dr Pascal JARNO (CHU de Rennes), Morgane LANNES (CHU de Rennes)
Janvier 2013**

Dans le cadre du partenariat ESTHER entre l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC) de Bujumbura (Burundi) et le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes (France), une surveillance épidémiologique des infections du site opératoire a été mise en place à l'HPRC depuis le 1^{er} janvier 2008.

Les principaux intervenants sont :

- Au Burundi : le service d'hygiène de l'HPRC (Mr F. Niyonkuru, chef de service, et Mr E. Niyongabo, technicien hygiéniste), Dr J. Biziragusenyuka (médecin coordonnateur ESTHER au Burundi)
- En France : les équipes d'hygiène hospitalière et du service de santé publique du CHU de Rennes

L'objectif de ce rapport est de présenter les principaux résultats de cette surveillance depuis sa mise en place en 2008.

4. Méthode de surveillance à l'HPRC

La surveillance des ISO est en place depuis le début de l'année 2008, dans les services de chirurgie générale (chirurgie abdominale, orthopédie, urologie) et de gynécologie-obstétrique. Le recueil est réalisé par le chef de service d'hygiène, M. François NIYONKURU, et le technicien d'hygiène, M. Emmanuel NIYONGABO.

Les interventions sont référencées à partir du registre des blocs opératoires qui est complété quotidiennement par les infirmières de bloc. Celui-ci comporte, pour chaque patient opéré, les informations administratives, le diagnostic, le type d'intervention, et l'équipe chirurgicale (chirurgien, assistant, anesthésiste). C'est à partir de ce registre que l'équipe d'hygiène enregistre chaque jour les données administratives (âge, sexe), le diagnostic, le type et la date d'intervention sur les fiches de surveillance des ISO créées spécifiquement pour cette surveillance (Annexe).

L'équipe se déplace dans les services trois fois par semaine pour s'informer des cas d'infection potentielle auprès des infirmières de salle. En cas d'ISO, la fiche du patient est complétée (données médicales relatives à l'infection : fièvre, écoulement, germe, délai d'apparition) puis archivée dans le service d'hygiène.

Régulièrement, les fiches sont saisies dans le logiciel Epi Info installé sur l'ordinateur du service d'hygiène.

Périodes de surveillance

- En 2008 : du 1er janvier au 31 juillet (n= 945)
- En 2009 : du 1er janvier au 30 septembre (n=1101)
- En 2010 : du 1er janvier au 30 septembre (chirurgie)/30 novembre (gynéco) (n=1194)
- En 2011 : du 1er janvier au 31 août (n=869)
- En 2012 : du 1er janvier au 31 août (n=1207)
- En 2013 : du 1er janvier au 31 août (n=1148)

5. Résultats

a. Activité

Entre 2009 et 2013³, tous services confondus, la moyenned'âge des patients (\pm écart-type) était de 30 ans (\pm 15). Pour la chirurgie, il y avait 72% d'hommes, 26,7% de femmes et 0,2% non renseignés (100% de femmes en gynécologie).

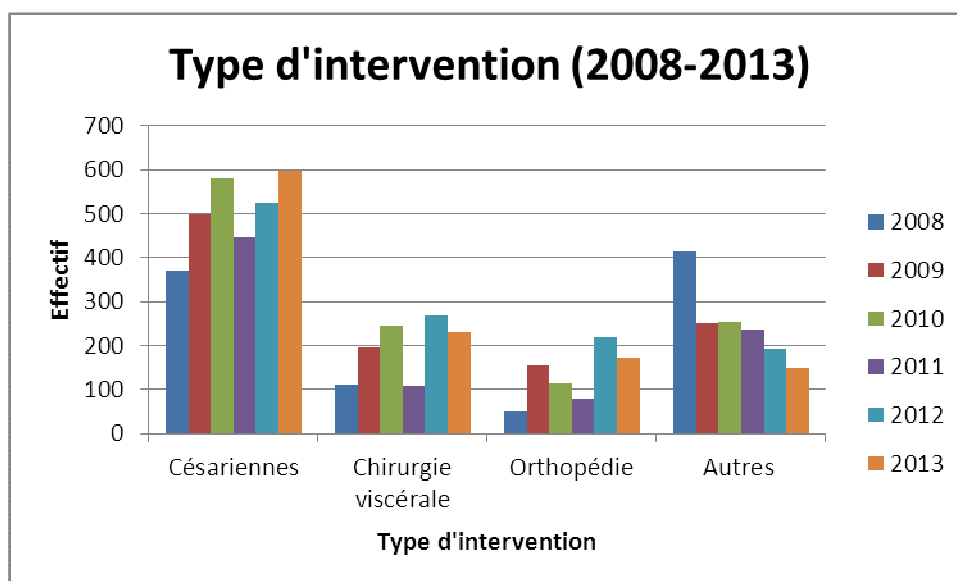
Tableau 1 : Nombre d'interventions par type de 2008 à 2013

Type d'intervention	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Césariennes	370	499	581	445	525	597 (52%)	3017 (47%)
Chirurgie viscérale	112	197	246	107	269	230 (20%)	1161 (18%)
Orthopédie	50	155	114	80	220	172 (15%)	791 (12%)
Autres	413	250	253	237	193	149 (13%)	1495 (23%)
Total	945	1101	1194	869	1207	1148 (100%)	6464 (100%)

En 2013, les césariennes représentent plus de 50% de l'activité chirurgicale de l'hôpital.

³ Pour 2008, seuls le nombre d'interventions et le nombre d'ISO sont disponibles.

Figure 1 : Nombre d'interventions par type et par année



L'activité chirurgicale de 2013 est comparable à l'année précédente.

Figure 3 : Distribution des interventions par mois en 2013

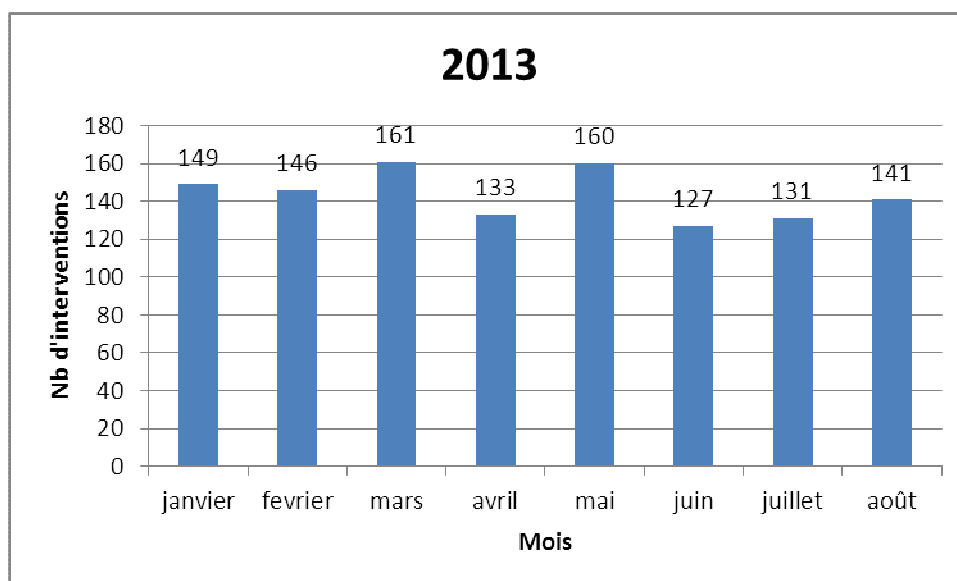


Figure 4 : Distribution des interventions en gynécologie et chirurgie par mois en 2013

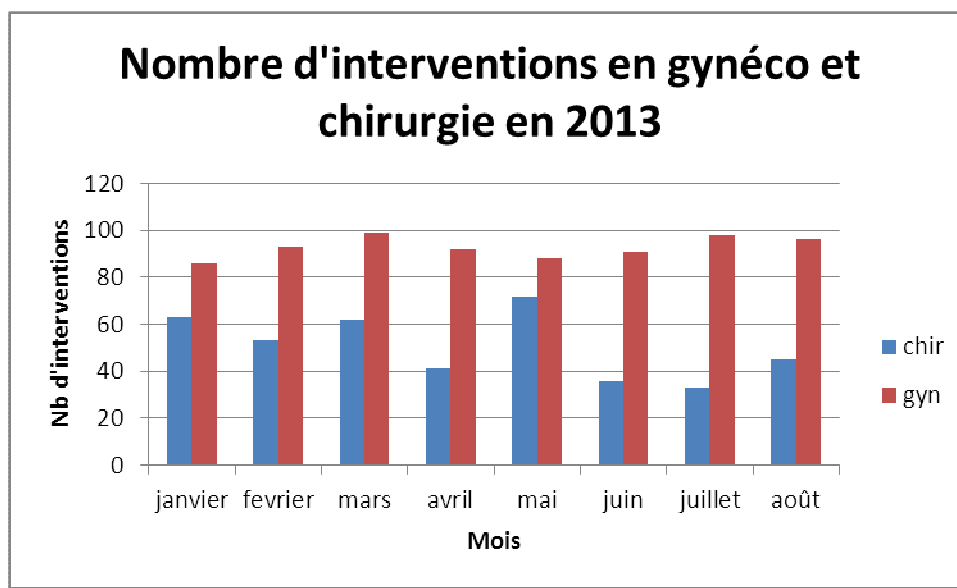
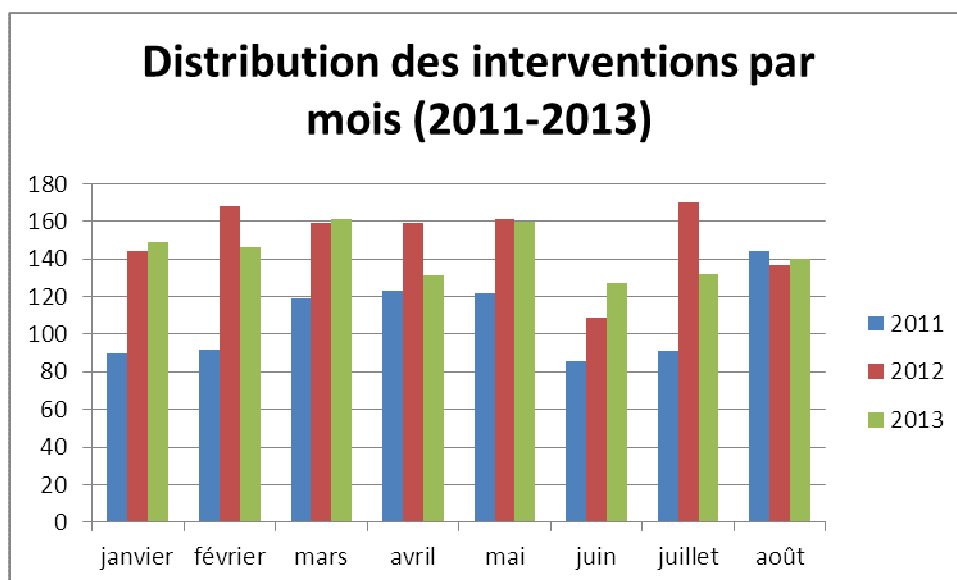


Figure 5: Evolution de la distribution des interventions par mois (2011-2013)



b. Incidence

Incidence en 2013

En 2013, 18 ISO ont été identifiées en gynécologie sur 743 interventions (2,4%). 13/597 ISO concernaient les césariennes (2,2%) et 5/146 concernaient les autres interventions (3,4%).

En chirurgie, 6 infections ont été déclarées par les soignants mais une seule a été confirmée par le médecin.

DATE		TYPE INTER	DECLARATION	ARGUMENTS
DATE INTER	DECLARATION			
21/01/2013	12/02/2013	Fracture fémur D	Confirmée	
28/01/2013	10/02/2013	Fracture humérus	Non confirmée	Fracture ouverte
31/01/2013	07/02/2013	Fracture cheville G	Non confirmée	Fracture ouverte
04/02/2013	12/02/2013	Ablation de 3 vis	Non confirmée	Site opératoire infecté
23/05/2013	06/06/2013	Traumatisme abdo, perforation jéjunale au cours de la laparotomie	Non confirmée	Infection antérieure à l'opération
23/07/2013	30/07/2013	Abcès appendiculaire	Non confirmée	Infection antérieure à l'opération

Evolution de l'incidence des ISO

Au total, parmi l'ensemble des interventions sur la période 2008-2013, 135 ISO ont été enregistrées, ce qui représente 2.1% des interventions (135/6464).

Tableau 2 et figure 6 : Evolution de l'incidence des ISO entre 2008 et 2013

Année	Nb d'interventions	Nb d'ISO	% global ISO
2008	945	28	3,0
2009	1101	11	1,0
2010	1194	22	1,8
2011	869	18	2,1
2012	1207	37	3,1
2013	1148	19	1,7
Total	6464	135	2,1

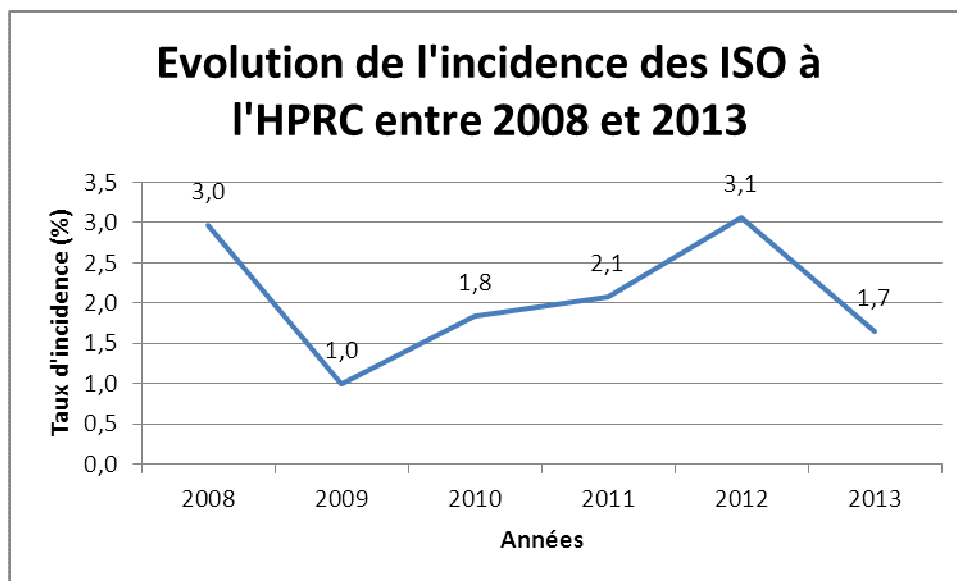


Figure 7 : Evolution de l'incidence des ISO en gynéco et chirurgie entre 2009 et 2013

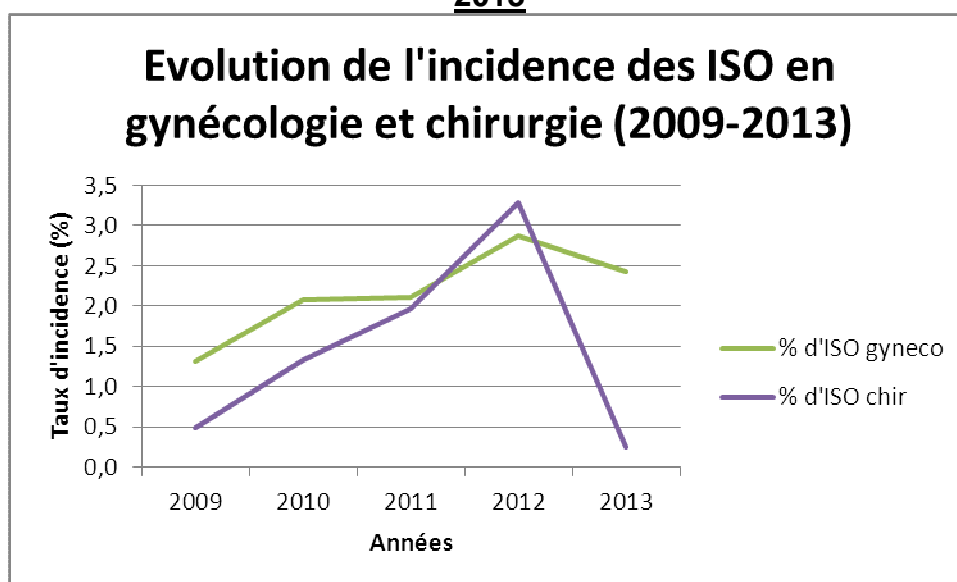


Tableau 3 : Fréquence des ISO en fonction du type d'intervention (2012-2013)

	Nb d'inter		Nb d'ISO (%)		Délai moyen de survenue en jours (±écart type)		Germe	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Césariennes	525	597	16 (3%)	13 (2,2%)	6 (±4,1)	7 (±2,3)	1 Ecoli	1 Kpneumoniae
Chir viscérale	269	310	10 (3,7%)	0 (0%)	13 (±9,1)	21 (±0)		NR
Orthopédie	220	210	7 (3,1%)	1 (0,5%)	5 (±2,3)	0 (0%)	3 Staphylocoques	NR
							1 Ecoli	

5 ISO sont survenues à la suite d'autres interventions gynécologiques.

Caractéristiques des ISO

En 2013, 19 ISO ont été déclarées : 18 en gynécologie (13 césariennes, 5 autres), 1 en chirurgie (orthopédie).

L'incidence des ISO est de 1,7% (19 ISO sur 1148 interventions).

En gynécologie, la moyenne d'âge des patientes avec ISO est de 25 ans et le délai moyen de survenue de l'infection est de 7 jours.

En chirurgie, l'infection confirmée concernait un homme de 73 ans. Le délai de survenue de l'infection était de 21 jours.

Mode de diagnostic

Les signes cliniques étaient présents pour chaque ISO :

- Ecoulement à l'examen clinique : 19/19(100 %)
- Fièvre : 18/19 (95%)

6. Conclusion : constats de la surveillance et actions d'amélioration proposées

Les principaux résultats montrent :

- Une activité chirurgicale variable au cours du temps (les chiffres seront discutés en interne pour expliquer les raisons de ces évolutions : réfection du bloc opératoire, départ d'un ou plusieurs chirurgiens, etc.)
- Une incidence des infections du site opératoire stable en gynécologie en faveur d'une bonne qualité de la déclaration des ISO et d'une bonne collaboration avec l'équipe d'hygiène. A contrario, une seule ISO a été retenue en chirurgie en lien avec leur non déclaration notamment en chirurgie septique.
- Des infections qui restent non documentées au niveau bactériologique (absence de germes retrouvés).

Actions d'amélioration à mettre en place :

- Révision des protocoles : durée de surveillance limitée à 6 mois, exclusion des ré-interventions chirurgicales au niveau d'une même localisation opératoire et remplissage de la fiche patient avec le médecin pour confirmation de l'ISO.
- Recueil des données : échanges pluri-hebdomadaires avec les équipes du bloc opératoire et du service +++.
Une ISO survenant sur un site opératoire contaminé en pré opératoire reste une ISO. Les variables « niveau de contamination » et « pose de matériel » ont été ajoutées pour mieux apprécier le risque infectieux.
- Saisie et analyse des données : formation de 10 jours au CHU de Rennes en 2013 pour Emmanuel NIYONGABO.
- Meilleure implication des chirurgiens pour la confirmation des infections
 - Stage de perfectionnement du chirurgien Théophile NKESHA à la prévention des ISO, 10 jours en France au mois de mai-juin (surveillance des ISO, organisation du bloc opératoire et mise en place de la check list, antibioprophylaxie)
 - L'équipe de chirurgie propose la mise en place d'une réunion de service hebdomadaire avec revue systématique des cas d'ISO.
- Poursuite de l'implantation des solutions hydro-alcooliques à l'HPRC, avec missions d'actions/formations

ANNEXE

Fiche de recueil des ISO à l'HPRC

Fiche de surveillance des infections du site opératoire

Numéro du Patient	Informations administratives	Informations cliniques
	Nom et prénom : Age : Sexe : F...M Service d'hospitalisation : Date d'intervention :.../.../...	Type d'intervention :..... Date d'apparition d'infection :.../.../..... Signes d'infection : Ecoulement : oui non Fièvre : oui non Présence d'un germe oui non Si germe lequel :.....

Sexe : 1=F ; 2= H

Service d'hospitalisation :

1=gyneco ; x=numéro de la salle d'hospit; 97=chambre seule ; 98=autre ; 99=inconnu

Type d'intervention :

1=césarienne ; 2=autre gynéco ; 3=chirurgie viscérale (abdo,uro) ; 4=ortho ; 5=autre ; 9=inconnu

Ecoulement :

1=oui ; 2=non

Fièvre :

1=oui ; 2=non

Présence d'un germe :

1=oui ; 2=non

ANNEXE 4 : protocole de surveillance des ISO en chirurgie à l'HPRC

Protocole de surveillance des infections de site opératoire

Année 2014

Service de chirurgie - Hôpital Prince Régent Charles

Dans le cadre du partenariat ESTHER entre l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC) de Bujumbura (Burundi) et le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes (France), une surveillance épidémiologique des infections du site opératoire (ISO) a été mise en place à l'HPRC depuis le 1^{er} janvier 2008.

Les principaux intervenants sont :

- Au Burundi : le service d'hygiène de l'HPRC (F. Niyonkuru, chef de service, et E. Niyongabo, technicien hygiéniste), J. Biziragusenyuka (médecin coordonnateur ESTHER au Burundi)
- En France : l'équipe d'hygiène hospitalière et du CCLIN Ouest du CHU de Rennes (JM Chaplain, P Jarno médecins et les internes de santé publique)

Méthode de surveillance à l'HPRC.

Le recueil est réalisé par le chef de service d'hygiène, F. Niyonkuru, et le technicien d'hygiène, E. Niyongabo.

Les interventions sont référencées à partir du registre des blocs opératoires qui est complété quotidiennement par les infirmières de bloc. Celui-ci comporte, pour chaque patient opéré, les informations administratives, le diagnostic, le type d'intervention, et l'équipe chirurgicale (chirurgien, assistant, anesthésiste).

A partir de ce registre, l'équipe d'hygiène recueille chaque jour, sur les fiches de surveillance des ISO créées spécifiquement pour cette surveillance :

- les données administratives (âge, sexe),
- les données concernant l'intervention :
 - date,
 - type : orthopédie (si fracture, caractère ouvert ou fermé), chirurgie viscérale (abdominale, urologie), autre,
 - niveau de contamination du site opératoire :
 - propre (peau intacte et ouverture des tractus « stériles »),
 - contaminé (plaie traumatique récente=inférieure à 4 heures et ouverture de tractus contaminés),
 - sale (plaie traumatique ancienne = supérieure à 4 heures ; site opératoire avec pus, corps étranger...),
 - pose de matériel.

Un numéro est attribué à chaque intervention.

L'équipe se déplace dans les services trois fois par semaine pour s'informer des cas d'ISO potentielles auprès des chefs de poste et des infirmières de salle.

- En l'absence d'ISO, la date de sortie de l'hospitalisation sera renseignée.
- En cas de suspicion d'ISO, la fiche du patient est complétée :
 - date de diagnostic,
 - type d'infection : infection sur la cicatrice, abcès, infection sur matériel, autre,
 - germe.

Cette partie doit être complétée avec le médecin et validée par un médecin.

La période de surveillance : la surveillance s'étend du 1er janvier au 30 juin 2014. Durant cette période, toutes les interventions effectuées par un chirurgien au bloc opératoire de l'HPRC sont incluses dans la surveillance.

Sont exclues les ré-interventions chirurgicales au niveau d'une même localisation opératoire, les incisions d'abcès.

Les fiches, une fois complétées, sont archivées au service d'hygiène.

Régulièrement, les fiches sont saisies dans le logiciel Epi Info installé sur l'ordinateur du service d'hygiène. Des contrôles de la qualité des données sont effectués avec retour éventuel à la fiche ISO voire au registre du bloc opératoire.

Le fichier est adressé tous les 3 mois à l'adresse suivante : pascal.jarno@chu-rennes.fr

ANNEXE 5 : fiche de surveillance des ISO en chirurgie à l'HPRC

ANNEXE 6 : protocole fr surveillance des ISO en gynécologie-obstétrique à l'HPRC

Protocole de surveillance des infections de site opératoire

Année 2014

Service de gynécologie-obstétrique - Hôpital Prince Régent Charles

Dans le cadre du partenariat ESTHER entre l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC) de Bujumbura (Burundi) et le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes (France), une surveillance épidémiologique des infections du site opératoire (ISO) a été mise en place à l'HPRC depuis le 1^{er} janvier 2008.

Les principaux intervenants sont :

- Au Burundi : le service d'hygiène de l'HPRC (F. Niyonkuru, chef de service, et E. Niyongabo, technicien hygiéniste), J. Biziragusenyuka (médecin coordonnateur ESTHER au Burundi)
- En France : l'équipe d'hygiène hospitalière et du CCLIN Ouest du CHU de Rennes (JM Chaplain, P Jarno médecins et les internes de santé publique)

Méthode de surveillance à l'HPRC.

Le recueil est réalisé par le chef de service d'hygiène, M. F. Niyonkuru, et le technicien d'hygiène, M. E. Niyongabo.

Les interventions sont référencées à partir du registre des blocs opératoires qui est complété quotidiennement par les infirmières de bloc. Celui-ci comporte, pour chaque patiente opérée, les informations administratives, le diagnostic, le type d'intervention, et l'équipe chirurgicale (chirurgien, assistant, anesthésiste).

A partir de ce registre, l'équipe d'hygiène recueille chaque jour, sur les fiches de surveillance des ISO créées spécifiquement pour cette surveillance :

- les données administratives (âge, sexe),
- les données concernant l'intervention :
 - date,
 - type : césarienne, autre intervention gynécologique,
 - niveau de contamination du site opératoire :
 - propre (peau intacte et ouverture des tractus « stériles »),
 - contaminé (plaie traumatique récente=inférieure à 4 heures et ouverture de tractus contaminés),
 - sale (plaie traumatique ancienne = supérieure à 4 heures ; site opératoire avec pus, corps étranger...),

Un numéro est attribué à chaque intervention.

L'équipe se déplace dans les services trois fois par semaine pour s'informer des cas d'ISO potentielles auprès des chefs de poste et des infirmières de salle.

- En l'absence d'ISO, la date de sortie de l'hospitalisation sera renseignée.
- En cas de suspicion d'ISO, la fiche du patient est complétée :
 - date de diagnostic,
 - type d'infection : infection sur la cicatrice, endométrite, autre,
 - germe.

Cette partie doit être complétée avec le médecin et validée par un médecin.

La période de surveillance : la surveillance s'étend du 1er janvier au 30 juin 2014. Durant cette période, toutes les interventions effectuées par un chirurgien au bloc opératoire de l'HPRC sont incluses dans la surveillance.

Sont exclues les ré-interventions chirurgicales au niveau d'une même localisation opératoire.

Les fiches, une fois complétées, sont archivées au service d'hygiène.

Régulièrement, les fiches sont saisies dans le logiciel Epi Info installé sur l'ordinateur du service d'hygiène. Des contrôles de la qualité des données sont effectués avec retour éventuel à la fiche ISO voire au registre du bloc opératoire.

Le fichier est adressé tous les 3 mois à l'adresse suivante : pascal.jarno@chu-rennes.fr

ANNEXE 7 : protocole de surveillance des ISO en gynécologie-obstétrique au CHUK

Protocole de surveillance des infections de site opératoire

Année 2014

Service de gynécologie-obstétrique – Centre Hospitalier Universitaire Kamenge

Dans le cadre du partenariat ESTHER entre le Centre Hospitalier Universitaire Kamenge (CHUK) de Bujumbura (Burundi) et le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes (France), une surveillance épidémiologique des infections du site opératoire (ISO) a été mise en place à l'HPRC depuis le 1^{er} janvier 2012.

Les principaux intervenants sont :

- Au Burundi : le service d'hygiène du CHUK (Sylvestre Ndayiragije, technicien hygiéniste), Jérémie Biziraguseniyuka (médecin coordonnateur ESTHER au Burundi)
- En France : l'équipe d'hygiène hospitalière et du service d'épidémiologie et de santé publique du CHU de Rennes (Jean-Marc Chapplain, Pascal Jarno, médecins et les internes de santé publique)

Méthode de surveillance au CHUK.

Le recueil est réalisé par le technicien d'hygiène, Sylvestre Ndayiragije.

Les interventions sont référencées à partir du registre des blocs opératoires qui est complété quotidiennement par les infirmières de bloc. Celui-ci comporte, pour chaque patiente opérée, les informations administratives, le diagnostic, le type d'intervention.

A partir de ce registre, Sylvestre Ndayiragije recueille chaque semaine, sur les fiches de surveillance des ISO créées spécifiquement pour cette surveillance :

- les données administratives (âge, sexe),
- les données concernant l'intervention :
 - date,
 - type : césarienne
 - niveau de contamination du site opératoire : propre (pas d'infection préalable), contaminé (infection préalable), sale.

Un numéro est attribué à chaque intervention.

Sylvestre Ndayiragije se déplace dans les services 1 fois par semaine pour recueillir les cas d'ISO potentielles sur le registre d'hospitalisation : une ISO est définie à partir des rubriques « traitement » (mise sous antibiotique de 2^{ème} intention comme le Flagyl et le Claforan) et « soins » (pansement 2 fois par jour) du registre d'hospitalisation.

- En l'absence d'ISO, la date de sortie d'hospitalisation sera renseignée.
- En cas de suspicion d'ISO, la fiche de la patiente est complétée :
 - date de diagnostic,
 - type d'infection : infection sur la cicatrice, endométrite, autre,
 - germe.

Cette partie doit être validée par un médecin.

La période de surveillance : la surveillance s'étend du 1er janvier au 30 juin 2014. Durant cette période, toutes les interventions effectuées par un chirurgien au bloc opératoire du CHUK sont incluses dans la surveillance.

Sont exclues les ré-interventions chirurgicales au niveau d'une même localisation opératoire.

Les fiches, une fois complétées, sont archivées au service d'hygiène.

Régulièrement, les fiches sont saisies dans le logiciel Epi Info installé sur l'ordinateur du service d'hygiène. Des contrôles de la qualité des données sont effectués avec retour éventuel à la fiche ISO voire au registre du bloc opératoire.

Le fichier est adressé tous les 3 mois à l'adresse suivante : pascal.jarno@chu-rennes.fr.

**ANNEXE 8 : fiche de surveillance des ISO en gynécologie-obstétrique
à l'HPRC et au CHUK**

FICHE DE SURVEILLANCE des ISO 2014
Service de gynéco-obstétrique

N° du patient	Informations administratives	Informations cliniques
	<p>Nom et Prénom :</p> <p>Age :</p> <p>Date d'intervention:...../...../.....</p> <p>Types d'intervention :</p> <p>Contamination du site opératoire Propre <input type="checkbox"/> Contaminé <input type="checkbox"/> Sale <input type="checkbox"/></p>	<p>Infection : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui : Date d'apparition de l'infection :...../...../..... Type d'infection : Endométrite <input type="checkbox"/> Infection cicatrice <input type="checkbox"/></p> <p>Autre..... ... Germe</p> <p>Si non : Date de sortie...../...../.....</p>
N° du patient	Informations administratives	Informations cliniques
	<p>Nom et Prénom :</p> <p>Age :</p> <p>Date d'intervention:...../...../.....</p> <p>Types d'intervention :</p> <p>Contamination du site opératoire Propre <input type="checkbox"/> Contaminé <input type="checkbox"/> Sale <input type="checkbox"/></p>	<p>Infection : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui : Date d'apparition de l'infection :...../...../..... Type d'infection : Endométrite <input type="checkbox"/> Infection cicatrice <input type="checkbox"/></p> <p>Autre..... ... Germe</p> <p>Si non : Date de sortie...../...../.....</p>
N° du patient	Informations administratives	Informations cliniques
	<p>Nom et Prénom :</p> <p>Age :</p> <p>Date d'intervention:...../...../.....</p> <p>Types d'intervention :</p> <p>Contamination du site opératoire Propre <input type="checkbox"/> Contaminé <input type="checkbox"/> Sale <input type="checkbox"/></p>	<p>Infection : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui : Date d'apparition de l'infection :...../...../..... Type d'infection : Endométrite <input type="checkbox"/> Infection cicatrice <input type="checkbox"/></p> <p>Autre..... ... Germe</p> <p>Si non : Date de sortie...../...../.....</p>

ANNEXE 9 : diaporama de la restitution des résultats à l'HPRC



PARTENARIAT APPS
 African Partnerships for Patient Safety
 ESTHER Burundi

Surveillance des Infections du Site Opérateur à l'HPRC



F Niyonkuru, E Niyongabo, Dr M Lannes, Dr P Jarno
 HPRC Bujumbura – CHU Rennes
 16 janvier 2014

Plan

1. Introduction : rappel sur les ISO
2. Surveillance des ISO à l'HPRC
 - Méthodes de surveillance
 - Résultats 2013
 - Conclusion
3. La poursuite des actions en 2014

Infections du Site Opérateur (ISO)

- 1^{ère} IN évitable+++
- Infection survenant **dans les 30 jours suivant une intervention chirurgicale**, ou dans l'année s'il y a eu pose d'une prothèse (implant définitif tel que : valve cardiaque, prothèse articulaire, ...)
- En général **acquise au moment de l'intervention**
- Origine :
 - **Endogène** (flore cutanée ou **flore présente sur le site opératoire**)
 - **Exogène** (air, matériel médical, chirurgiens et autres soignants)
- **Micro-organismes infectieux divers**, et dépendent du type et de la localisation de l'intervention et des anti-infectieux reçus par le patient.

ISO : Facteurs de risques

Multifactoriel et mécanisme complexe +++

- Etat général du patient
- Hospitalisation prolongée avant l'intervention
- Infection concomitante sur un autre site
- Facteurs liés à l'intervention notamment la contamination du site opératoire
- Virulence des micro organismes

Intérêts de la surveillance (1)

Améliorer la qualité des soins dans les services et établissements → **réduire le nombre des ISO**

- Permettre aux chirurgiens de connaître le niveau de risque infectieux ISO dans leur activité
Sensibilisation des chirurgiens à la lutte contre les IN
- Permettre aux services/unités de chirurgie de se positionner par rapport à un ensemble de services/unités et de patients comparables.

Intérêts de la surveillance (2)

- Suivre l'évolution de l'incidence des ISO (tendances évolutives)
- Participer à l'évaluation de la qualité des soins
Renforcer les mesures de contrôle et de prévention des ISO
Evaluer l'impact de mesures mises en place (*mesures d'hygiène au bloc opératoire, check list*)
- Produire des données de référence à l'échelle nationale voire internationale (*PBF-banque mondiale, OMS...*)

Méthode de surveillance à l'HPRC

- Mise en place depuis janvier 2008
- Services :
 - Chirurgie générale (chirurgie abdominale, ortho-traumatologie, urologie)
 - Gynécologie-obstétrique
- Surveillance sur 8 mois par **le service d'hygiène hospitalière** :
 - Mr F. Niyonkuru (chef de service)
 - et Mr E. Niyongabo (technicien hygiéniste)
 - Médecin coordonateur ESTHER : Dr J. Biziragusenyuka



Méthode de surveillance à l'HPRC

Méthode de recueil des cas d'ISO

- **Plusieurs fois par semaine à partir du registre des blocs opératoire**
 - Age, sexe des patients
 - Date d'intervention
 - Diagnostic
 - Type d'intervention

- **Déplacement plusieurs fois par semaine de l'équipe d'hygiène dans les services** (après changement des pansements...) et échanges avec les infirmières et/ou chefs de salle : signes d'infection, date, germe (à partir du dossier du patient)

- Confirmation par un médecin

Participation des équipes +++ pour le recueil des ISO

- Données recueillies sur des **fiches de surveillance ISO**, puis **saisie informatique** par l'équipe d'hygiène (Epi Info)

Méthode de surveillance à l'HPRC : Fiches de recueil

Fiche de surveillance des infections du site opératoire

Numéro du Patient	Informations administratives	Informations cliniques
	Nom et prénom : Age : Sexe : F...M Service d'hospitalisation : Date d'intervention : / /	Type d'intervention : Date d'apparition d'infection : / / Signes d'infection : Ecoulement : oui non Fièvre : oui non Présence d'un germe oui non Si germe :

Résultats de la surveillance 2013

Résultats : participation

- En 2008 : du 1er janvier au 31 juillet (n=945)
- En 2009 : du 1er janvier au 30 septembre (n=1101)
- En 2010 : du 1er janvier au 30 septembre (chirurgie)/30 novembre (gynéco) (n=1194)
- En 2011 : du 1er janvier au 31 août (n=869)
- En 2012 : du 1er janvier au 31 août (n=1207)
- **En 2013 : du 1er janvier au 31 août (n=1148)**

Résultats : caractéristiques des patients

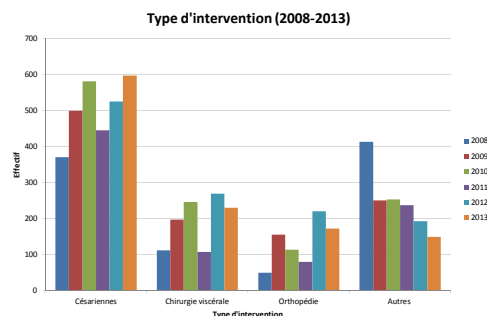
La moyenne d'âge des patients, tous services confondus, était de 31 ans.

- Pour la chirurgie, il y avait 72% d'hommes et 27% de femmes (1% non renseigné).

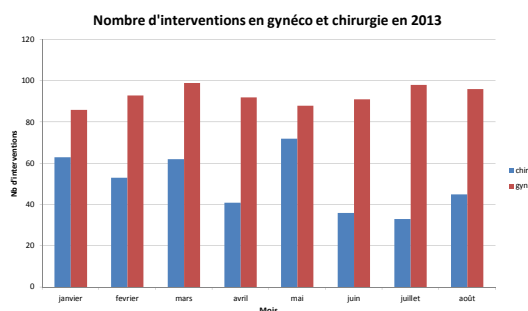
Résultats : types d'intervention

Type d'intervention	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Césariennes	370	499	581	445	525	597 (52%)	3017 (47%)
Chirurgie viscérale	112	197	246	107	269	230 (20%)	1161 (18%)
Ortho-traumatologie	50	155	114	80	220	172 (15%)	791 (12%)
Autres	413	250	253	237	193	149 (13%)	1495 (23%)
Total	945	1101	1194	869	1207	1148 (100%)	6464 (100%)

Résultats : évolution des types d'intervention



Résultats : répartition des interventions par mois



Résultats : incidence en 2013

En 2013, 19 ISO ont été déclarées

- 18 en gynécologie (13 césariennes, 5 autres),
- 1 en chirurgie (ortho-traumatologie) : 6 infections déclarées par les soignants mais une seule confirmée par le médecin

Le taux d'incidence des ISO est de 1,7% (19 ISO sur 1148 interventions).

Résultats : ISO et germes

	Nombre d'ISO (%)	Délai moyen de survenue en jours	Germe
Année 2013			
Césariennes	n = 597 13 (2,2 %)	6	1 <i>Klebsiella Pneumoniae</i>
Chirurgie viscérale	n = 310 0		
Ortho-traumatologie	n = 210 1 (0,5%)	21	

France 2012

- Césarienne entre 1,6 et 3,5%
- Chirurgie digestive entre 1 et 6% (voire 11% en chirurgie colo-rectale)
- Ortho-traumatologie au-delà de 3%

Résultats : caractéristiques des ISO

- La moyenne d'âge des patients avec ISO est de 25 ans en gynécologie et de 73 ans en chirurgie.
- L'infection confirmée en chirurgie concernait 1 homme.
- Le délai moyen de survenue de l'infection est de 7 jours en gynécologie, et de 21 jours en chirurgie (1 infection confirmée).

Résultats : mode de diagnostic

Les signes cliniques étaient présents pour chaque ISO :

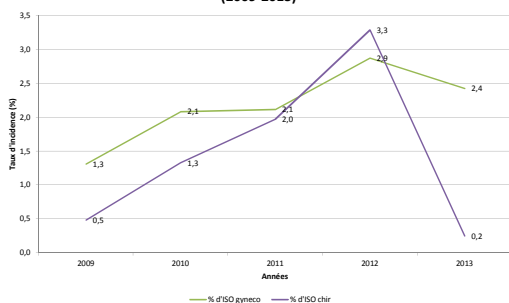
- écoulement à l'examen clinique = 100 %,
- fièvre = 100 %.

Résultats : évolution 2008-2013

Année	Nb d'interventions	Nb d'ISO	% global ISO
2008	945	28	3,0
2009	1101	11	1,0
2010	1194	22	1,8
2011	869	18	2,1
2012	1207	37	3,1
2013	1148	19	1,7
Total	6464	135	2,1

Résultats : évolution 2009-2013

Evolution de l'incidence des ISO en gynécologie et chirurgie (2009-2013)



Conclusion : constat de la surveillance

- Une activité variable au cours du temps : à *discuter* en interne pour expliquer les évolutions (*exhaustivité ; réfection du bloc opératoire ; départ d'un ou plusieurs chirurgiens ...*)
- Une incidence des infections du site opératoire qui tend à diminuer entre 2012 et 2013
 - *Que s'est-il passé en chirurgie ?*
Non codage des interventions avec site contaminé ou infecté ++++ MAIS pas seulement
Efficacité des mesures prises
 - *Rôle indispensable des soignants (pour le repérage) et médecins (pour la validation) : échanges à systématiser*
- Des infections globalement non documentées : *lien avec le laboratoire ? Coût ?*
- *Un lien à consolider avec les mesures de prévention +++*

Conclusion : évolutions du protocole

Organisation

- Recueil des données : utilisation des registres de bloc puis échanges pluri-hebdomadaires avec les équipes du BO et du service +++ (*ISO différent d'une faute*) ; fiches archivées au service d'hygiène

Confirmation de l'ISO par un médecin

- Saisie des données : service d'hygiène (François et Emmanuel)
- Analyse des données : rédaction d'un rapport (Esther avec Emmanuel et François)
- Retour d'information : 1 réunion annuelle

Période : 1^{er} semestre 2014

Conclusion : évolutions du protocole

Inclusion

Toutes les interventions effectuées au bloc opératoire sauf ré-interventions sur les même site, incisions d'abcès.

Variables

- Chirurgie
 - Si orthopédie : pose de matériel ; caractère ouvert ou fermé ;
- Chirurgie et Gynécologie
 - Ajout « Niveau de contamination du site » ;
 - Suppression des caractéristiques cliniques de l'ISO
 - Ajout du type d'infection



- Conclusion : surveillance, évaluation et prévention des ISO**
- En 2014 : renforcement du programme 2013 (missions d'appui au 1^{er} et 2^{ème} semestre 2014), +++ centré sur le bloc opératoire
- Entretien du bloc opératoire (avril),
 - Gestion des patients en pré-opératoire : préparation de l'opéré, **check-list au bloc-opératoire** (avril),
 - Prise ne charge en post-opératoire (réfection des pansements, surveillance) et poursuite de la promotion de l'implantation des SHA et de l'hygiène des mains (septembre et octobre),
 - Surveillance : poursuite avec modifications (novembre).

- Conclusion :** check list du bloc opératoire
- Élément du programme de l'OMS « **Une chirurgie sûre sauve des vies** » : 2^{ème} défi mondial pour la sécurité des patients
- SAFE SURGERY SAVES LIVES**
- Validée dans pays industrialisés comme dans les pays aux ressources limitées
- **Objectif** : réduire la morbidité et la mortalité au bloc opératoire et dans les suites



- Conclusion :** check list du bloc opératoire
- **Développer des standards de sécurité au bloc opératoire**
- = Check-list de sécurité**
- facilement utilisable / manuel d'application
 - courte (durée quelques minutes)
 - impliquant l'équipe opératoire / principe de la vérification croisée
 - favorisant la communication
 - adaptable en fonction des besoins
 - permettant le développement d'une culture du risque

Conclusion : check list du bloc opératoire

Check-list

Outil de traçabilité

Outil de communication

Conclusion : check list du bloc opératoire à l'HPRC

- Demande de la direction générale
- Mise en place d'un groupe de travail associant

- Le chef de service de chirurgie Dr Théophile
- La chief nursing Marie
- Le chef de service d'hygiène François
- Le chef de poste du bloc opératoire Massoud
- La panseuse Dominique
- Les infirmières anesthésistes Ida et Fercule

- **Objectifs**

- Définition d'une organisation pour le recueil de données
- Adaptation de la check list OMS à l'HPRC pour validation par la direction

Conclusion : check list du bloc opératoire

Les propositions de la commission, réunie à 3 reprises, ont été mises à disposition de la direction.

Un test est prévu au BO dans les semaines qui viennent

Avant mise en route, avec d'éventuelles modifications, dans les BO de l'HPRC

Mission Esther/APPS/CHU Rennes/CHUK et Hôpital Prince Régent Charles.

Du 19/05/2014 au 23/05/2014

Audrey Guérizec : Sage –Femme CHU de Rennes maintenant libéral à Paris

Jean-Marc Chapplain : Médecin CHU de Rennes

Les objectifs sont énoncés dans les termes de référence en Annexe 1, en résumé, ils consistaient à :

- Poursuivre le suivi des actions sur le volet APPS du programme : Hygiène des mains, surveillance ISO, stages des Burundais au CHU de Rennes, check-list pré-opératoire et condition de fonctionnement du bloc opératoire, enquête sur les infections du post-partum, conditions de prise en charge de l'accouchement à la maternité de Prince Régent
- Pour le CMC Buyenzi, condition de fonctionnement de la nouvelle maternité et contenu des consultations prénatales
- Apporter une aide méthodologique sur l'étude d'évaluation des mises sous traitement antirétroviral auprès du CPAMP du CHUK et de Prince Régent

A la demande des partenaires Burundais, des recommandations seront émises dans ce document après chaque action et présenté en italique.

Programme APPS

D'une façon générale, il paraît utile de réaliser une mission d'immersion pour les soignants de France, limitée à un même service ou à une activité. Les durées courtes des missions et la taille des deux hôpitaux partenaires laissent finalement peu de place à la compréhension et l'observation sur plusieurs services.

Les prochaines missions devront donc se limiter à des services/activités bien précises et présentées comme telles, après avis de nos partenaires Burundais, dans les termes de références.

L'impression générale a été bonne avec toujours une importante implication des personnels des hôpitaux Burundais. Le contexte rend les progrès lents mais tangibles.

A l'Hôpital Prince Régent, les comités d'hygiène s'organisent mensuellement, la participation reste bonne et ils sont maintenant dirigés par Providence, directrice des soins et animés par François du service d'hygiène.

En assistant au comité d'hygiène du 19/05, (3 heures 30 tout de même !), on constate la pertinence des échanges et des décisions prises, notamment un point sur les garde-malades, leur trop grand nombre et leur nécessaire information dans l'assistance du patient (importance du tri des déchets, du respect des locaux pour la cuisine...), une proposition de badge est actuellement à l'étude pour en limiter le nombre, et permettre ainsi une meilleure organisation des soins.

Un extrait de ces comités est fourni en annexe 2. Eu égard à la dynamique ainsi créée pendant ces réunions, il importe pour les partenaires du Nord de valoriser ce travail autant se faire que peut.

SHA et Hygiène des mains

Les flacons SHA, sont toujours en quantité suffisante (production importante de la Siphar en début d'année), comme pressenti déjà en novembre, la société met ce produit sur le marché intérieur (particulier, clinique), et oblige à se poser la question, de nouveau, d'une nouvelle rupture de stock.

Il n'a pas été possible de discuter avec le directeur de Prince Régent en congés pour la semaine. Nous n'avons pas pu avancer sur le financement par l'hôpital de l'achat des SHA pour 2015.

En revanche pour le CHUK, après une rencontre avec le directeur général et le directeur des affaires financières, un accord oral a été donné pour la prise en charge de ce coût par l'hôpital en 2015. Il doit être prévu pour la fin de l'année un rappel auprès des services financiers afin que le budget prévisionnel puisse être élaboré en fonction.

Cette somme pourra être ensuite utilisée au financement de la fabrication des SHA, toujours d'actualité ; la pièce prévue à cet effet a été débarrassée mais nécessite d'être un peu mieux préparé (notamment les paillasses).

Concernant l'utilisation des SHA dans les services on note toujours des disparités importantes. Cette mission s'est concentrée sur la maternité de Prince Régent (très faible utilisation), et un paragraphe plus loin lui est consacrée.

De manière générale, ce qui frappe, tant au CHUK qu'à Prince Régent c'est la faible utilisation des produits et la généralisation des gants. Notamment au Bloc opératoire de Prince Régent, une observation d'une intervention (fracture du fémur chez un enfant) montre qu'en dehors du chirurgien, aucun personnel autour ne se frictionne les mains pendant l'intervention, ceci associé à la présence d'un nombre important de personnel et d'allée et venues incessantes...

La formation initiale pour le SHA n'était pas optimale, parce qu'elle a concerné la totalité des services sur de courtes périodes, elle n'a pas permis une réelle implantation dans les services en dehors de quelques exceptions (Réanimation au CHUK, service de Gynécologie à Prince Régent par exemple).

Enfin on souligne qu'un test sur boîte de Petri des nouveaux produits de la Siphar réalisé à l'unité d'hygiène montre des résultats tout à fait satisfaisant en termes d'efficacité antiseptique (annexe 3)

Recommandation 1 : *« Il peut être utile avant les missions de septembre et d'octobre des infirmières hygiénistes, que les correspondants Burundais des deux hôpitaux, hygiéniste et chief nursing, puissent déterminer un service pour une immersion des infirmières de Rennes pendant quatre jours, tous les matins suivi d'une restitution avec l'ensemble des personnel du service le vendredi matin. Quatre services, deux dans chaque hôpital pourront ainsi être couverts par ces formations/actions centrées sur l'hygiène des mains mais aussi la qualité des soins.*

Bloc opératoire

La visite pendant cette mission n'a pas été autant exhaustive que celle réalisée par JY Bossard dont le compte rendu est fourni en annexe 4.

L'organisation semble avoir progressé, avec l'aménagement d'une salle d'hospitalisation pour les patients en préopératoire. Cette salle permet de regrouper les patients qui vont être opérés ; c'est là qu'à lieu la consultation d'anesthésie que les premiers items de la « check list » sont renseignés et que le patient peut être préparé par une toilette pré-opératoire.

Il semble toutefois exister des difficultés à la réalisation de l'étape de préparation du patient.

L'état de propreté du bloc opératoire est jugée satisfaisant.

On note toujours un nombre important de stagiaire et de personnel présent dans la salle en cours d'intervention, le port du masque est aléatoire et l'hygiène des mains reste rare en dehors du chirurgien.

Le bloc obstétrical n'a pas été visité, en revanche il fait état d'un nombre important d'infection de cicatrice après césarienne, ce point doit être éclairci et une analyse des données de la surveillance des infections du site opératoire est en cours.

On observe de nouveau la présence de chirurgien coopérant chinois ne parlant ni le Kirundi ni le français et sans interprète tout au long d'une intervention. Cette situation est inacceptable. Une action auprès de l'ambassade de Chine doit être discuté.

La check list est en cours de mise en place. Une évaluation sera nécessaire à distance.

Recommandation 2 : *« Il paraît important de faire le point sur les infections après césarienne et de revoir la préparation des femmes avant l'intervention. La prochaine mission Nord-Sud s'attachera spécifiquement à rester au bloc opératoire (général et obstétrical) afin d'apporter une expertise dans l'organisation du bloc, la mise en place de la check list, la prise en charge du patient en pré et en post-opératoire ».*

Surveillance des Infections du Site Opératoire (ISO)

Pour l'HPRC, la surveillance ne pose pas de difficulté en dehors de réticences de certains chefs de poste à déclarer les infections en chirurgie générale. Une rencontre est réalisée avec le nouveau médecin chef de service Dr Théophile Nkeshia qui nous rassure sur l'information qu'il va faire passer à son équipe dans les salles d'hospitalisation.

On note l'excellente technicité des hygiénistes de l'HPRC dans le recueil, la saisie et l'analyse des données. La surveillance ISO est par ailleurs maintenant une demande institutionnelle et est intégré au bilan de l'activité hospitalière.

Au CHUK, le recueil est plus difficile car Sylvestre, l'hygiéniste, est tout seul. La mise en place et le suivi semble plus difficile. De façon générale, l'équipe d'hygiène du CHUK est clairement en sous effectif au vu de l'ampleur des différentes tâches qui lui sont confiées.

Maternité à l'HPRC

Lors d'une première mission de sage-femme (du 6 au 14 janvier 2013), les points suivants ont été relevés :

- le nombre trop important de stagiaires en salle, ce qui rend difficile leur apprentissage, le respect de la patiente et l'observance des règles d'hygiène,
- Le ménage- désinfection des boxes est insuffisant,
- Le matériel (tables d'accouchements, aspirateur de la table de réanimation néonatale) est cassé,
- L'accouchement se réalise en position gynéco, malgré le matériel cassé,
- Les lits juxtaposés sont sans séparation dans la salle d'hospitalisation post-césarienne et grossesses pathologiques,
- L'accompagnement de la patiente est inégal, en fonction de l'infirmière,
- L'utilisation de l'oxytocine (syntocinon) est trop peu précise,
- Le peu de surveillance du globe de sécurité,
- La prise en charge néonatale est insuffisante, sans notion précise d'urgence,
- La prise en charge de certaines pathologies est insuffisante,
- L'utilisation de gant est inapproprié,
- Le lavage des mains est correct mais peu d'utilisation de la SHA
- Le dossier prénatal est bien rempli, et bon déroulement des consultations de début de travail.

De cette première semaine, émergeaient donc les idées :

- d'insister sur les règles d'hygiène (campagne d'affichage, formations des professionnels et des étudiants),
- formation des professionnels sur la pathologie,
- de mettre en place des cours de préparation à l'accouchement (au CMC),
- l'importance d'un recensement des infections périnatales,
- l'importance d'un suivi à domicile du post-partum, tout au moins par une meilleure éducation/information des mères.

Pour cette deuxième mission (18 au 26 mai 2014)

HPRC

La salle a trois lits séparés par des rideaux, deux infirmières sont de garde (8h). Environ 6 étudiants infirmiers/ médecins stagiaires sont présents (mais période de vacances).

La salle est nettoyée régulièrement, mais pas après chaque accouchement (et parfois succinctement). Les déchets sont souvent jetés à côté de la poubelle.

Les tables/étriers ont été remplacés, la salle a été repeinte depuis l'année dernière.

Il n'y a plus de SHA en salle d'accouchement (rupture de stock/approvisionnement). Le lavage des mains est peu pratiqué et la serviette n'est pas changée de la semaine ! (en même temps, pas de lavage...pas de séchage).

Les protocoles ont disparu et personne ne peut dire où...(refus de les afficher sur les murs nouvellement repeints)

L'utilisation de l'oxytocine (syntocinon) est beaucoup trop approximative (notamment le débit, l'injection du produit dans la perfusion).

Il y a beaucoup de délivrances artificielles, révisions utérines. On ne remet pas en cause leur utilité

(dans la réduction des hémorragies de la délivrance(HDD)), mais il persiste un doute sur la mise en place de l'antibiothérapie prophylactique (réponse peu claire des professionnels).

Il y a également beaucoup d'expression utérine pour accélérer la naissance (augmente le risque d'HDD). De la même façon, il est difficile de juger cette pratique sur quelques cas en une semaine, mais faire le point sur les indications paraît utile.

La réfection de l'épisiotomie se fait avec des gants stériles (comme les touchers vaginaux, les accouchements), mais sans lavage des mains ou SHA au préalable. Le fait de ne pas porter de masque doit augmenter le risque infectieux.

De manière générale, les pratiques obstétricales paraissent moins rigoureuses que l'an passé, l'hygiène des mains moins respectée.

Une formation continue des infirmières est à mettre en place. Celles-ci sont demandeuses et conscientes qu'un rappel régulier des pratiques est indispensable.

L'enquête sur les infections du post-partum va permettre de sensibiliser les praticiens aux infections et à l'importance des règles d'hygiène. En effet, pour beaucoup d'entre eux, le taux d'infections, par exemple d'épisiotomie, est minime puisque les femmes partent « en bonne santé », sans signe infectieux au bout de 24h et reviennent très peu consulter. Or, revenir à la maternité pour une nouvelle accouchée est un challenge : laisser ses aînés seuls (mari souvent absent, payer le transport, fatigue, ignorance...).

Par ailleurs, l'observance à domicile des soins (maternel et du nouveau-né), la prise des antibiotiques est difficile à juger, mais serait intéressante à connaître.

Pour le respect des patientes, faciliter le travail des infirmières et limiter les infections périnatales, des cours de préparation à l'accouchement peuvent également être utiles à instaurer. Le problème reste la charge de travail des infirmières à l'HPRC.

CMC

la visite de la maternité du CMC a été peu convaincante et déroutante : une salle de pré-travail, une salle pour les nouvelles accouchées, une salle d'accouchement où se trouvent une table d'accouchement, quelques médicaments (dont le syntocinon).

Il manque le matériel de réanimation néonatale : un aspirateur, un ambu, une table chauffante.

Des gants pour les révisions utérines (présents à HPRC) sont également indispensables (premier geste en cas de saignements subnormaux), comme la SHA.

Une communication entre le CMC et l'HPRC devait être utile pour les transferts en cas de césarienne, c'est toujours en discussion. Le CMC n'a pas de fauteuil roulant pour ces transferts. Actuellement, ce sont les taxis stationnés à l'entrée de l'HPRC qui sont appelés et censés les réaliser.

Aucun cas de césarienne en urgence ne s'est encore présenté.

L'équipe du CMC est composée d'un responsable chef de service et de 14 infirmières. Celles-ci sont deux par garde à la maternité, deux à assurer les consultations prénatales accompagnées de trois aides-infirmières. Environ 300 femmes enceintes par mois consultent.

Les infirmières du CMC sont également très demandeuses de suivre des formations. La formation réalisée en cours de mission le mercredi après-midi a plu. La réserve du début a laissé place à l'intérêt et aux questions; Le CMC possède le matériel adéquat pour ce genre de rappel/formation (mannequin).

L'idée d'un carnet dans lequel le personnel soignant pourrait noter toutes les remarques, situations difficiles, questions, idées a été proposée.

Ces observations confortent l'importance de la formation professionnelle continue.

L'INSP tient un rôle de centre de formation. Il se propose d'organiser les formations dans ses locaux : il possède les salles, le matériel, les formateurs (contacterait le PNSR -programme national de santé et de la reproduction- pour avoir des formateurs nationaux à disposition, et contacterait également individuellement des formateurs).

L'objectif est l'autonomie dans la formation des professionnels.

Le contenu des formations doit se centrer sur :

- l'hygiène lors des examens, soins, accouchements
- l'eutocie (le travail, l'accouchement, la délivrance).
- la dystocie (dystocie des épaules, hémorragie de la délivrance, les différentes présentations fœtales, pathologies de la grossesse).
- l'épisiotomie, indication, réalisation, réfection et soins.
- utilisation du syntocinon :indication, dosage, gestion pendant le travail
- l'éducation de la femme enceinte et son accompagnement lors de l'accouchement (respiration, positions) mais aussi en post-partum (soins d'hygiènes, signes d'alertes..).

Le temps de mettre en place la formation continue, un rappel des connaissances pourra se faire aux infirmières du CMC lors de futures missions.

Les cours de préparation à la naissance pourront se faire au CMC, lors des consultations prénatales;

Les objectifs sont :

- Préparer les femmes enceintes à gérer la douleur des contractions par la respiration,
- Expliquer le déroulement du travail (notamment révision utérine, césarienne)
- L'allaitement
- Hygiène lors l'accouchement, après l'accouchement (pagne propre pour elle et l'enfant, uniquement dédié à l'accouchement)
- Hygiène dans le post-partum, soins d'épisiotomie (sur mannequin), soins néonataux,
- Les raisons de consulter à la maternité dans le pré et post-partum (signes infectieux)
- L'importance de consulter au CMC après l'accouchement (une consultation est prévue dans les quinze premiers jours et au 45eme jour, mais peu reviennent).

Ces cours d'éducation de la santé devraient être ouverts aux gardes malades (surtout sur l'hygiène et l'allaitement)

L'introduction de cours d'hygiène avec travaux pratiques (utilisation de la SHA et lavage de main) aux étudiants de l'INSP a été abordée et serait utile.

En résumé, les recommandations suivantes sont proposées :

Recommandations 3 : Pour les responsables et les soignants de l'HPRC :

- *Limiter le nombre d'étudiant en salle d'accouchements le matin (jusqu'à 8 personnes supplémentaires)*
- *Afficher les protocoles afin d'homogénéiser les pratiques (avec la réfection de la peinture, toutes les procédures affichées ont disparu)*
- *Systématiser l'utilisation des SHA pendant l'accouchement*
- *Le port d'un masque, même en tissu, pourrait être proposé pendant la suture de l'épisiotomie*
- *Indication et utilisation du syntocinon à revoir*

Pour le programme :

- *Remise à niveau des connaissances pour l'ensemble du personnel (discussion avec le module de formation « sage-femme » l'INSP initiée).*

Une restitution de ces points a été réalisée le vendredi 23 mai en présence de l'ensemble de l'équipe soignante et médicale. Cette restitution a été l'objet d'un rappel sur la fièvre puerpérale et sur l'hygiène des mains (François Niyonkuru) ; diaporama en annexe 5.

CMC –Consultation prénatale et ouverture de la maternité

Intérêt des consultations prénatales

On recommande de délivrer des Informations sur l'accouchement et les soins du post-partum pendant la consultation individuelle, les séances d'éducation à la santé et à la maternité dans le post-partum immédiat (dans les 24h).

Pour ce faire on propose une mission de formation des infirmières sur ces thèmes qui pourrait être réalisée avant la fin de l'année 2014 ; Une demi-journée pour l'ensemble du personnel du CMC auquel pourrait s'associer le personnel de Prince Régent.

Par ailleurs la maternité du CMC n'est pas « sécurisée » :

Pas de matériel de néonatalogie

Manque de protocole de prise en charge en salle de travail :

- Déroulement d'un accouchement eutocique (de l'arrivée de la patiente jusqu'à la délivrance)
- Prise en charge immédiate d'une hémorragie de la délivrance
- Protocole Oxytocine (Syntocinon)
- Prise en charge d'une souffrance fœtale
- Prise en charge d'une rétention placentaire
- Prise en charge du nouveau-né

Pas de procédure de transfert en cas de dystocie

Manque de formation pratique de l'équipe d'infirmière

On recommande une mission de formation de remise à niveau sur l'accouchement sur le mode d'une heure de formation par jour par une sage-femme de 8 heures à 9 heures pendant une semaine à destination des seules infirmières du CMC en charge des accouchements.

Recommandations 4:

- *une liste pour l'équipement nécessaire pour la prise en charge du nouveau né et l'accouchement est présentée ci-dessous.*
- *Les infirmières « accoucheuses » du CMC pourraient profiter de l'expérience de l'équipe de la maternité de l'HPRC par des stages fréquents et réguliers.*
- *Des protocoles (sus cités) devront être rédigés et affichés ainsi que la procédure de transfert en urgence vers le bloc obstétrical.*
- *Un accès par une ouverture entre le CMC et l'hôpital Prince Régent séparée par un mur pourrait faciliter le transfert des patientes.*

Liste de matériel manquant :

- **Pour ne nouveau né :** une sonde d'aspiration raccordable à une seringue de 50 cc pour désobstruer les voies respiratoires, un ambu (air ambiant et taille adaptée) pour la ventilation, une table de « réanimation » pour les soins, un flacon de SHA
- **Pour la mère :** des gants pour réaliser la délivrance artificielle, un fauteuil roulant pour le transfert de la patiente si besoin, un flacon de SHA.

Cette liste n'est pas exhaustive mais apparaît comme essentiel et incontournable.

Par ailleurs on recommande que les infirmières accoucheuses colligent sur un cahier toutes les questions et situations complexes qu'elles ont rencontrées afin d'orienter les formations pratiques à venir.

Enquête sur les infections du post partum :

- A L'HPRC

L'enquête était actuellement en court (Dr Mamboléo), 150 femmes ont été incluses.

Les fiches sont correctement remplies et le travail fait avec sérieux.

Les données ont déjà été saisies par Emmanuel de l'unité d'hygiène.

Une analyse, à laquelle le Dr Providence de la direction des soins souhaite être associée, sera réalisé et les résultats présentés au cours d'une mission à l'automne prochain.

- AU CHUK

Exactement la même enquête est prévue et devrait débutée courant juillet. Il s'agit de dupliquer la même méthode, le même recueil afin de disposer d'un échantillon comparable entre les deux sites.

Le travail sera réalisé par un interne qui souhaite en faire sa thèse sous la direction du Dr Sylvestre, gynécologue au CHUK.

Evaluation des indications de mise sous traitement antirétroviral dans les deux centres de prise en charge ambulatoire du VIH (CPAMP) de l'HPRC et du CHUK

Il s'agit d'une enquête qui a pour objectif évaluer la capacité du « programme » à prescrire un traitement antirétroviral selon les recommandations nationales Burundaise ($CD4 < 350$ et/ou présences de signes cliniques évocateur d'un stade C de l'OMS).

Une aide méthodologique a été apportée pour la mise en place de cette évaluation chez les patients non traités et suivis dans les deux CPAMP

La première proposition consistait à tirer un échantillon aléatoire de patients non traités par antirétroviraux (ARV) représentatif de la file active. A compter d'une file active de 1500 patients environ sans traitement avec une estimation de 20% de patients non traités mais avec une indication, la taille de l'échantillon devrait être de 250 patients par CPAMP.

Au CHUK :

On retrouvait 4141 patients dans la file active au jour de l'extraction (base Sida-info : 20/05/2014), 1875 patients n'avait pas de traitement ARV (45%).

Une liste de 240 patients tirés au hasard parmi les patients de la file active non traités par ARV a été constituée.

Il a ensuite été prévu de convoquer ces patients pour les inclusions dans l'étude avec la réalisation d'un dosage de CD4.

Pour les 150 premiers patients de la liste, on a disposé que de 13 numéros de téléphone renseignés dans le dossier. Sur les 13 appels pour inviter le patient à se présenter aucun patient n'est venu à la date prévu (faux numéro, pas de réponse, un accord mais patient non venu).

Il a été donc décidé de procéder différemment et d'inclure soit les patients se présentant au CPAMP pour retirer des traitements (autres qu'ARV), soit les patients mobilisés à venir par les « comitards », pairs de patient dans les différents quartiers. Cette stratégie est actuellement en cours.

Il est à noter qu'un biais de sélection majeur devra être pris en compte. Ainsi l'objectif de l'étude devra être discuté à la lumière de ces résultats. Nous aurons en effet un échantillon absolument pas représentatif de la population d'intérêt.

Le premier enseignement à retenir, toutefois, est l'absence d'information précise pour contacter le patient dans les dossiers du CPAMP.

A l'HPRC :

La même approche a été réalisée. Sur une file active de 3098 patients, 1548 n'avait pas de traitement ARV (50%). Une liste de 240 patients tirés au sort a été également constituée.

Là, les dossiers des patients étaient beaucoup mieux renseignés et sur les 20 patients convoqués pendant la mission 15 ce sont présentés pour être inclus dans l'étude, le premier jour, 13 sur 20 le deuxième jour. Il a été donc décidé de poursuivre cette stratégie dans ce CPAMP.

Il est à noter que le dosage des CD4 n'est plus disponible à Bujumbura depuis le mois de janvier 2014.

Il faudra aussi tenir compte de cette donnée. Les facteurs associés au retard à la mise en route d'un traitement ARV (critère de jugement) peuvent donc être dépendant (ou confondant) par la non

disponibilité de la mesure permettant l'évaluation en routine (avant l'étude), biaisant de façon importante les conclusions éventuelles.

De façon habituelle, il convient d'utiliser un moyen de mesure constant, systématiquement disponible et reproductible pour évaluer un programme. Dans ce contexte de rupture de stock de réactif ou de maintenance difficile pour l'équipement, peut être qu'une approche par l'observance des consultations médicales pourrait être une alternative. Il s'agirait ainsi, sur la base de ces patients non traités, d'estimer le respect des rythmes de consultations et l'écart entre la consultation programmée et la consultation effectuée et comme critère secondaire la présence de signes cliniques d'immunodépression à cette consultation.

Annexe 1

Termes de références – Mission Ether/APPS Burundi du 19/05/2014 au 23/05/2014

Docteur Jean-Marc Chapplain, CHU de Rennes/Mme Audrey Guerizec, sage-femme, Paris

Objectifs généraux de la mission :

Suivi du programme APPS dans les hôpitaux de Bujumbura partenaires du programme : CHU Kamenge et Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)

Docteur Jean-Marc Chapplain, (médecin maladies infectieuses et unité d'hygiène)

Suivi global des actions du partenariat

1. Hygiène des mains dans les deux hôpitaux:
 - a. Approvisionnement, stockage et usage dans les services de soins
 - b. Suivi de la consommation et actions mises en place pour renforcer cette utilisation par les professionnels
 - c. Rendu sur la qualité du produit nouvellement fourni par l'entreprise Siphar
 - d. Rencontre avec les directions sur le financement à termes de l'achat de ces produits par les deux hôpitaux partenaires
2. Organisation au bloc opératoire et qualité des soins (HPRC)
 - a. Suivi de la mission de Jean-Yves Bossard sur le bio-nettoyage et son organisation
 - b. Etat d'avancement de la mise en place de la check list
 - c. Préparation du patient avant l'intervention
 - d. Suivi des infections en post-opératoires
 - e. Rencontre avec les chirurgiens et préparation de la mission de formation de Théophile prévu à Rennes au mois de juin
3. Surveillance épidémiologique : suivi de la surveillance dans les deux hôpitaux
4. Enquête infection du post-partum (HPRC) : avancement de l'enquête

Mme Audrey Guerizec, (sage femme)

Compagnonnage au sein de la maternité de l'HPRC et entretien avec l'équipe du CMC Buyenzi pour les visites anténatales (préparation à l'accouchement)

1. « Immersion » dans la maternité de l'HPRC
 - a. Partage des pratiques d'accouchement
 - b. Hygiène dans la prise en charge de la parturiente
2. Suivi de l'enquête sur les infections du post-partum
3. Renforcement du contenu des consultations anténatales sur le volet éducation à la santé : préparation à l'accouchement (CMC Buyenzi)

Annexe 2

Rapport du comité d'hygiène

François Niyonkuru

Proposition 2014

Recommandations issues de la réunion du 18 Avril 2014

- *Le plan du CHSST doit se figurer dans le plan annuel de l'hôpital.*
- *Il faut une collaboration entre le service d'hygiène et les services par rapport à la surveillance des infections postopératoire.*
- *Faire une évaluation des présences des membres du CHSST dans des réunions organisées par cet organe durant l'année 2013.*
- *Faire une réunion de sensibilisation des professionnels pour leur montrer l'importance de limiter les gardes malades.*
- *Faire un plan d'EPS/ salle incitant la population fréquentant l'hôpital à comprendre l'importance de limiter les gardes malades.*
- *Améliorer la cheminée de l'incinérateur et de proposer les normes de l'incinération*
- *A tous les membres du CHSST d'éviter les absences même en cas de congé afin de bien organiser les actions proposées car quant il y a peu de présences, il y a peu d'idées et la productivité devient faible.*

III. PLAN D'ACTION 2014.

COMITE D'HYGIENE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL

1. DEFINITION ET CONTEXTE

Le Comité d'Hygiène, Santé et Sécurité au Travail (CHSST) est un organe consultatif qui est chargé de définir les grands axes d'orientation de l'établissement de santé en matière de l'hygiène, la santé et la sécurité au travail.

Il veille à la mise en place des actions indispensables à la politique de prévention contre les infections liées aux soins, accidents au travail, maladies professionnelles, au besoin en incitant la mise en place des groupes de travail réunissant les personnes les plus compétentes et motivées.

Le comité doit définir les priorités et établir un plan d'action annuel. Il assure le suivi de ce plan et fait le lien entre les acteurs de terrains et l'administration.

Le comité doit établir (ou valider) des recommandations, les actualiser et s'assurer de leur diffusion. De même, le comité fait le choix des matériels les plus adaptés.

Il s'assure le suivi des formations et sensibilisation des personnels.

2. LES OBJECTIFS

A. Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'hygiène, de l'état de santé et de la sécurité de la population à l'HPRC.

B. Objectifs spécifiques :

- a) Améliorer l'hygiène hospitalière;
- b) Proposer des orientations de prévention et de prise en charge des accidents et les maladies professionnelles;
- c) Assurer la formation continue du personnel de l'HPRC;
- d) Assurer le suivi-évaluation.

3) ORGANISATION

a) Composition

Afin d'impliquer tout le personnel, toutes les catégories professionnelles et les partenaires sociaux sont représentés dans le CHSST de l'HPRC.

La nomination relève de la Direction de l'HPRC. Le mandat de ce comité est de deux ans.

a) Fonctionnement

Le comité se réunit au moins 1 fois par trimestre et chaque fois que de besoin.

Une copie du compte rendu des réunions du CHSST doit être envoyée à la Direction de l'HPRC, aux directeurs adjoints et aux membres dudit comité.

Les réunions sont convoquées une semaine avant la séance par le Président du CHSST ou son vice.

4. MISSIONS

- a) Contrôle des techniques de désinfection et de stérilisation employées dans les unités de soins, le bloc opératoire et le service de stérilisation ;
- b) Elaboration et surveillance des techniques aseptiques dans tous les services médicaux-techniques;
- c) Suivi du système d'isolement des malades infectés;
- d) Suivi et évaluation du système de collecte des données sur les infections liées aux soins, maladies professionnelles et accidents de travail ;
- e) Surveillance bactériologique de l'environnement hospitalier en général et des zones critiques en particulier comme le bloc opératoire et les unités de soins intensifs ;
- f) Elaboration des conseils d'orientation en antibiothérapie;
- g) Elaboration des directives pour l'entretien ménager, la transformation des locaux, la désinfection des surfaces, les procédés de lavage de l'hôpital, de distribution du linge, les méthodes de collecte et d'évacuation des déchets hospitaliers, et la lutte contre les vermines.
- h) Formation et recyclage du personnel en matière d'hygiène hospitalière, d'accidents de travail et des maladies professionnelles ;
- i) En accord avec les chefs des services concernés, élaboration d'un règlement d'ordre intérieur pour les zones à risque et à haut risque.

5. VISION

Un hôpital propre, sans infections liées aux soins, où la sécurité du Personnel est assurée pour la protection des patients et des gardes-malades.

6. RESULTATS MESURABLES

R1/ De Janvier à Décembre 2014 le triage et l'évacuation des déchets seront maîtrisés de 67,74% jusqu'à 80%.

R2/ De janvier à Décembre 2014, les infections liées aux soins diminueront de 20%. (de 2,33 à 1,9 %)

R3/ De Janvier à Décembre, l'entretien au bloc opératoire sera maîtriser de 35% à 80%

7. SITUATION ACTUELLE

a) Atouts:

- Engagement effectif de la Direction en matière d'Hygiène ;
- Existence d'un service d'hygiène et assainissement avec un personnel qualifié ;

- La majorité du Personnel a bénéficié d'une formation en matière d'hygiène hospitalière
- Existence de poubelles même si elles sont en quantité insuffisante.
- Existence d'incinérateur ordinaire fonctionnel
- Existence des solutions hydro-alcooliques (R2)
- Réhabilitation du bloc opératoire (R2)
- Existence du Comité 5S/5K et des comités d'amélioration du Travail (WITS);
- Existence d'une fiche de suivi d'Hygiène;
- Existence des normes d'hygiène déjà en place ;
- Existence des chefs de salles chargés de suivre au quotidien l'hygiène ;
- Existence des référents en hygiène.
- **Existence de la check list au bloc opératoire**

b) Faiblesses:

- Insuffisance des poubelles (**Pas de boîte de sécurité pour les PCT**) ;
- Les poubelles existantes ne sont pas identifiables ou étiquetées ;
- Surnombre des garde-malades dans les salles d'hospitalisation ;
- Les malades et garde-malades ne maîtrisent pas les règles d'hygiène en général ;
- Les malades se trouvent, pour la plupart des cas dans une situation d'indigence ;
- Insuffisance de fonds alloués à l'hygiène hospitalière ;
- Insuffisance de formations du Personnel en matière de stérilisation;
- Incinérateur électrique en panne;
- Le cheminé de l'incinérateur fonctionnel est court et source de pollution de l'environnement hospitalier et avoisinant ;
- **Insuffisance des champs pour les blocs opératoires;**
- Insuffisance des tenues de protection ;
- Insuffisance d'appareils de stérilisation;
- Non respect des normes du bloc opératoire ;

- Machine à laver souvent en panne ;
- Coupures fréquentes de courants ;
- Peu d'intérêt accordé à l'éducation pour la santé.

8. OBSTACLES

- Insuffisance de fonds;
- Absence de poubelles identifiables pour le triage des déchets;
- Insuffisance des poubelles;
- Non implication du personnel;
- Non implication des malades et garde-malades;
- Non respect de l'horaire des visites pour garde-malades et parentés;
- Hôpital vétuste dans une grande part de ses infrastructures;
- Passage difficilement exploitable pour évacuer les déchets ;
- Surnombre des garde-malades dans les salles ;
- Niveau socio-économique relativement bas de nos clients ;
- Ruptures fréquentes des produits d'Hygiène ;
- Manque de recyclage en matière d'hygiène ;

9. OBSTACLES MAJEURS

- ❖ Peu d'implication du personnel
- ❖ Peu d'implication des malades et garde-malades
- ❖ Non respect de l'horaire des visites pour les garde-malades et parentés
- ❖ Surnombre des garde-malades dans les salles
- ❖ Insuffisance de poubelles pour le triage des déchets

10. ANALYSE DES CAUSES PROFONDES

- ❖ **Peu d'implication du personnel.** Parce que
 - ✓ pas de séances d'information Education Communication (IEC)
 - ✓ peu d'implication des Chefs hiérarchiques

- ✓ **Peu d'intérêt**
- ❖ **Peu d'implication des malades et garde-malades.** Parce que
 - ✓ Pas de sensibilisation des malades et garde-malades
 - ✓ Peu d'implication du Personnel
 - ✓ pas de réunions de sensibilisation
 - ✓ peu d'implication des Chefs hiérarchiques
 - ✓ **Peu d'intérêt**
- ❖ **Non respect de l'horaire des visites pour les gardes-malades et parentés.** Parce que:
 - ✓ Absence de rigueur des agents de sécurité
 - ✓ Peu d'implication de leurs chefs hiérarchiques
 - ✓ **Négligence du personnel**
- ❖ **Surnombre des garde-malades dans les salles.** Parce que:
 - ✓ Ils viennent en grand nombre pour un seul patient (voire même toute la famille)
 - ✓ Le nombre de garde-malades n'est pas limité
 - ✓ **Les normes d'hygiène à l'HPRC ne précisent pas le nombre de garde-malades exigé pour chaque patient**
- ❖ **Insuffisance de poubelles identifiables pour le triage des déchets.** Parce que:
 - ✓ Peu de réunions de sensibilisation
 - ✓ **Peu d'implication des Chefs hiérarchiques et du Service d'Hygiène et Assainissement**
 - ✓ **Négligence**

11. DEFI (De janvier a Décembre 2014)

Comment allons-nous rendre propre l'Hôpital Prince Régent Charles et exempt d'infections liées aux soins alors que le Personnel et gardes-malades ne sont pas suffisamment impliqués

12. ACTIONS PRIORITAIRES (DE JUIN A DECEMBRE 2014)

- 1) Sensibiliser le Personnel
- 2) Sensibiliser les malades et garde-malades
- 3) Règlementer les visites en dehors des heures règlementaires

- 4) Limiter le nombre de garde-malades

13. PLAN D'ACTION

<p>Défi : Comment allons-nous rendre propre l'Hôpital Prince Régent Charles et sans infections liées aux soins alors que le Personnel et gardes-malades ne sont pas suffisamment impliqués?</p>	<p>Indicateurs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'infections liées aux soins 2. Nombre de poubelles étiquetées 3. Nombre de poubelles non étiquetées 4. Pourcentage de sites où le triage et l'évacuation des déchets sont bien faits 5. Pourcentage de sites ou poubelles d'entreposages des déchets bien entretenus 6. Nombre de P. V des réunions 7. Nombre de personnes sensibilisées 8. Nombre de séances d'IEC 9. Taux d'infections du site opératoire
<p>Résultats mesurables souhaités :</p> <p>R1/ De Janvier à Décembre 2014 le triage et l'évacuation des déchets seront maîtrisés de 74% jusqu'à 80%.</p> <p>R2/ De janvier à Décembre 2014 les infections liées aux soins diminueront de 20%. (1,7% en 2013 à 1,36% en 2014)</p> <p>R3, De Janvier à Décembre 2014, l'entretien au bloc opératoire sera maîtriser de 35% à 80%</p>	
<p>Actions prioritaires :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sensibiliser le Personnel 2) Sensibiliser les malades et garde-malades 3) Empêcher les visites en dehors des heures règlementaires 4) Limiter le nombre de garde-malades 5) Appliquer la check list au bloc opératoire 	

Activité	Action prioritaire	Personne responsable	Date de démarrage	Date d'achèvement d'achèvement	Ressources
Tenir des réunions des Chefs de Services, de postes et de salles sur les stratégies permettant d'assurer la sécurité et l'amélioration de l'hygiène, de l'état de santé et de la sécurité de la population à l'HPRC.	N°1	Médecin Dir. HPRC + DACS+Chef de Service Hyg. αAss.	29/5/2014	15/06/2012 15/09/2012 15/12/2012	Minime
Tenir des réunions dans chaque service pour tout le Personnel	N° 1	Chefs de Services et Chefs de Postes (Tous) Sce hygiène,	1 par trimestre	21/06/2012 06/09/2012 06/09/2012	Minime
Organiser des Séances d'éducation pour la santé	N°2	Chef de salle + Chef de Service Hygiène + Chef du Nursing	hebdomadaire	Continu	minime
Siffler pour signaler le début et la fin des visites	N°4	Chef de service Adm.et Sécurité + Chef de poste adjoint sécurité	Continue	indéterminée	minime
Tenir une réunion pour inciter le personnel infirmier à faire respecter l'horaire de visite	N°4	Dacs, Chef du nursing	04/06/2014		
Acheter des badges	N°4	Chef Nursing + Chef des Services Généraux	20/4/2014		
Tenir une réunion au personnel de la	N°5	Dacs, Nursing, Chef de sce chirurgie, chef	Début juin		

gynécologie pour leur sensibiliser sur la check list		de service d'hygiène			
Suivre et évaluer les activités précédentes		Président+ Vice Président et Secrétaire du CHSST	Trimestrie 1	Le Janvier 2013	

ANNEXES

Tableau II : ETAT DES LIEUX DE L'HYGIENE SUR LE TRI DES DECHETS A L'HPRC.

Site	Tri bien fait	Tri mal fait	observations
Obstétrique		X	Présence des déchets d'activités de soins dans les DAOM.
Gynécologie s10	X		
Gynécologie S9	X		
Bloc gynécologie	X		
Bloc opératoire	X		Présence des aiguilles devant le service
Réanimation	X		
MI S2	X		
MI S3		X	Le conteneur du sérum reste suspendu au dessus du lit
MI S4		X	Présence des containers des sérums usés au dessus des patients
MI S5		X	//
MI S6		X	//
MI S15	X		
MI S19	X		
P3	X		

Gynécologie S7	X		
CHIRURGIE S8		X	
CHIRURGIE S12		X	Les déchets d'activités de soins sont mélangés avec ceux assimilés aux ordures ménagères(DAOM) devant la morgue
CHIRURGIE S13	X		
CHIRURGIE S14	X		
CHIRURGIE S16	X		
CHIRURGIE S18	X		
CIRURGIE S20	X		
PEDIATRIE1	X		
PEDIATRIE2	X		
PEDIATRIE 5et 6	X		
PEDIATRIE4		X	Les PCT ne sont mélangés avec d'autres déchets
Néonatalogie	X		
URGENCE		X	les Déchets sont remarqués sur le sol et ceux d'activités de soins dans les DAOM
Ophthalmologie	X		
Stomatologie		x	Présence d'ouate tout au tour du service
Laboratoire	X		
ORL	X		
100% = 32	22 = 68,75%	10=31,25 %	Nombre de sites à améliorer en rouge

u

Tableau III. ETAT DES LIEU DE L'HYGIENE SUR LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE

OPERATOIRE DE L'HPRC

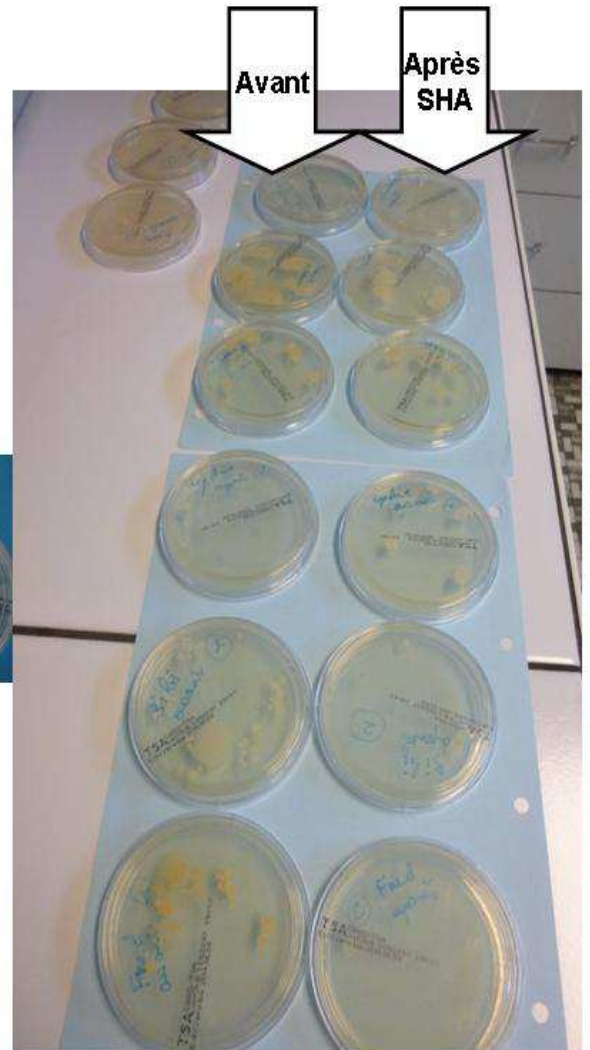
Année	Nombre d'intervention	Nb ISO
2009 au 31/07	945= 100%	28=2.96%
2010 au 30/09/	1101=100%	11=1.02%
2011 au 31/08	869=100%	22=1.84%
2012 au 31/08	1203=100%	18=208%
2013 au 31/08	1148=100%	19=1,7%

Tableau IV. ETAT DES LIEUX SUR L'ENTRETIEN AU BLOC OPERATOIRE

Désignation	Appréciation
Entretien du sol	Ok
Entretien de la table d'opération	Ok
Entretien du plafond	Non
Entretien des climatiseurs	Non
Entretien des lampes scialytiques et autres surfaces	Non
Entretien des poignets	Non
Entretien des murs	Non
Entretien de la lampe d'éclairage	Non

Une action de formation et sensibilisation est nécessaire dans les deux blocs opératoires car 75% des sites à entretenir ne sont pas visés.

Annexe 3
Résultats des tests d'empruntes sur boîte de *Petri* de la nouvelle
formulation de la Siphar
Février 2014



Annexe 4

Compte rendu de la Mission ESTHER 2014

Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)

Jean-Yves BOSSARD

Technicien Hygiène de l'Environnement

Lundi 31 mars 2014 :

Rencontre avec le directeur de l'Hôpital Jean Bosco, Jérémie, François, Nicolas et moi.

Présentation des objectifs de la mission par Jérémie.

Le directeur nous apprend qu'une grève est très probable le lendemain.

Réunion avec François et Emmanuel pour organiser le déroulement de la semaine et recenser les personnes à rencontrer. On essaie de voir toutes ces personnes aujourd'hui et de fixer un rendez-vous. Les infirmières commencent à 7h30, les médecins à 8h.

François m'accompagne lors des différentes rencontres

Rencontre avec le Dr Théophile chef de service Chirurgie.

Check-list

Echange sur le point d'avancement de la mise en place de la check-list.

Le chef de service indique qu'une réunion institutionnelle a été organisée avec les différents responsables (chefs de services, médecins, anesthésistes, chefs nursing, chef de poste) où une réflexion a été engagée (cf CR du 14/01/2014)

Le Dr Théophile nous dit que le projet est conditionné par la mise à disposition d'une salle N°12 qu'il vient d'obtenir pour regrouper les patients. Ce regroupement évitera aux médecins anesthésiste de se déplacer dans les différentes salles pour voir leurs patients avant l'intervention et de tenir les documents de la check-list dans un même lieu. Il ajoute qu'il est en attente de l'installation de lits dans cette salle.

Bionettoyage des blocs opératoires

Je propose un premier temps d'observation des pratiques afin de voir si celles-ci ont évolué depuis ma visite du mois de février 2013. Je sollicite une autorisation pour assister à une intervention pour ensuite observer l'entretien de la salle.

Nous convenons de la journée de mercredi pour le déroulement de cette mission.

Rencontre avec le Dr Mamboléo chef de service de la Gynécologie/obstétrique

Proposition identique à celle faite auprès du Dr Théophile.

Nous convenons de la journée du mardi pour le déroulement de cette mission

Rencontre de Massoud chef de poste du bloc Général

Massoud me fait part de projet de réorganisation du bloc par

- un sas de transfert qui évitera aux brancards de l'extérieur de pénétrer dans le bloc
- de mise à disposition de tenue et protection à l'entrée des salles afin de redéfinir les zones (blanche/bleue)
- De mettre à disposition des chaussures de blocs lavables

Check-list

Nous visitons la salle 12, qui n'est pas encore équipée de lits. Massoud n'a pas connaissance de la date de livraison des lits. Cette livraison conditionne la mise en place de la check-list.

Massoud indique qu'il reviendra aux chefs de poste de vérifier le remplissage et le suivi de la checklist.

Rencontre de Marie Bukuru Chef nursing et de Providence Munézero Directrice chargée des soins. Ces responsables n'étant pas disponibles, le rendez-vous est reporté.

Mardi 1^{er} avril 2014

Bloc Gynécologie

Observation des pratiques d'hygiène au bloc

Type d'intervention : Césarienne

Préparation de la patiente :

- douche
- préparation cutanée avec une solution iodée, pas de détergence préalable.

Matériel présent dans la salle

- traces de corrosion sur les chariots et divers matériel
- protections usines non retirées sur le chariot inox

Respect des règles d'hygiène et tenue des personnels médicaux, paramédicaux et étudiants

- masque souvent positionné sous le nez
- le calot ne couvre pas la totalité des cheveux
- présence de bijoux (montre, bracelet, bagues) sauf le chirurgien et la panseuse.
- Tenue blanche avec des poches
- Nombreux allées et venues vers l'extérieur de la salle sans friction des mains et/ou avec des gants y compris durant l'intervention.

Fin de l'intervention (bébé garçon 4,1kg)

Sortie de la maman sur un brancard

Bionettoyage

Les travailleurs récupèrent des déchets souillés sur le sol, ils les déposent dans les poubelles présentes dans la salle (bacs plastique bleus). Avec leurs gants latex à usage unique souillés, ils rentrent et sortent de la salle, les poignées de portes et d'autres surfaces sont touchées lors de ces déplacements.

Un premier nettoyage du sol est entrepris pour éliminer les liquides biologiques présents sur le sol. Un trempage du sol est effectué avec un seau contenant une solution désinfectante (Présept), puis les liquides sont évacués vers l'extérieur à l'aide d'une raclette.

La table d'opération est nettoyée avec un chiffon imbibé du produit désinfectant, puis un second lavage du sol avec cette même solution est effectué.

Bionettoyage de la salle après la dernière intervention de la journée

Le même type de nettoyage effectué entre 2 interventions est effectué.

Remarque sur les pratiques de nettoyage

Les travailleurs s'attachent à éliminer les souillures visuelles, principalement présente sur la table d'opération et le sol. En revanche, les points de contacts (poignées de portes, commande électrique, équipements de la salle (aspirateur, chariots, respirateur, ...) ne sont pas nettoyés et désinfectés. Il est à noter que tous ces éléments ont été touchés et manipulés durant l'intervention. Le travailleur a touché avec ses gants souillés les poignées de portes qui ne seront pas ni nettoyées ni désinfectées.

Evaluation visuelle de la propreté des salles et du sas de lavage des mains

Présence de toiles d'araignées au plafond

Poussière visuelle sur les murs et les rebords des portes et fenêtres

Essais des nouveaux supports de nettoyage

Avec François, je teste les nouveaux supports pour effectuer le nettoyage les surfaces hautes.

La technique permet d'éliminer les poussières sur les bras de scialytique à l'aplomb de la table d'opération, des toiles d'araignées autour des néons et dans les angles des plafonds et des murs.

Pour le dépoussiérage des murs, le balai rasant équipé d'un manche télescopique n'offre pas une bonne glisse et ne donne pas une entière satisfaction. Ceci étant du à l'aspect granuleux des murs sur la partie peinte en blanc.

Intérêt de la technique

Eliminer les poussières en quantité importante dans le bloc. Les nombreuses allées et venues dans les salles durant les interventions provoques des turbulences aérodynamiques avec le mouvement des portes remettant ainsi des poussières en suspension dans la salle durant l'intervention.

Mercredi 2 avril

Bloc Général

Je suis accueilli par Massoud chef de poste, ce lui-ci me présente les locaux et m'invite à assister à une intervention. Je prends connaissance du programme opératoire, 3 interventions sont programmées.

- 1) Nécrose de l'illio stomie. Patient en salle 12 lit N°4
- 2) Hernie ombilicale. Bébé de 10 jours en néonate
- 3) Palette humérale, pose d'une broche. Patient salle 14 lit N°4

Soins pré-opératoires : le patient est rasé et a pris une douche le matin avant 8h. Il porte une tunique propre fournie par l'hôpital, mais il a remis son pantalon personnel qui parait visuellement propre.

Je demande à voir la douche, celle-ci est propre et un savon a été mis à la disposition du patient.

Rencontre du Dr Théophile

Je demande si le local pour regrouper les patients avant leur entrée au bloc est opérationnel pour la mise en place de la check-list. Le Dr Théophile m'informe qu'un changement de local a été décidé car celui qui a été initialement proposé est trop petit. Visite du nouveau local avec le Dr Théophile, il s'agit de la salle commune N°12 où des patients hospitalisés sont encore présents. Je n'obtiens pas de date pour le démarrage de la nouvelle organisation qui doit permettre de mettre en place la check-list.

Observation d'une intervention

Bébé De 10 jours présentant une hernie ombilicale.

Préparation de la salle

Port de bagues, bracelets, montre chez les professionnels médicaux et paramédicaux

Masque positionné sous le nez chez le médecin anesthésiste et l'infirmière anesthésiste (à moins de 60cm de u site opératoire)

Effectif dans la salle 11 et parfois 13 personnes (équipe bloc + étudiants)

Check-list

Remplissage des 2 premières colonnes par le chirurgien en collaboration avec le médecin anesthésiste

Un inventaire des instruments et des compresses est effectué avant l'incision puis recomptés à avant de refermer.

Complément apporté sur le document à la fin de l'intervention avec les 3 signatures (Chirurgien, Médecin anesthésiste, Infirmière anesthésiste)

Déroulement de l'opération

Bébé difficile à « technique »

Lavage chirurgicale des mains du chirurgien et de son assistant puis friction des mains au PHA incomplète

Désinfection du site opératoire avec de la bétadine dermique 10% et une solution de sodium chloride

Rencontre de Marie Bukuru et Cézarie

Nicolas et moi-même rappelons l'objet de notre mission

Les chefs Nursing font part de leur intérêt pour la qualité de l'entretien des blocs opératoires.

J'évoque auprès de M. Bukuru la difficulté de la mise en place de la check-list et les différents liés à la disponibilité d'une salle.

Elle confirme qu'une salle avait été retenue, mais que l'espace a été jugé insuffisante, mais une autre solution a été trouvée avec une autre salle. Il semble cependant y avoir quelques freins à la mise en œuvre par l'absence d'un point d'eau et du téléphone.

M. Bukuru indique qu'une infirmière sera affectée à cette salle et que celle-ci devra s'assurer de la mise en place du document de la check-list.

Jeudi 3 avril

8h00 rencontre de l'équipe des travailleurs chargée du nettoyage des blocs opératoires.

Personnes présentes : François responsable hygiène, Florette, Léonidas, Révérien, Damien.

J'ai demandé à François d'être présent pour faire office d'interprète.

Objet de la rencontre :

- restitution de mon observation lors des entretiens des salles d'opération
- rappel sur le risque infectieux lié à l'environnement et au manu portage
- recommandations lors de l'entretien entre 2 interventions et l'intérêt des entretiens périodiques approfondis
- démonstration de l'utilisation de nouveaux outils
-

Déroulée de la rencontre

Retour sur les pratiques observées : Les premières étapes de l'entretien entre 2 interventions qui consistent à éliminer les déchets, le linge souillé, l'élimination des liquides biologiques sur le sol et la table sont d'un niveau satisfaisant.

En revanche, le matériel utilisé durant l'intervention et les points de manu-portage ne sont pas désinfectés. Il s'agit essentiellement des appareils et équipements qui ont été manipulés durant l'intervention (scialytique, bistouri électrique, chariots, aspirateur médicale, poignée de porte, ...). Les poignées de portes par exemple ont été manipulées avec des gants souillées portées par le

travailleur. Ces surfaces n'ont pas été nettoyées et désinfectées durant la journée. Par ailleurs, la friction des mains au PHA n'est pas pratiquée par les travailleurs.

J'insiste sur ces derniers points auprès des travailleurs qui semblent comprendre l'intérêt de limiter la propagation des germes par le respect de ces recommandations.

J'indique que des entretiens approfondis périodiques sont nécessaires pour garantir une meilleure propreté de l'environnement dans les blocs opératoires. Les poussières présentes sur les surfaces hautes telles que les bras de scialytique, les appareils éclairage, les toiles d'araignées au plafond et sur les murs doivent être éliminées périodiquement.

Un temps de démonstration de l'utilisation d'outils adaptés permet aux travailleurs de se rendre compte de l'efficacité de la méthode par la quantité de poussière recueillie sur le support.

J'explique qu'une quantité de ces poussières située à l'aplomb de la table d'opération se déplacent par les turbulences provoquées par les mouvements de portes et du personnel présent dans les salles d'opération durant l'intervention. Ces poussières porteuses de germes peuvent se retrouver sur le site opératoire et infecter gravement le patient.

Je précise que ces entretiens périodiques qui devront être organisés devront faire l'objet d'une traçabilité afin d'en assurer le suivi.

Une autre rencontre est prévue dans l'après midi avec d'autres travailleurs.

Retour au bureau de François vers 9h30

Rédaction de 4 procédures d'entretien des blocs opératoires.

- Entretien entre 2 interventions
- Entretien de fin de programme opératoire
- Entretien hebdomadaire
- Entretien à fond

Vendredi 4 avril

8h30 : Rencontre Emmanuel

Echange sur ses souhaits de thèmes de stage

Il aimerait se perfectionner sur les programmes informatiques dans le but d'exploiter des données et produire des statistiques sur les IN et autres activités de l'Hygiène.

Il voudrait maîtriser des systèmes comme SPSS, SAS, STATA,...

Il est à noter qu'Emmanuel a émis le souhait de prendre une autre orientation que celle de l'Hygiène à l'HPRC. J'ai donc du mal à comprendre qu'il souhaite faire un stage à Rennes sur ces thèmes alors qu'il a un autre projet.

J'ai cependant compris qu'il donne des cours d'informatique en dehors de son temps de travail et qu'il est rémunéré pour cette activité extraprofessionnelle.

9h45 : Rencontre du Dr Théophile NKESHA

Echange sur ses souhaits de thèmes de stage

- Il aimerait voir l'organisation des blocs opératoires, de préférence l'orthopédie et la chirurgie pédiatrique)
 - o Organisation en amont, préparation du programme, les circuits
 - o Préparation et installation du patient
 - o Assister à des interventions

- Il aimerait rencontrer des neuro-chirurgiens pour discuter de techniques pratiquées en Europe et qu'il souhaiterait mettre en œuvre à l'HPRC
 - o Comment s'approvisionner en matériel standard à un coût raisonnable
 - o Nécessité ou pas de créer une salle spécifique pour ces techniques
 - o Evoquer les besoins en équipements (bistouri bipolaire)

Par ailleurs, le D' Théophile me demande si son épouse peut obtenir une invitation de la part du CHU de Rennes, car il souhaiterait qu'elle l'accompagne en France lors de son stage.

Je lui indique que je vais faire remonter sa demande

Bionettoyage

Transmission par mail des procédures à Jérémie pour impression couleurs. Les documents seront remis à François pour diffusion dans les 2 blocs opératoires (bloc Général et bloc Gynéco)

François dispose des fichiers sous Word qu'il pourra modifier et traduire en Kirundi afin de faciliter la compréhension pour les travailleurs.

Distribution des supports et outils pour le bionettoyage (don du fabricant « Concept microfibre »)

Ensemble des blocs

- 1 balai rasant en aluminium
- 1 manche télescopique

Bloc général

- 5 franges microfibre fixation velcro
- 4 manchons microfibre pour sabre à mémoire de forme
- 1 sabre à mémoire de forme
- 1 mini manche télescopique
- 8 chiffonnettes microfibre

Bloc Gynécologie

- 3 franges microfibre fixation velcro
- 4 manchons microfibre pour sabre à mémoire de forme
- 1 sabre à mémoire de forme
- 1 mini manche télescopique
- 4 chiffonnettes microfibre

Ces éléments ont été remis aux chefs de poste des blocs opératoires

11h15 : Restitution auprès Providence Munézero Directrice des soins, Marie Bukuru chef Nursing et son adjointe en présence de François chef du service de l'Hygiène et de Nicolas Mouillière Interne à l'unité d'Hygiène du CHU de Rennes

Le Dr Jean Bosco est excusé pour son absence

Check-list

J'évoque le fait que le Dr Jean Bosco Directeur a inscrit la check-list dans les priorités des actions à mener dans son établissement. J'ajoute que cette volonté transparait dans le compte rendu de réunion du mois de janvier qui m'a été remis.

Je fais part de mon étonnement sur le retard que prends ce dossier et des arguments qui reportent la mise en place opérationnelle.

J'indique qu'avec le Dr Théophile, ce formulaire a été renseigné en collaboration avec le médecin Anesthésiste lors d'une intervention mercredi matin, que ce formulaire a été signé par ces 2 médecins et l'infirmière du bloc. Les différentes étapes de la check-list ont été rigoureusement suivies sans aucune difficulté.

Je fais remarquer qu'il est possible de mettre en place dès à présent cette check-list, et qu'il ne faut pas que ce dossier soit ralenti à cause de l'absence d'un lavabo et d'une ligne téléphonique dans une salle qui vient d'être mise à disposition pour faciliter cette mise en place.

Providence assure, que la salle qui vient d'être retenue qui est plus grande que celle initialement proposée et qui permet de séparer les hommes des femmes, va aussi faciliter la mise en place de la check-list par ce regroupement des patients à proximité des blocs opératoires. Une infirmière affectée à cette salle sera en charge de la préparation des patients et elle veillera à l'insertion de la check-list dans le dossier du patient après avoir complété la partie qui concerne la préparation du patient. Elle devra s'assurer que le médecin anesthésiste renseigne la première colonne du formulaire avant l'entrée du patient dans le bloc.

Elle dit qu'une douche située à proximité de la salle est opérationnelle et qu'il n'est pas compliqué d'installer un lavabo dans cette salle car il suffit de traverser le mur pour l'alimenter en eau. Elle indique que ce point d'eau sera utile pour préparer les patients qui ne peuvent pas se déplacer à la douche.

Elle ajoute que l'installation d'un téléphone ne doit pas constituer un frein pour dossier.

François fait remarquer l'absence de l'identité du patient sur le formulaire et qu'il faudrait réserver un espace en tête du formulaire.

Avec insistance, je rappelle qu'il faut très rapidement mettre en place la Check-list avec le Dr Théophile qui a proposé lui-même que le bloc général soit le secteur pilote.

Providence dit que l'établissement va mettre tout en œuvre pour y répondre dans les meilleurs délais.

Bionettoyage des blocs opératoires

Je fais part de mes observations à propos de l'entretien des salles d'opération.

Points positifs	Points négatifs
Une équipe de travailleurs est dédiée aux blocs opératoires Les déchets et le linge sale sont évacués immédiatement après l'intervention La table d'opération est nettoyée Le sol de la salle est lavé et désinfecté	Les points de contacts (poignées de portes, interrupteurs,...), les équipements utilisés ne sont pas nettoyés et désinfectés. Le travailleur sort de la salle avec des gants souillés La solution hydro-alcoolique n'est pas utilisée par le personnel d'entretien Les chaussures ne sont pas adaptées (non-tanches et non lavables) Pas d'entretien périodique des surfaces hautes, des murs, des portes et des vitres

Au regard de ces observations, je fais part de mon analyse des points critiques, notamment sur :

- l'absence de nettoyage et désinfection des points de manu-portage
- de la présence de quantité de poussière importante sur les surfaces, voire même des toiles d'araignées
- du mauvais usage des gants
- de l'absence des entretiens approfondis périodiques.

Je propose la mise en place d'actions correctives simples à mettre en œuvre:

- j'ai rédigé 4 procédures d'entretien
 - o 1) entretien de la salle d'opération entre 2 interventions
 - o 2) entretien de la salle d'opération en fin de programme opératoire
 - o 3) entretien hebdomadaire de la salle d'opération
 - o 4) Entretien à fond de la salle d'opération (trimestriel)

Afin de faciliter les entretiens périodiques, je laisse à la disposition des blocs des outils permettant d'atteindre facilement les surfaces hautes.

Pour accompagner ces procédures, un temps de rencontre a été organisé avec les travailleurs et des infirmières pour expliquer l'intérêt du nettoyage et de la désinfection des points de manu-portage, et l'élimination de la poussière dans l'environnement des secteurs protégés.

Suite à ces actions, des rappels et des contrôles fréquents devront être faits pour garantir la pérennité de cette nouvelle organisation.

J'ajoute que j'ai remarqué que de nombreux soignants dans les blocs portaient des bijoux (bagues, bracelets, bagues) et que des efforts doivent être faits sur le respect des règles d'hygiène.

Marie Bukuru confirme ce constat qui est généralisé à l'hôpital et elle précise que les personnels soignants sont informés du risque.

Providence demande à François de voir régulièrement les pratiques dans les blocs et de faire remonter à la Direction les écarts constatés.

Je mets l'accent sur la nécessité de faire de nombreux rappels sur les règles d'hygiène et sur la bonne application des procédures.

Les Responsables présents à cette rencontre sont manifestement convaincus de la nécessité de rappeler les messages, d'effectuer des contrôles fréquents dans le but d'améliorer la qualité des soins.

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui nous ont accueillis, et à tous ceux qui m'ont aidé tout au long de cette mission.

Annexe 5

Diaporama de restitution et de formation à l'ensemble des soignants de la maternité de Prince Régent

23 Mai 2014

Diapositive 1


Fièvre puerpérale et maternité

Dr Jean-Marc Chaplain
Service de Maladies Infectieuses
CHU de Rennes

L'infection

Relation Hôtes-Pathogènes

L'infection est liée au terrain !
Gravité dans les situations d'immunodépression



Diapositive 2

Le germe...Streptocoque du groupe A

- Présent dans la gorge de façon symptomatique (angine, pharyngites...) ou asymptomatique (portage)
- Transmission :
 - Gouttelettes
 - Contact
- Virulence et pouvoir pathogène, différents sérotypes
- L'immunisation incertaine,
 - une angine due à une souche de streptocoque de type M1, ne protégé pas contre la réinfection par une souche de streptocoque d'un autre sérotype (M2, M3, ou M4).

Diapositive 8

En obstétrique

- Endométrite (infection invasive) = Fièvre puerpérale
 - Infection du post-partum
 - Par *S. pyogenes*
 - Urgence, à traiter dans les meilleurs délais

Fièvre puerpérale en clinique

- Risque de décès entre 10 et 27%
- Toute manœuvre obstétricale est un facteur de risque
- Délai d'apparition de l'infection peut être long, jusqu'à 7 jours après l'accouchement
- Jamais ou très rare 24h après l'accouchement
- Donc l'infection va survenir une fois la parturiente rentrée au domicile

Diapositive 11

En France

Données de Centre National de Référence (Pr Anne Bouvet)
En 2003 :
308 cas d'infections invasives à *S. pyogenes*
36 fièvres puerpérales (Date de début des signes entre quelques heures et 12 jours après l'accouchement)
28 par voie basse
5 césariennes
3 interruptions de grossesse

Incidence estimée à un cas pour 100 000 accouchements

Situations très différentes

- Au Nord :
 - Morbidité 8 à 10 %
 - Mortalité : 1 à 2 pour 100 000 accouchements
- Au Sud :
 - 300 à 400 000 morts par an
 - Mortalité 25 à 100 pour 100 000 accouchements
 - Associée aux autres pathologies (malnutrition...) et à l'accès aux soins

Diapositive 13

Epidémies

Le contexte peut être épidémique...
Transmission entre les patientes = on parle de transmission croisée
D'autant plus difficile à maîtriser que le streptocoque peut être « porté » par les mains ou dans la gorge (=sans symptôme)

Conduite à tenir

- En contexte à ressources limitées, les mesures préventives sont essentielles
- Les deux moyens pour protéger la femme et l'enfant:
 - Hygiène des mains
 - Port du masque
- **Le port des gants ne correspond pas à l'hygiène des mains**
 - Les gants non stériles sont SALES
 - Les gants stériles se contaminent très rapidement

Diapositive
15

Les infections maternelles

- **Les endométrites:**
 - 1 à 4% des voies basses; 5% à 50% des césariennes...
 - FDR :Age, parité, fièvre pendant le travail, rupture prématurée des membranes, accouchement dystocique, travail long et nombre de TV, manœuvres instrumentales, césarienne en urgence...

Cas clinique en France l'année dernière

- Mme M accouche le 15 mars par VB
- Accouchement eutocique, nouveau né en pleine forme
- Sort de la maternité le 18 mars
- Le 24 mars, elle présente de la fièvre, appelle la maternité qui l'invite à se présenter sans délai, ce qu'elle ne fait pas
- Le 25 mars, la fièvre persiste, elle appelle le médecin traitant
- Le médecin traitant souhaite l'hospitaliser, ce qu'elle refuse (doit s'occuper de son nouveau-né)
- Le 26 mars, la fièvre persiste (c'est le week end). La patiente reste à domicile
- Le 27 la patiente, va de plus en plus mal, le médecin est de nouveau rappeler, sur place il constate l'état de choc de la patiente (troubles de la conscience, hypotension, marbrures, tachycardie), il déclenche le transport d'urgence à l'hôpital
- La patiente meurt dans le transport qui l'amène aux urgences de l'hôpital

Diapositive
17

Comment prévenir les infections?

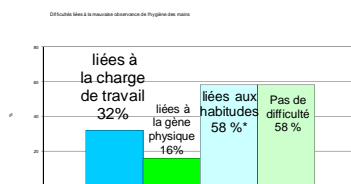
- Limiter la contamination
 - Effet de l'inoculum
 - Règles d'aseptie
- Connaître les risques
 - Les gestes (l'asepsie)
 - Les patientes (les FDR, l'immunodépression)
 - Le contexte (promiscuité, difficulté d'accès aux soins)

Les freins Enquête auprès des sage-femmes du CHU de Rennes

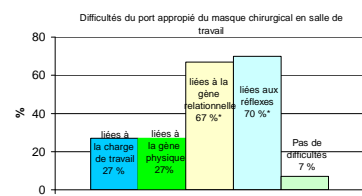
- 88 sage-femmes interrogées par auto-questionnaires
- L'observance est mauvaise pour:
 - 34% (n=30)** des personnels concernant le port du masque
 - 45 % (n=38)** pour l'hygiène des mains

Diapositive
19

Hygiène des mains



Port du masque



Ce sont les réflexes difficiles à changer qui correspondent à la variable la plus fortement associée à l'observance :

Diapositive
20

Conclusion

- Soigner c'est également prévenir !
- C'est notre quotidien...c'est la routine...
- Dans la fièvre puerpérale il faut agir vite
 - Prise en charge
- Mais il faut aussi l'éviter...

Diapositive 1

Formation maternité

Projet Esther/APPS/CHU Rennes/Hôpital
Prince Régent
24 mai 2014

Plan

- Observations en maternité (Audrey, Sage Femme au CHU de Rennes; Marie Chef de poste Maternité, HPRC)
- Fièvre puerpérale (Dr Jean-Marc Chaplain CHU de Rennes)
- Hygiène des mains (François, chef du service d'Hygiène , HPRC)

Diapositive 2

Observation en maternité de l'HPRC

Audrey et Marie
Partenariat Esther/APPS/CHU Rennes/HPRC

Contexte

- Mission d'une semaine avec Audrey Sage-Femme
- Compagnonnage, partage d'expérience, piste d'améliorations
- Maternité HPRC, infections du post-partum et néonatales fréquentes?
- Non mesurées car durée de séjour très court en maternité (environ 24 heures)
 - Etude en cours (Dr Mamboléo)

Diapositive 5

<h3>Pratiques obstétricales</h3> <ul style="list-style-type: none">• Très grande expérience de l'équipe<ul style="list-style-type: none">• Par exemple bonne indication pour la césarienne• Technique de délivrance maîtrisée• Pas d'instrument (ventouse forceps)• Indication du syntocinon hétérogène• Peu d'information à destination de la patiente (prénatal et en post-partum immédiat)	<h3>Prévention</h3> <ul style="list-style-type: none">• de l'infection<ul style="list-style-type: none">• Ports de gants sans lavage de main• Pas ou peu de lavage de main• Soins de cicatrice en salle sans SHA sur le chariot• De la douleur/de la peur chez les parturientes<ul style="list-style-type: none">• Pas de préparation à l'accouchement avant et pendant le travail• Décol sur la cicatrice d'épisiotomie
---	--

Diapositive 1

L'Hygiène des mains à l'Hôpital Prince Régent Charles

Programme African Partnerships for Patient Safety

HPRC/OMS/CHU Rennes/ESTHER

1

Constat et contexte

- Hygiène des mains essentiels pour prévenir la transmission des germes et pourtant :
 - Peu réalisée en pratique
- Causes multiples :
 - Absence d'équipement :
 - Pas de point d'eau en fonctionnement dans chaque salle d'hospitalisation
 - Pas de savon ni d'essuie mains toujours disponibles
 - Conséquence :
 - Pas ou peu d'hygiène des mains devient une

2

Diapositive 2

Constat et contexte (2)

- Les infections représentent le premier motif d'hospitalisation dans les hôpitaux du Burundi
- Conséquence :
 - Beaucoup de patient vont être porteur d'un germe
 - La transmission peut donc être fréquente:
 - Soit sans transmission interhumaine direct : par exemple le paludisme
 - Soit par transmission interhumaine directe : toutes les bactéries (Fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, pneumonies, choléra, ...). Les certains virus (virus des

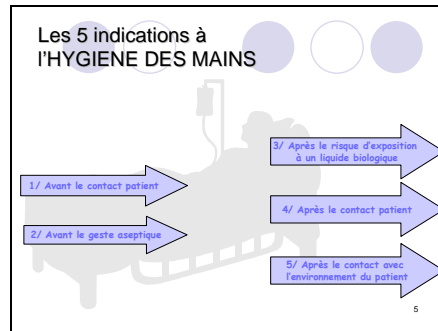
3

La solution = l'hygiène des mains

- Seul moyen efficace pour éviter la transmission croisée entre deux malades (= transmission qui intervient par le manupontage des soignants)
- Toutes les études scientifiques le montrent, le seul moyen d'éviter la transmission est la réalisation du lavage des mains entre deux patients

4

Diapositive 5



A l'Hôpital Prince Régent

- Malgré des efforts de réhabilitation, la mises à disposition des points d'eau pour les soins est encore insuffisante
- L'organisation de l'hospitalisation en salle commune rend difficile l'application du lavage des mains au lavabo (aller et retour incessants entre le patient et la pièce du lavabo)

6

Diapositive 7

Formation Hygiène des mains avec le partenariat ESTHER

- 2008-2009 pour l'ensemble du personnel hospitalier
- Bases théoriques bien connues des participants
- Formation peu adaptée aux possibilités de lavage des mains dans l'hôpital
- Mais augmentation de la consommation de gants (x2) à défaut de réalisation d'hygiène des mains...

7

La solution = la solution...hydro-alcoolique

- Permet une désinfection des mains
 - Action antiseptique
- Pas de besoin de point d'eau, ni de savon ni d'essuie main
- Excellente efficacité
- Tout à fait adaptée au contexte des pays aux ressources limitées
- Fabrication aisée selon la formulation OMS

8

Diapositive 8

Le lavage des mains

Objectifs :

- Eliminer les souillures par effet mécanique
- Réduire la flore transitoire

9

Un produit hydro-alcoolique, c'est plus efficace

Objectifs :

- Eliminer la flore transitoire

10

Diapositive
11

Actions

- Implantation des PHA dans les hôpitaux:
 - en 2011 HPRC
 - en 2012 CHUK
- Production locale par un laboratoire pharmaceutique (Sipham) selon le guide d'implantation et production OMS
- Formations/actions réalisées en 2011 pour l'ensemble des services de l'HPRC




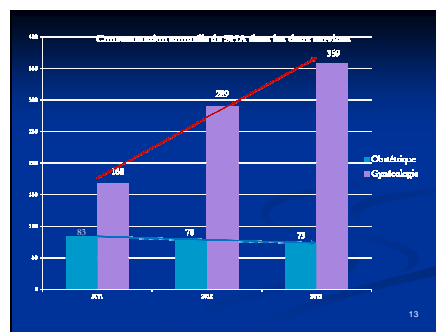




Tableau de consommation(=dispensation)

Nombre de flacons de PHA (800ml) dispensés par mois par service

	Choc	Gynécob	Chir	Urg	Néonatal	Scdm	ORL	OPH	Préda	Médec int	Blas op	Rés	Radio
Jan-11	29	10			10								
Fév-11	10	20	21		10								
Mars-11		10		10	20	4							
Avril-11	15	21											
Mai-11	20	20		5	10	4			10				2
Juin-11	19	16	16	5	5	5	5	5	10	10	2		
Juil-11	8	14			2				2	5		10	2
Août-11	4	25	10	10	10					5	6	9	

Diapositive
13



Données des ISO: gynéco 2014 jusqu'au 15 Mai

Type d'intervention	Nombre d'intervention	Nombre d'ISO	%	Observations
Césarienne	389	18	4.62	
Autre	77	2	2.49	
Totale	466	20	4.29	Indicateur d'infection au sein de l'hôpital

Diapositive
15

Clean hands
are safer hands
Are you clean?

Rapport de la mission E.S.T.H.E.R

du 9 juillet au 16 juillet 2014

Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)

Hôpital universitaire Kamenge

CHU de Rennes

Sommaire

N° 1 : Objectifs

N° 2 : Méthodes et Moyens

N°3 : Points positifs : les avancées

N° 4: Contenu de la restitution du 11 juillet 2014

N° 5 : Proposition d'affiche : « tenues au bloc et bonnes pratiques »

N° 6 : Conclusion

N° 7 : Annexes

1. Grille d'observation bloc opératoire
2. Observation Bloc de gynécologie et chirurgie générale le 10 juillet
3. -Propositions d'aménagement du bloc gynéco : salle de préparation de l'opérée.

-Propositions d'aménagement du bloc chirurgical : l'entrée du personnel- salle de réveil.

N° 8 : Bibliographie

Rapport de mission global du 9 juillet au 16 juillet 2014

⇒ N°1 : Objectifs :

- Poursuivre le suivi de l'usage des produits hydro-alcooliques (PHA) pour l'hygiène des mains dans l'ensemble des services des deux principaux hôpitaux de la capitale : Prince Régent Charles (HPRC) et Hôpital universitaire Kamenge.
- Promouvoir la qualité des soins infirmiers en termes de bonnes pratiques à partir des indicateurs suivants :
 - organisation des soins,
 - règles d'asepsie,
 - mise en place de la « Check List » au bloc opératoire
 - préparation pré - opératoire du patient
 - prévention des accidents d'exposition au sang,
 - bio nettoyage des blocs opératoires
 - tri des déchets au lit du patient ; pour les services de l'HPRC.

⇒ N°2 : Méthode et moyens

- Rencontre avec le directeur générale, Docteur NDUWARUGIRA Jean Bosco, afin de préciser et finaliser le partenariat de cette mission
 - Etaient également présents la directrice des soins: Madame le docteur **MUNEZERO Providence**, le directeur financier Monsieur **HAVYARIMANA Jean Claude** et Marie BUKURU, chef nursing et François Niyonkuru (Chef des TRAVAILLEURS HPRC).
- **Temps d'observation des blocs opératoires de gynécologie/obstétrique et de chirurgie générale le 10 juillet.**
 - **Annexe 1** : Grille d'observation
 - **Annexe 2** : Analyse comparative

- Restitution de l'observation
- Apports théoriques sur les bonnes pratiques au HPRC le 11 Juillet 2014 (Utilisation de la PHA, la tenue hospitalière, les antiseptiques ... en présence Docteurs Théophyle et Mamboléo, chirurgiens responsables des blocs de chirurgie générale et de gynécologie.
- Rencontre synthèse des chefs de bloc des salles de chirurgie n°8, des blocs opératoires de chirurgie générale et de gynécologie et de réanimation médicale en présence de l'anesthésiste Fercule (le 16 juillet)

Points abordés : la salle de réveil de chirurgie générale, la salle de préparation de l'opéré en gynécologie, le sas de transfert des opérés, les circuits propres et sales au bloc opératoire, l'affiche « tenue et bonnes pratiques au bloc opératoire », la chek liste n° 2 en lien avec la préparation du patient en pré et per opératoire.

- Temps de rencontre avec le directeur général du CHUK Le Docteur Pontien NDABASHINZE en présence de Patricie Barahinduka, chef nursing et de Sylvestre Ndayiragije (Chef Adjoint chargé de l'hygiène au CHUK) afin d'identifier les besoins de formation spécifiques pour leur établissement concernant les bonnes pratiques (le 14 Juillet)
- Organisation d'un temps de rencontre avec les équipes du CHUK organisé par Patricie Barahinduka, chef nursing le mardi 15 juillet avec apports théoriques:

Points développés :

- les infections des sites opératoires et antibioprophylaxie
- les antiseptiques
- les règles de bonnes pratiques concernant la tenue au bloc opératoire, l'hygiène des mains, la préparation cutanée de l'opéré

- Rencontre de clôture de mission avec le directeur générale, Docteur NDUWARUGIRA Jean Bosco pour bilan et perspectives en présence de François Niyonkuru, le mercredi 16 juillet.

N°3 : Points positifs : les avancées

Qualité des échanges avec les interlocuteurs locaux

Les interlocuteurs de l'HPRC et du CHUK sont disponibles et accueillants ; ils s'inscrivent dans une démarche constructive d'auto évaluation et de partenariat.

Mise en place effective de la check liste du bloc opératoire de chirurgie

La check liste du bloc opératoire de chirurgie est mise en place et les formulaires sont disponibles dans le bloc.

Perspectives d'une 2^{ème} check liste du patient opéré

Les échanges avec les chefs de bloc des salles de chirurgie n°8 et 10 ainsi qu' avec le chef de bloc Massoud du bloc chirurgical ont permis d'évoquer une check liste n°2, complémentaire à celle du bloc opératoire, plus centrée sur la préparation du patient en pré opératoire. Cette deuxième check liste permettrait en effet de vérifier, au moment de l'accueil du patient au bloc opératoire que la douche préopératoire ait bien été faite, l'absence de vêtements personnels, la qualité du champ opératoire et que les bonnes pratiques soient respectées.

Il est à noter que, lors de l'observation, les patients accueillis au bloc ne portaient pas de vêtement personnel (positif)

Intervention auprès des professionnels regroupés des deux blocs opératoires de chirurgie et de gynécologie ainsi que des salles de chirurgie, et de soins intensifs

Le temps de restitution des observations et les apports théoriques sur les bonnes pratiques ont pu être réalisés auprès des professionnels de ces différents sites ; Il y a eu une réelle volonté des deux chirurgiens responsables des blocs opératoires de chirurgie et de gynéco de mutualiser les interventions (Docteurs Théophile et Mamboléo). Cette volonté a été également impulsée par la directrice des soins: Madame le docteur **MUNEZERO Providence**

Proposition d'affiche : « tenues au bloc et bonnes pratiques »

Cette affiche a pu en effet être réalisée à l'issu des apports théoriques proposés suite aux éléments constatés.

François Niyonkuru (Chef des travailleurs HPRC) a participé à la traduction des items principaux. Il lui appartiendra de pouvoir la diffuser. Voir l'annexe, ci-après.

Ouverture de la salle de réveil au bloc opératoire chirurgical

La salle est opérationnelle, des lits avec matelas sont disponibles

Il manque des saturimètres (un seul a pu être réparé au cours de la mission)

Cette ouverture de cette salle pourrait en effet être effective.

Proposition d'aménagement du bloc chirurgicale

Les équipes rencontrées sont très lucides de leurs difficultés. Certains aménagements aux blocs opératoires correspondraient à de réelles avancées favorisant la motivation et l'engagement des acteurs.

Ex : aménagement de l'entrée du personnel au bloc chirurgical par une ouverture sur un des côtés du bâtiment

Ex : Espace de transfert des patients à l'entrée du bloc opératoire

(Voir plan ci-après)

Proposition d'aménagement de la salle de l'opérée au bloc gynéco

Un espace peut en effet être utilisé et équipé pour accueillir les femmes avant une intervention facilitant le respect des bonnes pratiques. Les équipes rencontrées étaient favorables à l'utilisation de cet espace. Il faudrait, pour l'aménager, des lits et le matériel nécessaires à la préparation cutanée de l'opéré et à la pose de perfusion.

N°4 : Contenu de la restitution du vendredi 11 juillet

- **Restitution le Vendredi 11 juillet de 8h à 10h30**
 - Note de service par la direction générale
 - Public concerné : La directrice des soins, Praticiens chefs de service de la Gynécologie/obstétrique et de la chirurgie générale, les chefs nursings, les chefs de poste, le personnel paramédical, les étudiants en médecine, infirmiers toutes spécialités plus le responsable du service logistique Hygiène.
- **Points abordés :**
 - Restitution de la mission du Dr Théophile lors de sa venue à Rennes en juin 2014.
 - Apports théoriques sur les ré - requis des Précautions « standard », la tenue hospitalière, les grands principes de l'utilisation des antibiotiques et la préparation cutanée
 - Présentation des observations
 - Discussion :
 - Les bonnes pratiques : PS [Tenue - hygiène des mains et gestion des gants]
 - La préparation cutanée de l'opérée (douche pré - op et aseptie)
 - Aspect organisationnelle, salle de préparation (SAS d'entrée) avant l'intervention, et salle de réveil ?
 - Utilisation/mise en place de la check list du patient en pré - per et post opératoire
 - Gestion des urgences
- ⇒ Perspectives et axes de travail :
 - Accompagnement des équipes des blocs dans la réflexion et la construction de leur organisation, outils de leur travail quotidien
 - Rdv pris pour lundi 14 ou mardi 15 juillet 2014 et les jours suivants avec Massoude, Shane, Jean Paul, Fercule, Space et Karine pour élaborer une CHECKLIST N° 2 (préparation du patient en pré, per et post opératoire) comme support pour l'accompagnement des soignants aux bonnes pratiques et entrevoir une amélioration

organisationnelle (salle d'accueil pré opératoire pour les patients, salle de réveil, mise en place d'un circuit bleu/ Blanc.....)

- Evaluation /bilan du bio nettoyage des salles avec François (les différents niveaux, la traçabilité...)
- Les bonnes pratiques : PS [Tenue - hygiène des mains et gestion des gants]
- Initier des temps de travail entre chefs des blocs, de salles et de la réanimation
- La préparation cutanée de l'opérée (douche pré - op et asepsie
- Aspect organisationnelle, salle de préparation (SAS d'entrée) avant l'intervention, et salle de réveil ?
- Utilisation/mise en place de la check list du patient en pré - Per et post opératoire
- Gestion des urgences
- Les bonnes pratiques : PS [Tenue - hygiène des mains et gestion des gants]
- La préparation cutanée de l'opérée (douche pré - op et asepsie
- Aspect organisationnelle, salle de préparation (SAS d'entrée) avant l'intervention, et salle de réveil ?
- Utilisation/mise en place de la check list du patient en pré - Per et post opératoire
- Gestion des urgences



Tenue de bloc obligatoire

juillet 2014



TENUE [UMWAMBORO]

Pyjama de bloc [Impuzu y'urwatsi rutoto]
Charlotte (bonnet) [Agakofera]
Masque [Agakingirizo k'umunwa]



N° 6 : Conclusion

Caractéristiques de la mission

La mission se caractérise par la proposition de deux temps formatifs dans chacun des deux établissements hospitaliers publics de Bujumbura : HPRC-CHUK

Les équipes se sont montrées très à l'écoute et s'inscrivant dans un processus d'amélioration de pratiques et de connaissances.

A l'hôpital le Prince Régent, un travail collaboratif a pu être mis en œuvre entre les équipes du bloc opératoire de gynécologie et celles de chirurgie générale sous l'impulsion des Docteurs Théophyle et Mamboléo.

Le directeur des soins infirmiers, le Dr Madame le docteur MUNEZERO Providence, a souhaité que ce travail d'équipe puisse également mobiliser les services de chirurgie des salles n°8 et 10 ainsi qu'au service de réanimation médicale.

Il a en effet évoqué l'intérêt de permettre des temps d'échanges et de collaboration entre les différents chefs de postes des services afin de réfléchir sur les problématiques communes et d'harmoniser les pratiques. Ce travail a déjà été initié et se concrétise par la création d'une salle de chirurgie pré opératoire qui a pour mission de proposer une douche pré opératoire et une préparation cutanée de l'opéré. (Les locaux sont prévus mais non complètement opérationnels).

Aménagement des blocs

La proposition d'aménagement des deux blocs opératoires a fait l'objet de concertation avec les chefs de blocs et soumis au directeur général de l'HPRC.

- ⇒ porte d'entrée spécifique pour le personnel du bloc de chirurgie générale
- ⇒ salle de réveil au bloc de chirurgie générale.
- ⇒ salle de préparation de la parturiente au bloc gynéco.

Perspectives

La réflexion devra se poursuivre concernant l'aspect organisationnel, Elle concerne également l'ouverture définitive de la salle de préparation de l'opéré.

La salle de réveil du bloc chirurgical de chirurgie générale est utilisable. Les anesthésistes souhaitent l'ouvrir dès qu'elle sera dotée de scope. (Un saturomètre a pu être réparé par les services techniques)

Les efforts concernant l'utilisation de produit hydro alcoolique sont à poursuivre au regard du relâchement constaté. Des tablettes d'emplacement spécifiques pour ces solutions ont été envisagées au bloc opératoire (En cours de construction, dossier suivi par Massoud).

ANNEXE N°1

⇒ Grille d'observation bloc opératoire

⇒ Mission Esther-Juillet 2014

⇒ Temps pré-opératoire :

⇒ Côté patient :

indicateurs	Patient n°1	Patient n°2
Douche pré-op		
Choix de l'antiseptique		
Vêtement utilisé pour le transfert au bloc		
Installation sur la table interventionnelle		
Gestion des effets personnels		
Autre		

⇒ Temps per-opérateur pour le patient

<u>indicateurs</u>	Patient n°1	Patient n°2
Champs opératoire		
Choix de l'antiseptique		
Respect des 4 temps de l'asepsie		
Antibiothérapie prophylaxie		
Chek-list per op		
Professionnels présents		
Aller et venues au bloc		
Autre		

⇒ Temps per-opérateur pour le patient

<u>indicateurs</u>	Patient n°1	Patient n°2
Champs opératoire		
Choix de l'antiseptique		
Respect des 4 temps de l'asepsie		
Autre		

⇒ Temps per-opérateur ; respect des bonnes pratiques concernant les soignants

<u>indicateurs</u>	IDE n°1	IDE n°1
Friction hydro alcoolique		
Séchage des mains		
Port de bijoux		
Tenue vestimentaire		
Utilisation du portable		
Respect des circuits propres-sales		
Organisation de l'intervention		
Champ opératoire		
Utilisation de l'antiseptique		
Antibio prophylaxie		
Bionettoyage		
Autre		

ANNEXE n°2

Jeudi 10 Juillet 2014

Observation Bloc de gynécologie ET chirurgie générale de 9h à 12h30

[Analyse comparative de 2 observations]



⇒ Temps pré - opératoire :

- Tenue : pas de tenue identifiée « bloc », tenue verte ou bleue à l'extérieur du bloc
- Montre, bracelet, bagues, alliance.....
- Téléphone portable, message consultée, SMS envoyés, téléphone en recharge sur une table de préparation ou d'anesthésie
- Port du masque mal positionné, nez non pincé, sous le nez, barre nasale non pincée, voire mis sur le menton et à l'envers. Bavette, non fiable
- Port de la charlotte ne couvre pas l'ensemble des cheveux
- Longues boucles d'oreilles
- Chaussures de ville ; sabots ?
- Tenues des étudiants, internes ?

⇒ Solution hydro alcoolique / LAVAGE de mains

- PHA : les flacons ne sont pas présents partout
- Flacon hydro alcoolique détourné de son usage, avec de l'alcool dénaturé à 70°
- Flacon de peroxyde d'hydrogène avec de l'alcool (pas d'identification)

- La friction n'est pas systématique, voire pas du tout faite, entre 2 gestes, entre 2 soins, lors de la mise en place des gants à usage unique et l'ablation des gants
- Lavage de mains rapide, l'utilisation du savon ?
- Les mains sont séchées avec des compresses à l'intérieur du bloc, mains encore humides avant la friction du PHA ou pas
- Ablation du champ qui recouvre le matériel avec des mains humides
- L'aide pour faciliter le nouage de la casaque stérile du chirurgien = pas de PHA

⇒ Organisation/ circuits

- Les circuits propres sales ne sont pas clairement identifiés
- Beaucoup d'allées et venues dans les salles pour préparer, le matériel est amené au fur et à mesure.
- Les portes restent ouvertes.
- L'urgence « parasite » le bon déroulé, la sécurité de l'intervention
- La salle septique est « l'anti - chambre » de la préparation du matériel pour la salle propre

⇒ Salle de réveil : patient va directement du bloc dans sa chambre, dans l'attente le bio nettoyage commence. [Patient opéré n'est pas sortie]

- Quid des DM réutilisables, immersion au plus proche du geste dans un produit d/D ?
- Recherche de salle par différents soignants => précipitation du bio - nettoyage (efficacité ?)
 - Traçabilité du bio - nettoyage ?

○ Qui gère le patient qui arrive en urgence dans la nuit ?

⇒ Boites OPCT => Carton

⇒ Lame de bistouri pas évacuée systématiquement dans les OPCT

⇒ Pas de port de lame de bistouri => danger AES

⇒ Temps per - opératoire :

▪ Antiseptique/ Antisepsie

- Mélange de Chlorhexidine 5 % et de Polyvidone iodé (Bétadine dermique 10%)
- Utilisation de la Chlorhexidine pour l'antisepsie du méat urinaire, avant la pose d'une sonde à demeure [Pas de déterSION (eau + savon avant)]
- La gestuelle pour l'antisepsie (méat urinaire) est bien réalisée
- Sac collecteur laissé sur la table (va et vient de l'urine)
- Complément de rasage (lame de bistouri) de la zone laparotomie, en laissant des micro - coupures, asepsie avec de la chlorhexidine.
- DéterSION de la zone opératoire avec de l'eau et du savon
- Asepsie large de la région avec de la bétadine dermique. Passage plusieurs fois sur la même zone.
- Pas de protection imperméable de la tenue du soignant
- Quantité de produit trop importante. ; Pas de séchage spontané
- Pas de 4 temps pour la rachis anesthésie, et quantité trop importante de PVPI, et gestuelle anarchique
- Pose de perfusion : Pas d'antisepsie en 4 temps, chariot très éloigné du geste, pas d'OPCT à proximité,
- Re contamination du point de ponction avant l'insertion du cathéter
- Gestuelle de l'asepsie à revoir

⇒ Bio nettoyage :

- Rebords des fenêtres à nettoyer
- Dans l'ensemble bloc correcte, pas encombré.
- Après l'intervention, tous les déchets ne sont pas retirés du sol, lavage à grand eau, et évacuation à l'extérieur du bloc, par l'entrée « patients »
- Idem, mission JY BOSSARD début 2014 ;

⇒ Manque de méthode et d'organisation

⇒ Patient :

- Toilette pré opératoire ? Préparation cutanée ?
- Patient arrive avec une casaque « bleue »
- Parturiente arrive pied nus dans la salle
- Sol du bloc mouille
- PHA ?
- Alcool est mis dans un flacon de la Siphar.
 - ≥ Divers : cigarette fumée dans le bloc
 - ≥Présence des familles à l'intérieur du bloc pour assurer la surveillance

⇒ Axes de discussion :

- Les bonnes pratiques : PS [Tenue - hygiène des mains et gestion des gants]
- La préparation cutanée de l'opérée (douche pré - op et aseptie
- Aspect organisationnelle, salle de préparation (SAS d'entrée) avant l'intervention, et salle de réveil ?
- Utilisation/mise en place de la check list du patient en pré - Per et post opératoire
- Gestion des urgences

⇒ DIVERS :

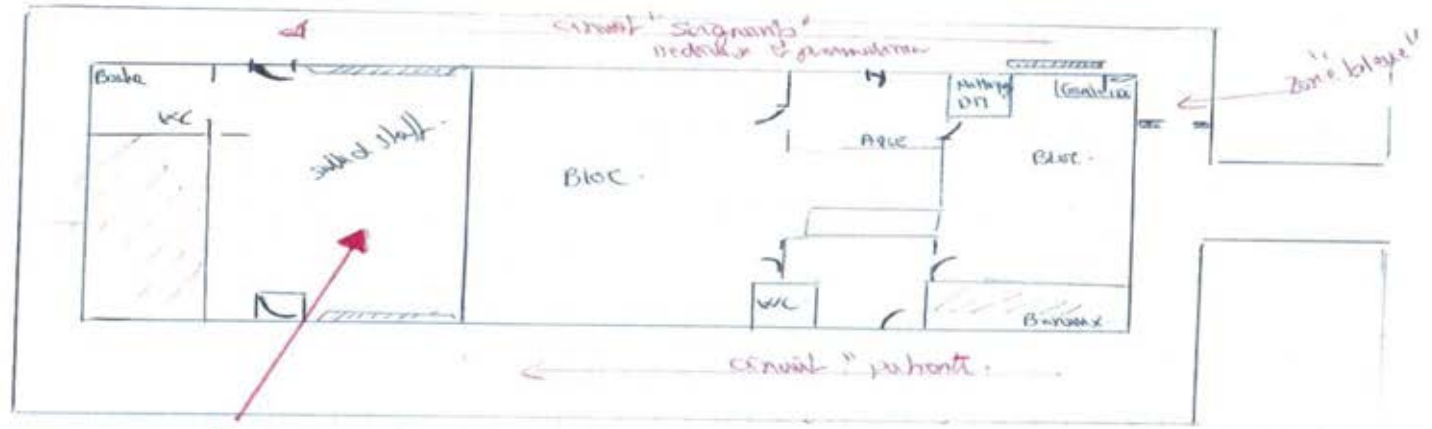
- Le tabac dans les blocs
- Présence de familles dans le bloc pour surveiller le patient en post - OP

ANNEXE n° 3

PLAN Bloc OBSTETRIQUE GYNÉCOLOGIE

14. Juillet 2014

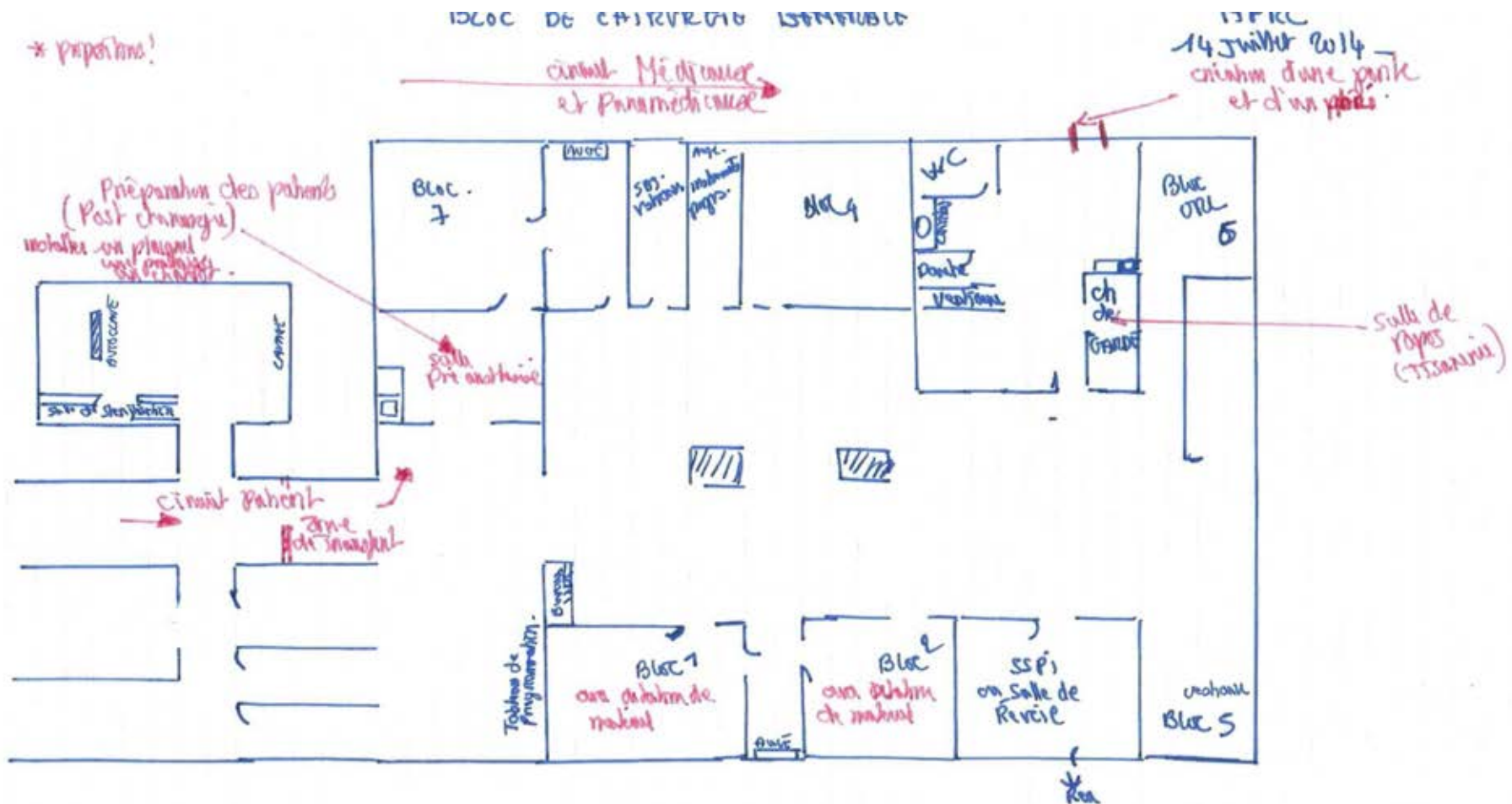
* Proposition



salle pour Préparation à l'Anesthésie
 ↳ Préparation anesthésie
 ↳ pose de la perfusion.

- ▷ Avant de bris nettoyage des salles
 Mettre en place des feuilles de tranquillité
- ▷ un travailleur doit rester affecté au bloc
 et un autre est dit « volontaire » pour
 assurer la « courtoisie ».

Fréquence des entretiens à faire ?



- Disposer des fûts supports pour inhalateurs des flacons de solution hypertonique dans toute la salle - et tous les entrus [ventouses + entrus du bloc].
- Installer "Termes de Bloc obligatoires" ⇒ Manque de termes!
- Installer des carrels à chaussures
- Prévoir une réserve "urgence" pour permettre aux soignants de faire le réajustement des salles pour être de aller et venir - les des interventions.

N °7 Bibliographie

Le Clézio-L'Africain- Editions Gallimard dans la collection Folio-2012-124p

Mamoudou Coumaré-Jacques Vallet-Education non formelle et TICE en Afrique : le cas du Mali-Education permanente n°199/2014-2

<http://www.franceonu.org/la-france-a-l-onu/dossiers-thematiques/developpement/sante/la-france-a-l-onu/dossiers-thematiques/developpement/sante/article/sante#Liens-utiles>
<http://www.elearning-africa.com/>

MISSIONS ESTHER/BURUNDI, Bujumbura, CHUK du 22 au 26 septembre 2014
Marie FEVRIER /Nadine DERROISNE

Déroulement de la semaine : du 22 au 26 septembre	
Lundi 22 septembre	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil par Sylvestre et Patricie à l'unité d'hygiène. Point pour organiser la semaine • Visite de l'ensemble des services déjà formés et présentation de notre travail sur la semaine pour les unités qui seront observés ; <ul style="list-style-type: none"> - Visite de la pédiatrie, médecine interne, chirurgie urgences. Tous les services ont à disposition suffisamment de PHA. - La chirurgie est moins observante compte du manque de temps évoqué par les IDES <p>Passage à la pharmacie : 108 flacons de SHA à disposition Rencontre du directeur de l'hôpital</p>
Mardi 23 septembre	<ul style="list-style-type: none"> • Déplacement en service de Néo Nat. Chef de poste Marie Observations des soins aux bébés : toilette, entretien de la couveuse, réfection du lit (nid cap), préparation des biberons. SHA. Les SHA sont bien connues, bien utilisées. Prévu de d'installer à nouveau un flacon de SHA sur chaque couveuse comme avant le retard dans la livraison des SHA. pour l'avoir au plus de l'utilisation. • Déplacement en salle de travail et réa Néo Nat. Chef de poste Espérance Observations des soins réalisées auprès des futures mamans. Utilisation de Détol pour les soins de muqueuses ??? Informations sur l'utilisation du SHA refaite auprès des étudiants en médecine et étudiants infirmiers. En Réa Néo Nat, pas de flacon de SHA à disposition. L'IDE vient avec le flacon si elle a besoin de faire des soins. Il a été prévu de laisser un flacon de SHA à disposition dans la pièce. Premiers soins réalisés sans SHA : pose sonde nasale pour O2. • Débriefing et réajustement auprès des équipes l'après-midi en service de Néo Nat et en réa Néo nat. Ces échanges se font en présence des chefs de poste et de Patricie . Réajustement sur la place du SHA et de l'usage du gant dans les soins. Interrogation sur l'usage du Détol pour la pose de VVP chez un nouveau-né ??
Mercredi 24 septembre	<ul style="list-style-type: none"> • Déplacement Bloc Chirurgie viscérale Désinfection chirurgicale des mains est conforme aux propositions faites en 2013. Il manque le savon liquide sur l'hôpital pour remplacer la savonnette. Echange avec les A° en salle. Pas de SHA à disposition côté A°. Très peu de connaissances sur leur utilisation et leurs indications. Pas d'utilisation systématique de gants pour poser VVP. Formation SHA dispensés aux Travailleurs dédiés au Bloc en binôme avec Chef de Poste Samoya Jeanne d'Arc pour traduction (activité allant du ménage à la découpe de compresses sans hygiène des mains). Patricie a prévu une rencontre dans la semaine qui suit notre passage avec chef A° et les anesthésistes pour revoir utilisation des SHA, indication et mise à disposition dans la salle d'op côté A°. • Passage au bloc ORL,OPH : Des avancées sur la désinfection chir mais pas encore assez de brosses chirurgicales ni assez de petits champs pour assurer une individualisation du matériel à chaque professionnel ; (brosses mises à tremper dans Détol quand plus assez.). les petits champs stérilisés sont mis à disposition dans la salle, oblige à un déplacement pour s'essuyer les mains. Réajustement : Mise en place d'un chariot près de l'auge chirurgicale pour mettre à disposition brosses chirurgicales et petits champs. augmenter la quantité de brosses • Obstétrical: Aucune avancée. Des attentes importantes du Gynéco responsable de l'unité. Souhait d'avoir une équipe dédiée au Bloc obstétrical. D'avoir un vestiaire pour changer de tenue pour entrer au bloc. Vestiaire identifié et prévision d'aménagement. Ensuite projet de revoir la désinfection chirurgicale.
Jeudi 25 septembre	<ul style="list-style-type: none"> • Déplacement en service de Réanimation Chef de poste HATUNGIMANA Freddy Observations des soins des patients. Réfection de pansement Les SHA sont bien connues, bien utilisées.

	<p>Informations sur l'utilisation du SHA refaite auprès des étudiants en médecine et étudiants infirmiers. lors de ces observations.</p> <p>A noter les OPCT ne sont pas déposés directement dans le collecteur PCT. Le collecteur n'est pas amené alors des soins. Les OPCT sont déposés dans un haricot. le collecteur qui est dans la salle de soin est rempli bien au delà des limites de remplissage car plus de collecteur sur l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Débriefing et réajustement auprès des équipes ensuite sur l'utilisation et indications des SHA des gants. <p>Il est prévu de mettre à disposition dans chaque box ou dans chambre d'un flacon de SHA et des gants achetés par la famille. Pour cela mise en place de tablette pour poser ces éléments. Proposition d'amener le collecteur au plus près du soin.</p> <p>Il reste aussi des interrogations sur la réfection de pansement ; passage de Détol puis passage de Bétadine dermique</p> <p>Après-midi : Atelier pays du comité de liaison ESTHER</p>
<p>Vendredi 26 septembre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de liaison ESTHER.

Proposition générales :

- Lors de prochaine mission : prévoir de faire un cours aux étudiants médecine, étudiants infirmiers sur l'utilisation des SHA et leur indication.
- Prévoir une présentation hygiène lors e prochain comité de liaison
- Revoir l'approvisionnement en collecteur pour PCT
- Prévoir l'achat de savon liquide. Il y a maintenant du savon liquide en flaconnage en vente à Bujumbura. Ce savon pourrait servir pour la désinfection chirurgicale, pour la phase de détertion en préparation cutanée au Bloc opératoire, pour la réfection de pansement...

Questions récurrentes :

Revoir ce qu'est le « détol ». composition chimique, indications

Actuellement usage du détol pour le bébé, sur les muqueuses, pour la réfection de pansement, pour faire tremper les brosses chirurgicales

Document de travail du CHUK avec indications d'utilisation du « Détol » :

Antiseptique qui pénètre les téguments en profondeur. Détergent et Désinfectant

Taux de reconstitution :5%

Indications :

Désinfection des plaies, de la peau

Désinfection des planchers, des meubles

Nettoyage et désinfection des instruments : tremper 30mn, brosser, rincer et stériliser

Stérilisation des instruments : temps de contact 2 à 3H

Linge : tremper 6h puis rincer

Locaux : évacuer les malades, nettoyer, rincer et aérer

**Mission de compagnonnage *African Paternships for Patient Safety (APPS)/ESTHER* du
CHU de Rennes pour l'hôpital Prince Régent Charles (HPRC)
Du 24 au 28 novembre 2014**

Infirmière CHU de Rennes :
Mme Odile Bouvet
Mme Claudine Sanchez

L'objectif de notre mission était d'effectuer un compagnonnage auprès des équipes paramédicales dans le cadre de l'hygiène et de la qualité des soins infirmiers dans les services de l'HPRC.

Deux services sont choisis: médecine interne et chirurgie.

Nous avons participé et accompagné les IDE et étudiants lors des soins.
Les échanges de pratique, observations et informations ont porté sur la réfection des pansements, la gestion des perfusions, l'hygiène et organisation du soin.
La gestion de la douleur du patient pendant le soin a également fait l'objet d'échange de pratique

Nous avons constaté au cours de la visite des médecins la bonne utilisation de la SHA, même chose pour les IDE, la SHA est disponible sur chaque chariot.
L'état général de l'hôpital (tri des déchets, rangement...) s'améliore.
L'absence de dispositifs médicaux (glucometer, bandelettes pour glycosurie...) nuit gravement à la prise en charge de certaines pathologies type diabète...
Nous avons constaté le désarroi des médecins et soignants face à la prise en charge des patients qui ne peuvent bénéficier d'aucun ATB, oxygénothérapie, ou antalgique par manque d'argent.

Le diaporama ci -dessous regroupe les observations et les pistes d'amélioration sur lesquelles nous avons échangé lors du compagnonnage et lors de la restitution de fin de semaine.

Titre:
Mission de compagnonnage
Hygiène et qualité des soins infirmiers
Médecine interne et chirurgie

Diapo 1:
Immersion dans les services de soins
observation avec participation aux soins et échange avec les équipes
Piste d'amélioration

Diapo 2:

Comment éviter les infections

- Hygiène des mains
- Règles d'asepsie (pansement, voie veineuse, sonde urinaire...)
- Environnement
- Organisations des soins
-

Diapo 3:

Hygiène des mains

Des mains désinfectées = des risques évitées

- Présence de la solution hydro-alcoolique sur les chariots de chaque salle qui est utilisée avant chaque soin et après le retrait des gants
- Utilisation lors de la visite des médecins

Diapo 4:

Quelques conseils

- Pour un même patient, faire une friction entre 2 soins
- Par exemple entre un pansement souillé et une surveillance de voie veineuse
- Éviter les bijoux
- Pas de friction sur les gants : ôter les gants, attention à la surconsommation de gants
- Pas de nettoyage des chariots avec la SHA. A réserver pour la peau.

Diapo 5:

Règles d'asepsie (pose d'un cathéter)

- Friction avec SHA avant toute manipulation de voie veineuse (pose du cathéter, injection dans la fenêtre, déconnection de la tubulure)
- Désinfecter les bouchons et les connections lors de chaque manipulation (risque d'inoculum)
- Système clos à privilégier
- Attention aux prises d'air dans les flacons
- Antiseptie de la peau lors de la pose (faire une déterction avec un savon liquide si possible avant la désinfection)
- Pertinence du maintien de la voie veineuse à évaluer chaque jour

Diapo 6:

Pose d'une sonde urinaire

- La procédure de pose est respectée :
- Hygiène des mains, gants stériles, déterction lors de la toilette intime avant la désinfection, fixation...

Rappel : test du ballonnet avant la pose, rasage inutile, respect du système clos
Pertinence du maintien de la sonde à évaluer chaque jour

Diapo 7:

Réfection des pansements

- Dextérité qui permet un soin de qualité (drainage d'abcès ...)
- Réalisé en respectant les règles d'asepsie (compresses et pinces stériles...)
- Revoir l'organisation

Diapo 8:

Organisation des soins

- Chariot de soins : ajouter le container ou carton pour les PCT(risque AES) et mettre un récipient contenant un détergent pour immerger immédiatement les pinces souillées
- Garde-malade : attention à sa participation lors des soins (le former)
- Présence active des étudiants infirmiers :
- Potentiel pour la qualité des soins
- revoir l'organisation des soins
- Anticipation des soins

Diapo 9:

La douleur :

Prise en charge pendant les pansements :

Compresses imbibées pour mieux décoller le pansement

Proposition :

Possibilité d'utiliser le massage, tenir la main, rassurer et expliquer le déroulement du soin, utiliser la musique...

Lors de la restitution, 49 personnes étaient présentes (3 médecins, les 2 chefs de postes, 22 IDE et une vingtaine d'étudiants de quatrième année)

Au cours de la présentation, place aux échanges:

- Question sur la SHA (risque pour le soignant sur l'utilisation à long terme, risque de résistance à la SHA, désinfection de la peau pour la préparation cutanée de l'opéré...)
- Question sur le rasage (sondage urinaire, préparation cutanée de l'opéré...)
- Echange sur la prise en charge de la douleur et de la place du patient dans le soin.(notre approche a fait sourire les soignants)

En ce qui concerne l'organisation du soin, nous avons insisté sur l'utilisation du chariot de soins et sur l'anticipation du soin, nous avons préparé un chariot de soins type (photo ci-jointe)

Conclusion

L'introduction de la SHA a nettement participé à l'amélioration de la qualité du soin.

Les soins infirmiers sont globalement bien maîtrisés, en tenant compte du matériel dont

ils disposent.

Il reste à aborder l'aspect motivationnel des équipes:

- Impliquer les chefs de postes (nommer un référent hygiène dans chaque salle, sensibiliser les équipes à la prise en charge de la douleur...)
- Impliquer le patient, le garde-malade, la famille
- Management (motivation du personnel, temps d'échanges des soignants sur des problématiques de soins, valoriser les soignants, écrire des procédures...)

**Rapport de Mission APPS/Esther, CHU de Rennes/Hôpital Prince Régent Charles
et CHU Kamenge
Du 1^{er} décembre au 5 décembre 2014**

Docteur Jean-Marc Chaplain – CHU de Rennes

1. Objectifs de la mission

Cette mission s'inscrivait dans le suivi des actions 2014 du partenariat APPS 2014 afin d'en réaliser le bilan et d'établir les axes de travail pour l'année 2015.

L'idée était donc d'élaborer :

- un bilan provisoire avec les équipes hospitalières engagées localement
- définir les actions pour le projet 2015.

Ce rapport de coordination comprend également la dernière mission d'infirmières du CHU Rennes réalisée la semaine précédente et joint en annexe à ce document.

2. Observations

a. Hygiène des mains et du soin

De façon générale, sur les deux hôpitaux, on assiste à une montée en charge de la consommation des produits hydro-alcoolique (Annexe 1). Si au CHUK, l'augmentation est flagrante, elle est plus contrastée à l'HPRC.

Il existe toujours une certaine hétérogénéité entre les services mais la progression est réelle.

Il est possible que l'effet de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest contribue à un renforcement de l'usage des PHA, mais pas seulement, la prise de conscience progressive des personnels, le travail des équipes d'hygiène, l'implication de la Chief Nursing au CHUK et de la Directrice des soins à l'HPRC, sont d'autant d'éléments favorisant l'implication de tout le personnel.

On note également à l'HPRC un certain progrès dans la gestion des gardes malades (moins nombreux) et de la propreté général des services avec des moustiquaires plus nombreuses et en meilleures état.

Les PHA sont en nombre suffisant à la pharmacie de l'HPRC et de bonne qualité à l'utilisation. Pour le CHUK il semble que les commandes de la pharmacie se réalisent une fois le stock complètement épuisé, responsable ainsi de rupture d'approvisionnement lié aux délais de commandes et de livraisons. Ce qui est un peu dommage.

Aussi dans certains service, les réquisition ne sont pas anticipées et on se retrouve en cas de vacance de la responsable (service de Réanimation à l'HPRC) à substituer le PHA avec le détol dans le flacon vide.

Le CHUK, par sa directrice financière, s'est engagé à provisionner les fonds pour l'achat des PHA pour son hôpital pour l'année 2015, ce qui correspond à un montant total de 6 000 dollars pour une commande de 1500 flacons (coût unitaire à 4 dollars).

Les points à améliorer seraient la provision en boites de sécurité pour les aiguilles, difficilement trouvables localement et toujours tributaire de don d'ONG internationales. Pas de solution pérenne n'a pu encore être trouvée.

b. Surveillance des infections

La surveillance des infections du site opératoire a donc été réalisée sur les 6 premiers de l'année pour la chirurgie générale et l'obstétrique pour l'HPRC et sur l'obstétrique pour le CHUK. Les résultats et la restitution feront l'objet de la dernière mission de l'année prévue du 15 décembre au 19 décembre par Pascal Jarno et sera l'objet d'un rapport spécifique.

Une enquête sur les infections du post-partum pour les accouchements par voie basse a été réalisée à la maternité de l'HPRC par le Dr Mamboléo. Sur 300 femmes incluses on retrouve près de 20% d'infection du post-partum ce qui est important. Un rapport provisoire est joint en annexe 3 mais doit être consolidé par une analyse d'incidence des infections qui sera réalisée dans les prochaines semaines.

Une restitution sera également organisée au cours d'une prochaine mission au cours du premier trimestre 2015.

La même enquête est également prévue au CHUK et devrait débuter en décembre 2014.

c. Le Bloc opératoire et la « Check List »

Cette action n'a pu être évaluée au cours de cette mission, faute de temps. Elle avait fait l'objet d'une mission en juillet dernier avec des résultats mitigés.

Il reste un travail important à réaliser avant d'attendre des résultats significatifs. Une nouvelle orientation de cette action est proposée dans les perspectives 2015.

3. Perspectives

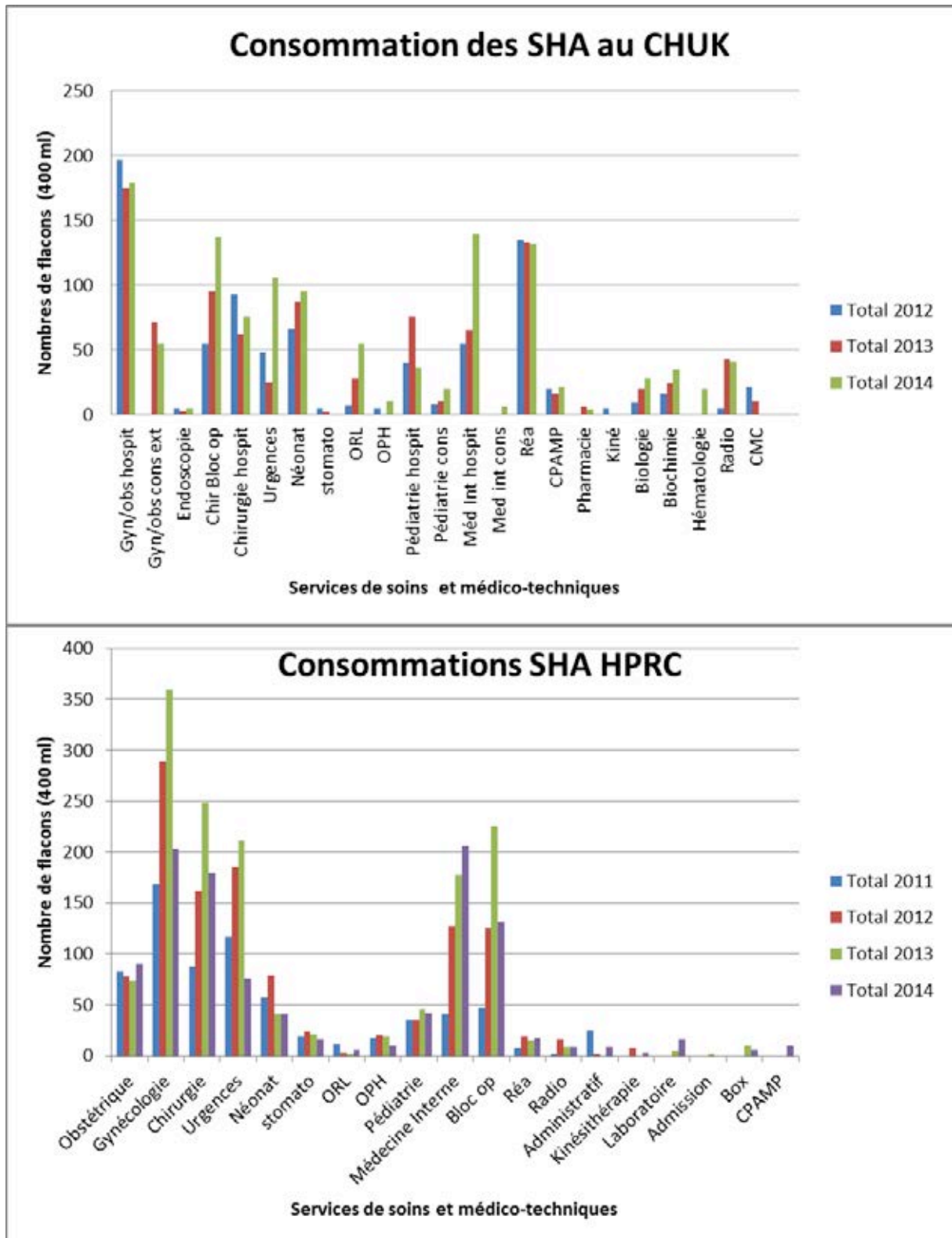
Le projet est de nouveau reconduit par la DGOS sur le programme APPS avec un financement globalement équivalent (autour de 30 000 euros).

Il est convenu de poursuivre les deux actions « phares » du programme : l'hygiène des mains et du soin, ainsi que la surveillance épidémiologique des infections.

Pour l'action au bloc opératoire, il est souhaitable d'intégrer cette action dans un soutien plus globale à la mise en place et au travail des comités d'hygiène dans les deux hôpitaux partenaires. En effet, il existe une volonté des directions hospitalières de s'approprier un certain nombre d'action du programme ce qui doit être encouragé au maximum. Les comités d'hygiène constituent dans ce sens une excellente plate-forme pour suivre ces actions. Ainsi, l'action au bloc opératoire, concernant surtout l'HPRC pourrait trouver une nouvelle dynamique.

Annexe 1

Consommation des PHA dans les deux Hôpitaux partenaires pour les années 2012-2014 par service.



Annexe 3

Résultats de l'enquête sur les infections du post-partum dans la maternité de l'hôpital Prince Régent –Bujumbura. Décembre 2014 –Partenariat ESTHER/African Paterniship for Patient Safety (APPS)

Dr Manboléo¹ A, Dr Chapplain JM², Dr Biziraguzenyuka J.³, Dr Leroy H.², Mme Guerizec A.⁴, Mr Niyongabo E⁵, Dr Arvieux C².

¹ : Service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Prince Régent Charles-Bujumbura

² : Service de maladies Infectieuses du CHU de Rennes

³ : Coordination Esther –Bujumbura

⁴ : Sage-femme –programme APPS

⁵ : Service d'Hygiène hospitalière de l'hôpital Prince Régent Charles – Bujumbura

Résultats.

Au cours de l'étude du 18 avril 2014 au 27 juillet 2014, 1538 femmes ont accouchées par voie basse à la maternité ; 370 ont pu être pré-inclues, pour obtenir 300 femmes définitivement incluses dans l'étude.

Tableau 1 : Caractéristiques des femmes à l'inclusion

Age en années moyenne (+/- ds)	28 (7)
IMC moyenne (kg/m ²)	25 (5)
Echelle de précarité (%)	
1 précaire	7%
2	31%
3	48%
4 non précaire	14%
Vie maritale (%)	88%
Gestité médiane (25-75 percentiles)	2 (1-4)
Parité médiane (25-75 percentiles)	2 (1-4)
ATCD	
Césarienne	3% (9)
HTA gravidique	0,7 % (2)
Infection par le VIH % (n)	5% (15)

Tableau 2 : Caractéristique de l'accouchement

Terme à l'accouchement en semaine moyenne (+/- ds)	39(3)
Grossesse gémellaire % (n)	3 (10)
RPM	23% (70)
Fièvre pendant le travail	5% (16)
Poids de naissance du NN en gr, moyenne (+/- ds)	3140 (530)
Episiotomie % (n)	23 (70)
Révision utérine	34 (101)
Déchirure	14 (42)
Antibiotiques prescrits en péripartum	57 (171)
Transfusions	1 (4)

Femmes ayant quitté la maternité avec une prescription d'antibiotique (amoxicilline) n= 171 associé ou non à un antiseptique (détol) n=122.

Deux nouveau-nés sont morts (0,7%). Pas de décès maternel en couches.

Devenir à 48 heures

Médiane [min-max] du délai de l'appel = 2 [1-4] ; 25-75p : 2-2

24% des femmes (n=72) présentent au moins un signe clinique au premier appel :

12% (n=37) présentent une infection gynécologique (plus une femme avec un accès palustre)

Sur les 37 femmes avec une infection gynécologique on retrouve :

7 infections (2%) concernent les seins : 6 crevasses et une galactophorite. Sur ces 7, cinq femmes vont consulter à l'hôpital.

30 infections (10%) concernent le périnée : 25 vont consulter (2 en centre de santé et 23 à l'hôpital). 3 femmes avec une IU, une avec une vaginite, et une avec une fièvre isolée ne se présentent pas à la consultation.

On retrouve les infections suivantes :

- 11 infections urinaires dont deux fébriles (3,7%)
- 9 vaginites (3%)
- 7 épisiotomies suppurées dont deux fébriles (2,3%)
- 3 fièvres isolées sans point d'appel clinique (1%)

Devenir 10 jours après l'accouchement

Médiane [min-max] du délai de l'appel = 10 [9-14] ; 25-75p : 10-11

28% des femmes (n=85) présentent au moins un signe clinique au deuxième appel, dont 9% (n=28) en présentait un à 48 heures. Soit 19% de nouvelles (n=57), pour une incidence totale de 43% pour la cohorte.

Parmi elles, 75 vont se présenter de nouveau à l'hôpital (25%) et 9 dans un centre de santé (3%)

19% (n=57) des patientes présentent une infection à J10, en plus de deux accès palustres.

Parmi elles, 11 patientes présentaient déjà une infection à 48H, 8 concernaient la même infection (4 vaginites, 3 infections urinaires, une suppuration d'épisiotomie), non guéries ; 3 une nouvelle infection (une infection urinaire, une suppuration d'épisiotomie, une fièvre isolée).

Parmi les 57 patientes présentant une infection à J10, on retrouve :

- 26 vaginites (9%)
- 18 épisiotomies suppurées dont une fébrile (6%)
- 10 infections urinaires (3,3%)
- 2 endométrites (0,7%)
- 1 abcès du sein (0,7%)

Au total, on retrouve une incidence des infections suivantes :

Infections gynéco et urinaires : 30%

Infections périnéales (dont infections urinaires) : 25%

Infections gynécologiques (hors infections mammaires) : 19%