

PROJET NCD

—

NCD PROJECT

Projet pilote d'un réseau de soins de proximité pour les maladies chroniques en Ethiopie

Projet régional d'un réseau de centres de santé autour de l'hôpital universitaire de GONDAR avec mise en place de laboratoires d'analyses standards adaptés à ces pathologies

Sommaire

Introduction La santé en Ethiopie, bref résumé géopolitique, la santé en quelques chiffres Incidence des maladies chroniques

Historique du projet NCD

Le combat des médecins éthiopiens

Le projet national NCD (National Strategic Action Plan –NSAP 2014-2016)

Les maladies responsables et leur incidence

Le projet pilote régional dans la région de Gondar

Son but

Structures administratives et du réseau

Les partenaires

Défis et stratégie

Sélection des centres

Choix des pathologies et des médicaments

Choix des analyses biologiques

LES TROIS PIEDS DU PROGRAMME (« jima stool »)

- 1) partie MEDICALE : un personnel médical formé pour la prise en charge des NCD, matériel médical, dossier médical partagé.
- 2) partie PHARMACEUTIQUE : les médicaments choisis disponible au long cours
- 3) partie BIOLOGIQUE : laboratoires standards en réseau

Personnel (techniciens) locaux, instruments, réactifs, petit matériel

Fonctionnement, prélèvement, identification, transmission des échantillons et des résultats

Bonnes pratiques, gestion des stocks, maintenance

Relations dans le réseau

DEVELOPPEMENT DU PROJET

Contacts préliminaires avec les médecins éthiopiens

Deux missions BSF en 2014 et 2015-04-28

Mise en place d'une structure locale de coordination

Installation des labos

Suivi et évaluation du programme

Planning, memorandum of understanding (MOE)

Budget prévisionnel

INTRODUCTION : LA SANTE EN ETHIOPIE

Bref résumé géopolitique

Grande comme deux fois la France, située dans la corne de l'Afrique, l'Ethiopie longtemps considérée comme un des pays les plus pauvres de la planète, est en pleine mutation et développement depuis une douzaine d'années (fin de la guerre avec l'Erythrée).

Ce pays au passé exceptionnel, jamais colonisé, premier pays indépendant, est le siège de l'Union africaine.

L'Ethiopie a été marquée par des successions de conflits, après la libération de l'occupation Italienne 1935 - 1941 l'empereur Hailé Sélassié qui a essayé de moderniser l'Ethiopie a été renversé en 1974 par un régime marxiste très violent, « le Derg », qui a vu resurgir le spectre de famines en 1984 et s'est accompagné de campagnes de terreur.

Cette période très difficile qui a fait un ou deux millions de victimes a durablement marqué l'Ethiopie.

Le régime marxiste de Mengistu a pris fin avec la victoire des milices d'opposition du SNPR et le front de libération du Tigré.

Un régime démocratique s'est progressivement instauré avec un parti issu de ces mouvements de libération.

La guerre fratricide avec l'Erythrée en 1998 (indépendante depuis 1993 et coupant l'Ethiopie de son accès à la mer rouge) a retardé le développement du pays.

Depuis une dizaine d'années et malgré l'épidémie de sida l'Ethiopie connaît une croissance continue, avec des investissements étrangers, et l'émergence d'une classe moyenne. La diaspora en particulier américaine joue également un rôle moteur dans la transformation rapide du pays. Cependant la disparité reste énorme entre les classes les plus riches et la grande majorité du peuple qui vit au seuil de la pauvreté.

L'Ethiopie connaît une transformation importante avec de grands projets d'infrastructure (barrages, train, routes, constructions, agriculture –dont le café– et industries de main d'œuvre avec des investissements étrangers importants, en particulier la Chine, les pays du moyen orient et l'Asie qui en feront demain une puissance régionale, si des divisions internes (fédéralisme et tensions ethniques) ou externes (conflits locaux et islamisme) ne viennent perturber cette évolution rapide.

L’Ethiopie a une population d’environ 95 millions d’habitants, 80% rurale et 20% urbaine en progression avec un exode rural régulier. La population est très jeune (42% de moins de 15 ans et seulement 5,2 % de plus de 60 ans).

Le taux de fertilité est de 4.6 enfants par femme.

L’espérance de vie est de 64 ans.

QUELQUES CHIFFRES CONCERNANT LA SANTE

L’état Ethiopien dépenserait environ 50 US D par personne chaque année .

L’état a construit de nombreux hôpitaux, universitaires, de région et primaires ainsi que des centres de santé à travers tout le pays ; Mais si l’infrastructure administrative et immobilière est importante il y a un grand déficit dans les services, le fonctionnel, le matériel et les équipements souvent très limités. La formation des personnels en particulier des médecins est insuffisante et beaucoup partent à l’étranger pour des salaires bien supérieurs Les équipements de pointe sont également très rares (IRM, radiothérapie) mais aussi les services chirurgicaux spécialisés, la rééducation fonctionnelle, la cancérologie, la réanimation etc... quasi inexistantes.

Les Ethiopiens qui peuvent se font soigner à l’étranger –Kenya, Afrique du Sud, pays du Golfe, Inde, Thaïlande, USA

Une grande partie de la population n’a accès qu’à des soins primaires limités; Après les grandes campagnes internationales de vaccination, la mis en place d’un plan national ambitieux contre le sida, la tuberculose, la malaria, les programmes mère enfant, la priorité est maintenant de développer les soins pour les maladies chroniques, associant la PREVENTION et des SOINS DE PROXIMITE.

Il faut noter l’importance du développement récent du secteur privé qui permet surtout en ville d’avoir quelques établissements de niveau international. Ces initiatives sont souvent financées par des capitaux étrangers ou par des médecins qui retournent après des formations et carrières à l’étranger (USA, INDE, CHINE, COREE, AFRIQUE DU SUD, EUROPE ...)

Incidence des maladies chroniques (NCD)

Les premières études montrent l'importance de ces maladies chroniques tant au niveau morbidité que mortalité avec une incidence a tous les niveaux de la vie du pays: santé, social, économique...

Selon l'OMS le taux de mortalité due aux maladies chroniques (NCD) en ETHIOPIE serait d'un tiers des décès (34%). Il y a cependant peu ou pas d'études nationales sur ce sujet et ces chiffres ne peuvent être que très approximatifs car provenant d'études ou de statistiques diverses.

Cardiovasculaires 15%

Autres NCD 9%

Cancer 4%

Maladies respiratoires 4%

Diabètes 2%

Le tableau suivant montre la répartition des décès par pathologie dans la population adulte.

Historique du projet NCD

Dans ce grand pays en plein développement après les périodes de guerres et famines des années 70 et 80, tout ou presque était à reconstruire ou à développer, sur le plan des infrastructures, de l'éducation, de la santé etc...

C'était un défi considérable et la politique de santé, en particulier, a été dramatiquement affectée par le manque de moyen.

Par ailleurs au début des années 2000 l'épidémie de Sida, qui a particulièrement frappé la zone sub-saharienne, a constitué un grand défi et mobilisé de nombreuses institutions et organisations d'aide internationales qui ont apporté une aide importante.

Le programme SIDA bientôt rejoint par un plan de lutte contre la tuberculose a permis de développer dans tout le pays des structures adaptées. Il faut aussi noter le plan de lutte contre la malaria, par exemple sa prévention avec la distribution de moustiquaires ainsi que les campagnes de vaccination sous l'égide de L'OMS de l'Unicef etc.

Pour le sida (HIV-Aids)l'information, le dépistage généralisé et l'accès aux thérapies ART a permis d'en réduire l'incidence et de traiter un grand nombre de malades dans toutes les régions d'Ethiopie.

Le succès de cette stratégie a pu démontrer l'efficacité d'un plan concerté appuyé par toutes les structures nationales avec l'aide des grandes institutions internationales. Malheureusement, à coté de ces programmes spécifiques souvent cloisonnés, les autres maladies, en particulier les maladies non contagieuses NCD, ont été négligées avec des retards considérables comme pour le cancer.

C'est pour combler ce déficit qu'un plan national est en cours d'élaboration

LE COMBAT DES MEDECINS ETHIOPIENS Il faut noter le courage et la persévérance des médecins éthiopiens, héros anonymes, restés dans leur pays avec souvent des salaires moindres que les chauffeurs d'ONG et qui ont du travailler dans des conditions très difficiles.

Ce sont eux qui, devant la tragique réalité des drames quotidiens, ont pu alerter les autorités sur les carences majeures du système de soin en particulier pour les maladies orphelines comme les NCD.

Le Dr Shitaye de GONDAR, en particulier, interniste et diabétologue a pu pendant des années plaider en faveur d'un programme pour ces maladies

Ce combat vient du témoignage de son expérience quotidienne avec ses patients , malades ,sans argent ayant à parcourir de longues distances pour venir chercher tous les mois leur insuline gardée au domicile dans une boite métallique enterrée dans le sol; Le cout des transports et des soins conduit ces patients à vendre leur maigres biens et bétail pour se retrouver souvent dans une situation de précarité dramatique les obligeant à survivre en ville, près de l'hôpital : vies meurtries brisées par un manque de soins de proximité

Le Projet National NCD

Récemment un plan national d'action stratégique (NSAP =National Strategic Action Plan 2014-2016) a été élaboré pour la prévention et le contrôle des maladies non contagieuses au niveau de la république fédérale par le ministère de la santé.

Ce plan répond au souci de planifier une action prioritaire pour la prévention et la prise en charge des NCD et répondre à un besoin de santé national et aux recommandations de l'OMS.

Le but est de faire un plan d'action pour mobiliser les structures de santé et tous les organismes associés nationaux afin de faire une politique de prévention, de prise en charge des facteurs de risques, une mise en place du dépistage, du suivi et du traitement de ces maladies;

En renforçant les systèmes de santé, en particulier dans les systèmes de santé primaires et dans une perspective de couverture universelle des soins.

Les systèmes de protection social devront permettre en particulier aux plus nécessiteux d'avoir accès à ces soins avec une assurance de pouvoir bénéficier d'une couverture de soins au long cours .

Le but est de réduire la morbidité et la mortalité par ces pathologies.

Ces maladies NCD ont un cout important en terme de décès, et également au niveau social ou les traitements et les longs soins constituent un très lourd fardeau pour des familles et conduisent à l'appauvrissement des individus et des communautés avec une menace pour leur subsistance. Tout cela retentit sur le niveau socio-économique de la communauté.

La non prise en compte actuelle des facteurs de risque (conseils hygiéno-diététiques, réduction de l'alcoolisme, de la prise de kat-droge locale très utilisée par mastication des feuilles de kat-, incidence des facteurs familiaux etc.) L'absence de structures de prévention et de prise en charge posent un problème majeur de santé aujourd'hui qui est à la base de ce plan d'action au même titre que la prise en charge médicale.

Une évaluation de l'incidence de ces maladies, des facteurs de risque, de leur prise en charge et des résultats sur la prolongation de vie et réduction de la mortalité est prévue.

Ces travaux entreront dans le cadre d'une meilleure connaissance par des données statistiques et des travaux de recherche pour améliorer la lutte contre ces maladies.

Ce plan ambitieux a été estimé à plus de 100 millions de dollars sur trois ans. Bien sûr il demande une part de financement par des partenaires étrangers.

LE RAPPORT NSAP EST DISPONIBLE EN ANGLAIS (environ 70 pages)

Ethiopia

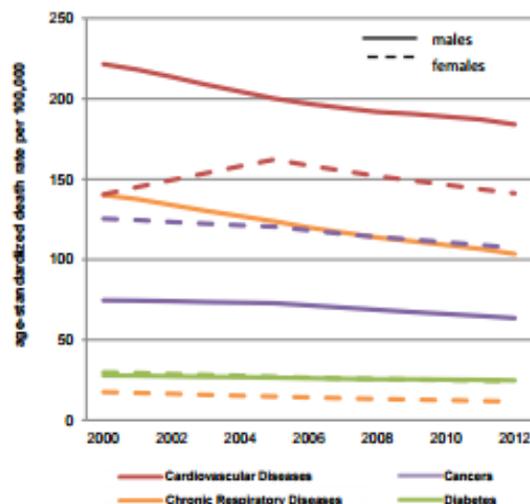
Total population: 91 729 000

Income Group: Low

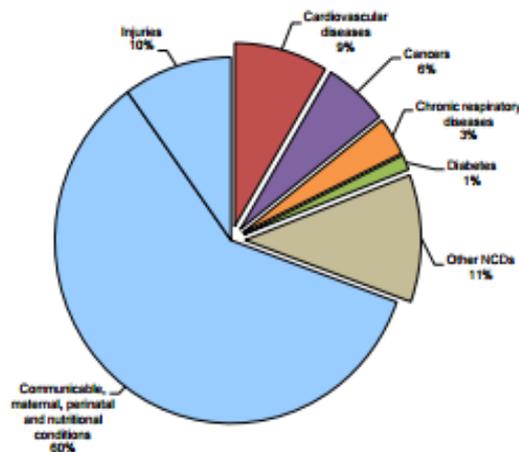
Percentage of population living in urban areas: 17.0%

Population proportion between ages 30 and 70 years: 26.4%

Age-standardized death rates*



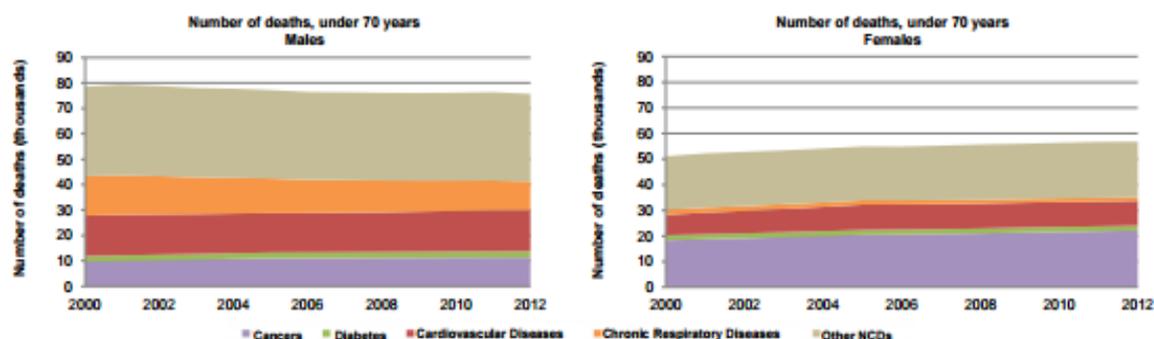
Proportional mortality (% of total deaths, all ages, both sexes)*



Total deaths: 691,000
NCDs are estimated to account for 30% of total deaths.

Premature mortality due to NCDs*

The probability of dying between ages 30 and 70 years from the 4 main NCDs is 15%.



Adult risk factors

	males	females	total
Current tobacco smoking (2011)
Total alcohol per capita consumption, in litres of pure alcohol (2010)	6.2	2.2	4.2
Raised blood pressure (2008)	28.0%	23.9%	25.9%
Obesity (2008)	0.7%	1.5%	1.1%

National systems response to NCDs

Has an operational NCD unit/branch or department within the Ministry of Health, or equivalent	ND
Has an operational multisectoral national policy, strategy or action plan that integrates several NCDs and shared risk factors	ND
Has an operational policy, strategy or action plan to reduce the harmful use of alcohol	ND
Has an operational policy, strategy or action plan to reduce physical inactivity and/or promote physical activity	ND
Has an operational policy, strategy or action plan to reduce the burden of tobacco use	ND
Has an operational policy, strategy or action plan to reduce unhealthy diet and/or promote healthy diets	ND
Has evidence-based national guidelines/protocols/standards for the management of major NCDs through a primary care approach	ND
Has an NCD surveillance and monitoring system in place to enable reporting against the nine global NCD targets	ND
Has a national, population-based cancer registry	ND

* The mortality estimates for this country have a high degree of uncertainty because they are not based on any national NCD mortality data (see Explanatory Notes).
... = no data available

ND = Country did not respond to country capacity survey

Les maladies responsables et leur incidence :

Maladies cardio vasculaires

Elles représenteraient 15% de la mortalité et un tiers des admissions hospitalières, parmi celles-ci l'HTA arriverait en tête, devant les maladies coronaires. Les pathologies liées au RAA (Rheumatic Heart Diseases ou rhumatisme articulaires aigus) sont très importantes peut être même plus que l'HTA. Les cardiomyopathies, les pathologies valvulaires dégénératives, les syndromes ischémiques suivent.

Les séquelles et l'évolution des RAA sont cause de nombreux AVC (accidents vasculaires avec en prévention des besoins de traitements anticoagulants au long cours. Pour l'HTA il n'y a pas d'étude nationale mais des études locales laissent entrevoir une prévalence de 10 à trente pour cent des valeurs tensionnelles anormales, avec donc une pathologie hypertensive importante.

Cancer

Les données épidémiologiques sont aussi limitées, chez l'homme les cancers digestifs, puis génitaux (prostate), enfin hématopoïétiques seraient les plus fréquents ; chez la femme les cancers du sein et des organes génitaux.

Le dépistage et un plan d'action pour le traitement n'existent pas à ce jour. Le cancer entre dans les priorités du dépistage et des soins dans un futur proche.

Diabète

En 2011 on comptait plus de deux millions et demi de diabétiques en Ethiopie dans une étude à Jimma sur une population de plus de 40 ans la prévalence était de 5 à 7 %. Parmi les immigrants juifs éthiopiens en Israël la prévalence était de 10 % ; Il semble que l'incidence augmente surtout dans les villes à cause des changements de régime alimentaire et du mode de vie.

Maladies respiratoires chroniques

L'asthme, les pathologies bronchiques et BPCO (insuffisance respiratoire chronique) sont en progression surtout en ville avec un taux de pollution important. La prise en charge médicale commence par la prévention et le dépistage sur des

signes cliniques et des facteurs de risque .Les infirmiers des centres de santé disposeront de spiromètres faciles d'utilisation, peu onéreux et qui aident à quantifier ces troubles.

Autres NCD

D'autres maladies ne sont a ce jour que très peu accessibles a des prises en charge et traitements, comme la cancérologie (qui est une autre priorité dans le plan national), l'endocrinologie, les maladies de système etc...

Cela prendra des années pour mettre en place un système de soins pour ces pathologies.

C'est donc par étapes avec un choix limité de pathologies qui sera progressivement étendu que les maladies chroniques non contagieuses seront prises en charge

Par ailleurs le système de soins coordonné et décentralisé qui bénéficie déjà de l'expérience des programmes Sida, Tuberculose aidera a accélérer cette mise en place grâce a l'expérience et aux structures existantes

Facteurs de risque majeurs pour les NCD en Ethiopie

Un large pourcentage des maladies chroniques pourrait voir leur incidence diminuer avec la prévention des facteurs de risque : consommation d'alcool, alimentation déséquilibrée, manque d'exercice physique et tabagisme (Dieu merci très peu présent en Éthiopie), consommation de Kat etc...

LE PROJET PILOTE REGIONAL DANS LA REGION DE GONDAR

SON BUT

C'est un projet original, limité dans un premier temps à un site mais important pour tester sur le terrain, au plus près de la réalité, la faisabilité d'un programme intégré de proximité pour le dépistage, la prise en charge et le traitement des maladies chroniques (NCD) sélectionnées.

Il permettra de mettre en évidence les avantages et faiblesses de ce modèle en réseau, de l'analyser, d'apporter des modifications avant de répliquer et de l'étendre à d'autres sites, en particulier JIMA.

Il sera réalisé dans la région de GONDAR, au niveau d'un réseau de centres de santé coordonnés autour de l'hôpital universitaire.

Gondar a été choisi, car un gros travail préparatoire sur le plan de la formation clinique, mais surtout de partage de vision, de sensibilisation des autorités par le DR SHITAYE, qui n'a cessé de plaider pour sa réalisation.

Ce projet veut donc étudier de manière pratique le fonctionnement de ce réseau de soins autour du centre coordinateur, pour donner aux patients les meilleurs soins de proximité dans le cadre d'un suivi coordonné.

Il va reposer sur les trois pieds du programme intégré selon le modèle de la « Jimma » stool / une chaise tabouret très connue en Ethiopie.

Celle-ci est composée d'un socle qui sert de siège, reposant sur trois pieds.

Le siège représente la coordination et l'harmonie du programme, sûr et stable sur lequel le malade peut s'asseoir, c'est-à-dire avoir des soins complets de qualité

Ce programme demande une **bonne coordination** entre le centre universitaire et le réseau de centres de santé, mais également entre les trois acteurs locaux: le personnel médical formé, le laboratoire d'analyses standard et la pharmacie qui délivre les médicaments de base requis au long cours.

Ce programme est appelé à fonctionner, de manière continue, à **long terme** pour répondre justement au traitement de ces maladies qui par définition requièrent des traitements longs.

Enfin ce programme est appelé à devenir auto suffisant le plus possible (self-sustainable) en assurant dans la mesure du possible un **auto –financement** au moins pour les analyses et médicaments (avec une très faible mais nécessaire participation financières du patient)

EN RESUME ET POUR EXEMPLE : LE MALADE PRESENTANT UNE MALADIE CHRONIQUE COMME LE DIABETE ET VENANT REGULIEREMENT AU CENTRE DE SANTE PRIMAIRE DE PROXIMITE DE SON DOMICILE, SAIT QU'IL TROUVERA :

--) LE PERSONNEL INFIRMIER POUR FAIRE SON EVALUATION CLINIQUE qui sera consignée sur un dossier médical partagé avec le service universitaire de Gondar.

--) UNE ANALYSE BIOLOGIQUE ...FIABLE... DE SA GLYCEMIE ...et son HEMOGLOBINE glyquée mesurée a Gondar

--) DE L'INSULINE OU UN ANTIDIABETIQUE ORAL

Ce projet est basé sur des notions pratiques proches des réalités du terrain :

SIMPLICITE : faire au plus simple en utilisant les structures existantes, pour les optimiser et éviter des taches supplémentaires inutiles aux techniciens et soignants

STANDARDISATION essayé de mettre au sein de ce réseau une harmonie avec les mêmes formations, les mêmes instruments et réactifs et surtout les mêmes procédures et mode de fonctionnement par exemple pour l'échange des données entre le centre de santé et l'hôpital coordonnateur.

SUIVI et EVALUATION pour assurer un bon fonctionnement, recevoir les informations, encourager les acteurs locaux, répondre à leurs besoins pratiques et améliorer le fonctionnement du système.

Le retour d'information, l'avis des personnels, les problèmes rencontrés seront autant de sources pour améliorer le fonctionnement du système.

Il vise à **RESPONSABILISER** des équipes avec une logistique et une organisation en réseau autour d'un centre coordonnateur. La communication entre les centres périphériques et le centre coordonnateur et un suivi pour l'évaluation, l'aide et la maintenance des matériels, l'approvisionnement régulier et constant en médicaments et réactifs pour les instruments également le petit matériel.

Structures Administratives du projet NCD

Ministère de l'éducation

Addis Abeba

Ministère de la santé

(Coordination nationale)

Universités Ethiopiennes

(GONDAR-JIMMA)

Bureau régionale de la santé

Bureau de zone

- Hôpital Universitaire

- Coordination du programme NCD

Résea

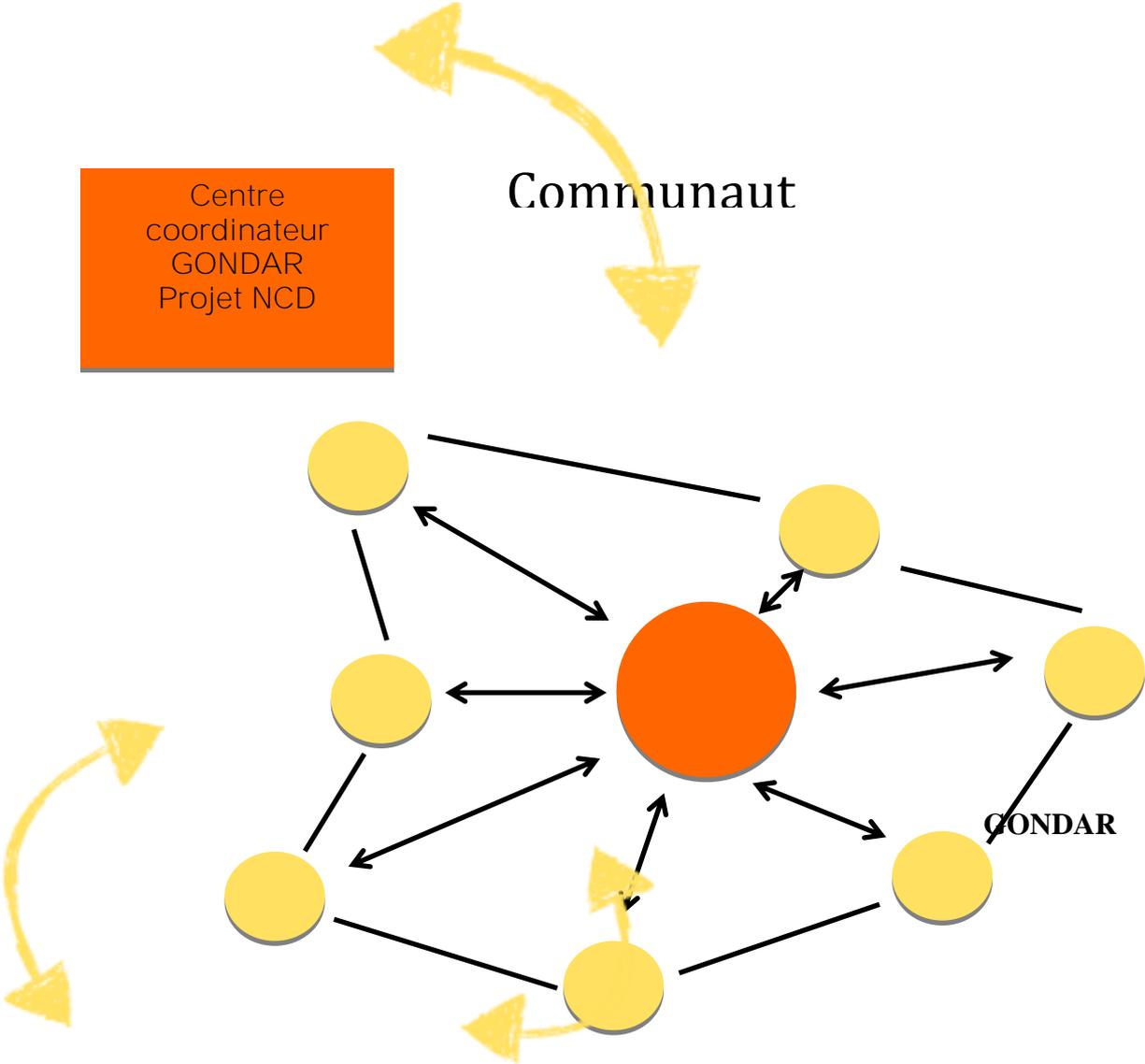
- Centres de Santé

- Hôpitaux locaux

**Réseau de centres de soins de proximité
en relation avec le centre coordinateur**

Centre
coordinateur
GONDAR
Projet NCD

Communaut



Centres locaux de
soins de proximité
Equipes NCD

Les partenaires ;

Ministère de la santé Addis Abeba

Ministère de l'éducation

Bureau régional de la santé (Bahr Dar)

Hôpital universitaire de Gondar

Centres de santé et hôpitaux de la région de Gondar

THET programme universitaire anglais (programme
NCD et formation des personnels médicaux)

Biologie Sans Frontières (BSF) France (mise en place
du réseau de laboratoires
standardises)

Associations de malades, diabète et maladies
cardiovasculaires de la région de GONDAR

DEFIS ET STRATEGIE pour la mise en place de laboratoires standardisés (en partenariat avec BSF)

Le défi humain : le plus important

Il s'agit avant tout d'un changement important au niveau du travail de laboratoire qui implique une transformation de mentalité pour accepter de nouvelles normes, certaines contraintes mais aussi des bénéfices pour tous à reconnaître.

Comme disait un médecin spécialiste de Gondar : la première réaction face à tout nouveau programme est toujours... négative ! Les raisons diverses : les habitudes, l'absence de prise de responsabilités, la peur des charges supplémentaires, la perte d'autorité ou de ne pouvoir assurer, les salaires

Il faut donc pouvoir expliquer, motiver et former les équipes en premier lieu.

Le défis sont en effet nombreux :

--> Travailler dans un **nouvel environnement** et accepter une rénovation des locaux. Ceci implique une évaluation préalable des éléments à nettoyer, jeter, démolir ou réparer et refaire dans les normes acceptables.

--> Travailler avec une **méthode et un contrôle de qualité**, ou la formation est essentielle pour accepter les procédures de base (hygiène, technique méthodologie et contrôle de qualité ...LE BUT ETANT DE RENDRE DES RESULTATS JUSTES, DE CONTROLER CETTE VALIDITE DES RESULTATS, et surtout de maintenir le fonctionnement et la qualité dans le temps.

--> Travailler au sein d'un **réseau** en collaboration avec les autres labos (parfois sous leur regard), avec un coordinateur qui sera en relation régulière pour l'aide la maintenance, le suivi, l'évaluation.

Et avec le **laboratoire central** de GONDAR vers lequel on va envoyer des échantillons d'analyses spécialisées, ce qui implique des problèmes de conservation des échantillons, de transport, d'échanges –retour- de résultats

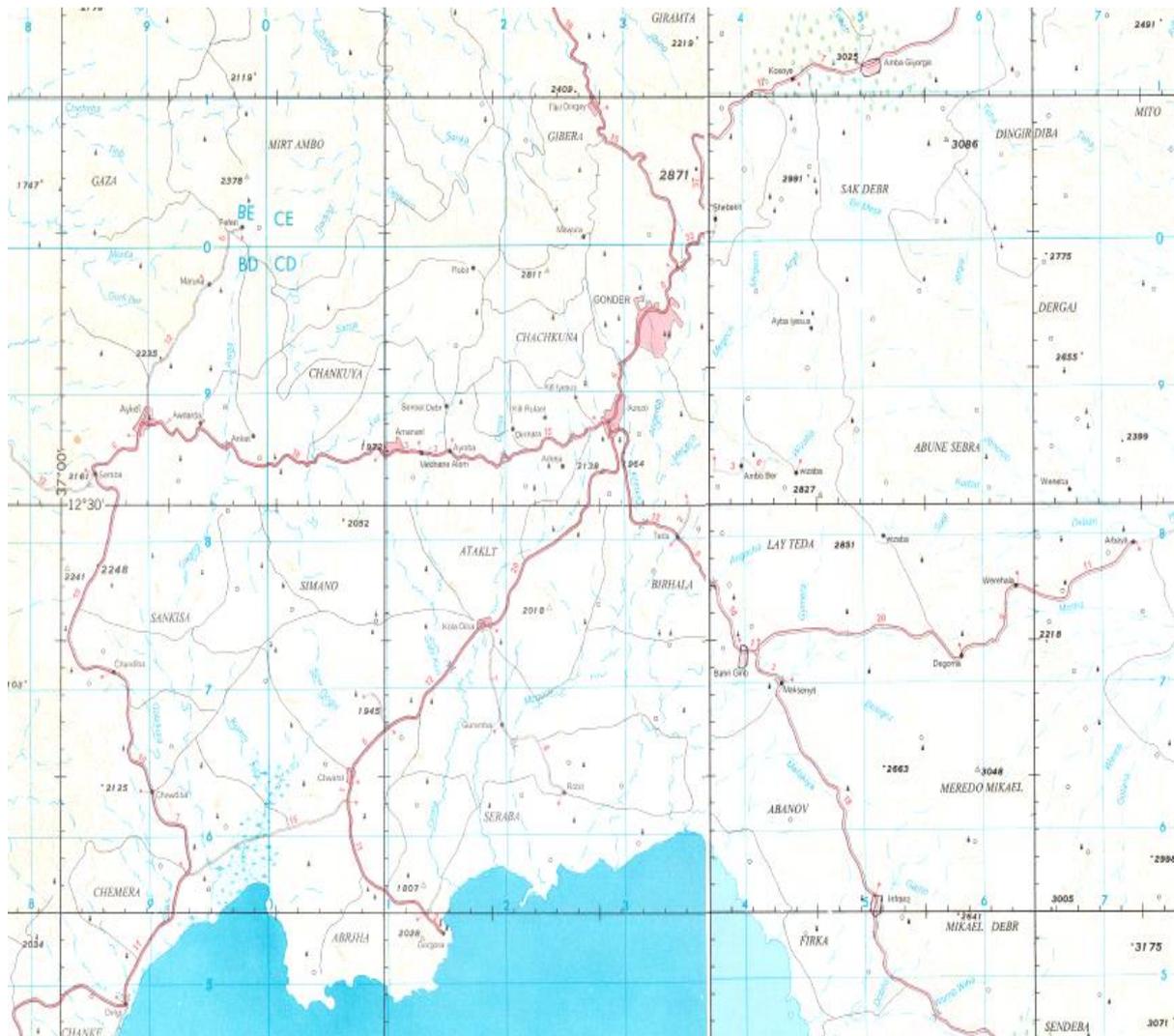
---Travailler avec une **méthodologie** d'identification du patient, de conservation et d'enregistrement des résultats sur un document au laboratoire

Travailler avec une **gestion des stocks** de matériel (tubes aiguilles seringues..) et réactifs, apprendre à anticiper dans les commandes avec une bonne évaluation des besoins.

---Travailler avec les partenaires, locaux et : **INTEGRATION DANS UN PROJET CLINIQUE OU LES RESULTATS DU PATIENT SERONT PARTAGES ENTRE EQUIPE LOCALE DE PROXIMITE ET LE CENTRE SPECIALISE DE GONDAR** (les médicaux vont prescrire les analyses et envoyer le patient pour sa prise de sang, la transmission des résultats vers le service médical transcrits sur le dossier médical partagé).

SELECTION DES CENTRES

CARTE DE LA REGION DE GONDAR AVEC LES PRINCIPAUX CENTRES



Au cours de deux missions (mai 2014 et janvier 2015) les centres présélectionnés par les médecins du projet ont été visités et évalués. Un rapport pour chaque centre a été réalisé indiquant en particulier

Leur situation, population concernée et nombre de kabele

Les centres de sante de la région

Le descriptif du personnel (administratif, infirmières et officiers de santé, sages femmes, techniciens de laboratoire, pharmacien, personnel technique.

L'activité du centre en actes en patients et en pathologies principales

Le budget global et d'examen de laboratoires

Pour les laboratoires plus particulièrement :

Personnel nombre et qualification, ancienneté

Descriptif et état des locaux

Matériel (tables paillasse placard)

Instruments, descriptif, fonctionnels ou non et pourquoi

Réactifs petit matériel

Actes et analyses réalisées

Un rapport des travaux nécessaires à la réhabilitation sera établi pour chaque centre ou on envisage les conditions de base suivante

Peinture des murs

Electricité sous gaine avec prise et lumière néon ou basse consommation

Evier propre avec une évacuation Sol propre carrelage ou ciment

Fermeture de sécurité des ouvertures

Tables et chaises dont un siège patient pour la prise de sang, placard pour le rangement des réactifs

Paillasse en métal peint avec un plateau blanc en stratifié

Centres sélectionnés

Debark un hopital avec trois centres de santé, porte de Siemien mountains au nord est de Gondar

Amba gorgis c.santé sur la route de Debark

Tikil Dingay proximite vers le nord

Aykel hopital primaire (un neuf en construction) a l'est sur la route du soudan

Koladiba c. sante a l'est avant Aykel

Gorgora c.sante au bord du Lac TANA

Maksegnit c .santé au sud sur la route d'Addis

Dabat ? c.santé

Enfranz ?c.santé

CHOIX DES PATHOLOGIES ET DES MEDICAMENTS

Les pathologies choisies pour ce premier programme sont en priorité

Le diabète : insulino et non insulino dépendant (types 1 et 2)

Pathologies cardiovasculaires

En particulier Hypertension artérielle, AA-Rhumatisme articulaire Aigu- fréquents en Ethiopie suite aux infections à streptocoque A mal soignées.

Séquelles d'AVC, Angor Post Infarctus, Insuffisance cardiaque

Epilepsie : Programme en cours avec les universités anglaises (Dr MARTINS)

Pathologies pulmonaires - insuffisance respiratoires Asthme

D'autres pathologies sont programmées pour l'avenir en particulier la **cancérologie**

CHOIX DES ANALYSES

Dans un premier temps ce seront des analyses simples pour répondre au choix des maladies : fonction rénale, lipides, glycémie, formule sanguine.

1) ANALYSES LOCALES

Ce seront les analyses réalisées grâce au spectrophotomètre et à l'appareil d'hémo
Glycémie Urée créatinine, Cholestérol triglycérides, Transaminases?, Hématocrite, NFS

2) ANALYSES CENTRALES (échantillons transportés à GONDAR)

pour le diabète : Hb A1 C

pour la cardiologie INR et électrolytes

pour l'épilepsie dosage de la phénytoïne ou phénobarbital

Analyses Biologiques pour le programme NCD

Local :
Centres de santé

Transport
Echantillons



Laboratoire
Universitaire

- Biochimie
(glycémie - créatinine
lipides - transaminases)
- Hématologie
(NFS - hémocrite...)
- Autres

- Diabète
HbA1c
- Cardiologie
INR
Electrolytes (NA-K-Cl)
- Neuro-épilepsie
Dosage anti-épileptique
(phénytoïne)

PARTIE MEDICALE :

Un personnel formé pour le dépistage, la prise en charge et le suivi des patients

Depuis plusieurs années un programme de formation des personnels soignants a été instauré en particulier pour le diabète, l'hypertension et l'épilepsie

Ce programme a été sponsorisé par le programme THET, les universités de Leicester et Southampton à GONDAR et à JIMMA.

Les infirmières et officiers de santé ont été formés pour la prise en charge.

Le suivi et la prescription des médicaments pour les pathologies citées.

Par ailleurs un accent tout particulier est mis :

Sur **la prévention** avec la suppression des facteurs de risque précédemment cités, par une sensibilisation des patients atteints ou à risque

Sur **le dépistage** de nouveau cas à travers un examen clinique, la prise de la tension ou le dosage de la glycémie, l'examen spirométrie et bien sur l'IMC avec une balance étalonnée !

Du matériel pour l'évaluation clinique

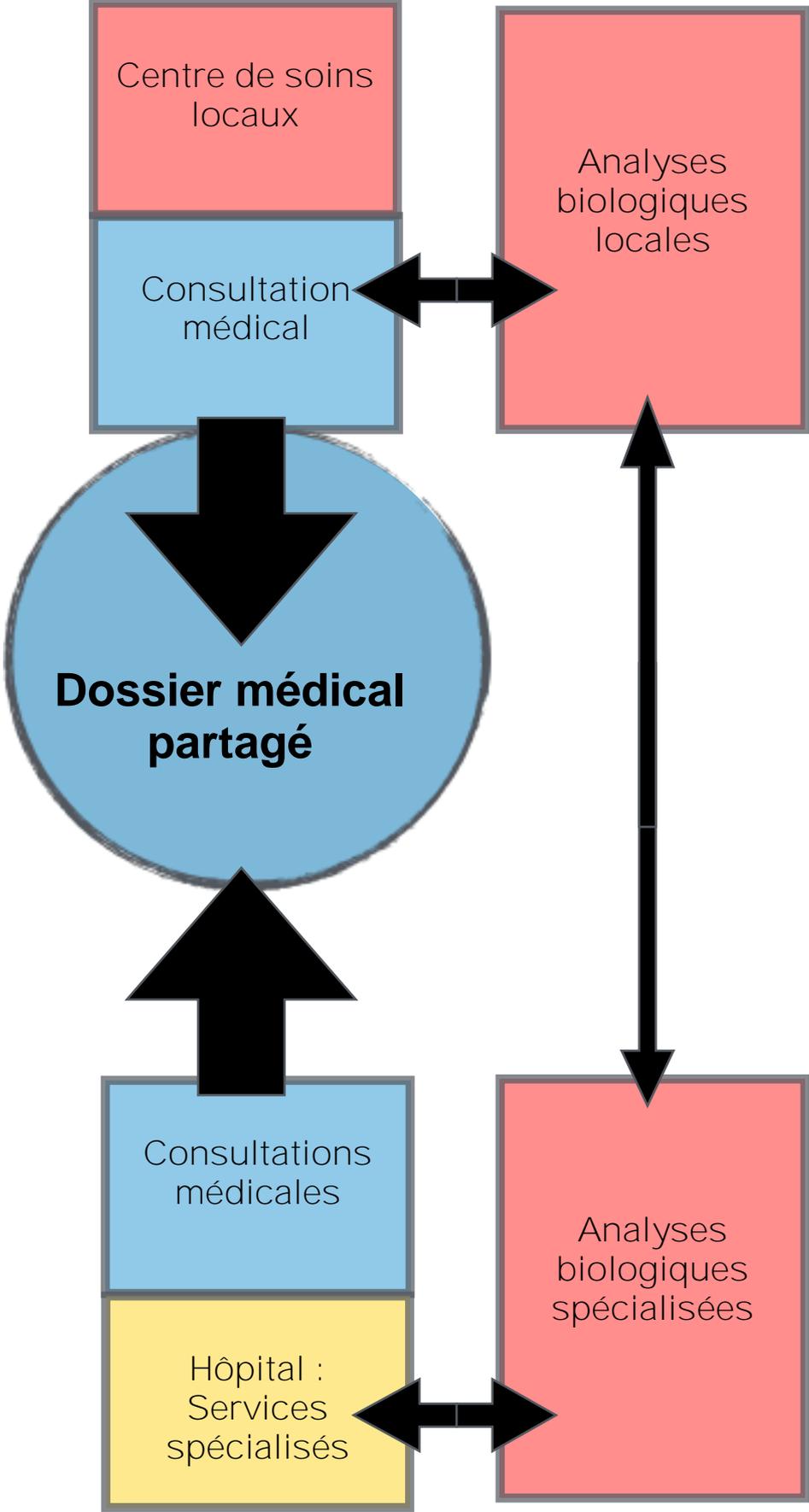
Le matériel médical de base est souvent très limité et souvent hors d'usage. Pour le programme en cours il est souhaitable d'avoir des TENSIOMETRES en bon état, des stéthoscopes, un spiromètre pour mesurer la mesure de base d'une EFR a minima, une balance et une toise La aussi la présence de ce matériel simple et peu onéreux est indispensable pour le bon fonctionnement du programma transmission des données pour un patient est essentielles ; entre le centre de santé du réseau et le ou les services spécialisé de Gondar.

Ce dossier doit comporter les informations cliniques de l'observation, les données biologiques, locales ou spécialisée et les traitements.

Il est souhaitable pour la sécurité et la cohésion d'avoir une même identification des patients.

On va essayer de conserver au maximum les documents existant et juste modifier pour intégrer ces nouveaux paramètres, en sachant que d'autres maladies seront progressivement concernées.

Dossier Médical Partagé (DMP)



2) PHARMACEUTIQUE

Des médicaments ont été sélectionnés pour chaque pathologie et seront disponibles dans toutes les pharmacies du réseau ; Une liste sera établie et les centres s'engageront à avoir un stock permanent de ces molécules.

Achat des médicaments et vente aux patients se feront selon le schéma habituel.

L'insuline fera d'une aide spécifique, ce qui est le cas à Gondar actuellement; le même processus sera suivi.

3) BIOLOGIQUE : mise en place des laboratoires standardisés en réseau

Actuellement tous les centres possèdent un laboratoire avec une à trois pièces .Leur conditions, leur matériels et leurs activités sont très diverses et ont été globalement évaluées lors des visites de BSF (A Orluc et JL Didier 2014 et 2015) mais aussi complétées par le coordinateur (Yusuf) et le Dr SHITAYE.

Une méthodologie classique est appliquée pour d'abord évaluer l'état des lieux faire la collecte des informations sur le personnel (nombre et qualification), sur l'activité générale, les analyses effectuées, le matériel (descriptif, état actuel) etc

Laboratoires d'analyses locaux

Remise en état

1) Etat des lieux: - Descriptif des travaux

2) Nettoyage: - Tri et rejet des non utilisés/périmés
- Démolition des mobiliers usagés

3) Rénovation:

- Peinture - Carrelage

- Electricité

- Eau + évacuation

- Gestion des déchets

4) Installation du mobilier:

- Paillasse

- Bureau - Chaises

- Placards / stockage réactif, petit matériel

- Administratif - Registres

INSTRUMENTS DU LABORATOIRE STANDARD DES CENTRES DE PROXIMITE

- Onduleur – Régulateur de tension
- Centrifugeuse
- Spectrophotomètre (Biochimie)
- Appareil d'hématologie
- Microscope (la plupart en ont de récents)
- Réactifs pour les analyses prévues
- Petit matériel pipettes avec embouts jetables de dosages adaptés aux instruments
- Frigidaire/Réfrigérateur type classique ou type Unicef
- Gants seringues aiguilles tubes secs et héparines...

Responsable du laboratoire

Un des techniciens ou technologistes sera responsable au un niveau du laboratoire pour son fonctionnement, la surveillance du matériel et des réactifs.

Ce responsable devra être désigné d'un commun accord entre le directeur du centre et le responsable du programme à GONDAR.

Il sera le correspondant et interlocuteur privilégié du coordinateur.

Prélèvements : lieu et matériel

Dans la plupart des cas les conditions de prélèvement ne sont pas remplies, il n'y a pas de salle de prélèvement et souvent pas de matériel adapté.

Il faudra donc un lieu précis avec chaise ou fauteuil de prélèvement et une table pour recevoir les tubes, le matériel de désinfection.

Identification des tubes patients

L'hôpital de GONDAR a un système code barre qui fonctionne bien.

Par contre les centres ne disposent souvent de rien, parfois un marqueur.

Il sera donc impératif de trouver une solution commune à tous les centres.

Transmission des tubes au labo central

Nous avons suggéré deux pistes, celles de la « piste CD4 » ou des échantillons sont apportés par le laboratoire local à celui de GONDAR dans le cadre du suivi des traitements par ART pour le sida – on rajouterait les autres tubes. La deuxième piste est l'ambulance des centres de santé qui va plusieurs fois par semaine souvent dans le cadre obstétrical / gynéco et qui pourrait avec l'accord des autorités apporter la glacière des prélèvements.

Gestion des réactifs, petit matériel

Un cahier de gestion des réactifs permettra de suivre leur gestion (date d'arrivée et date de péremption, commande ...)

Les petits matériels usuels seront commandés au centre de sante selon les procédures habituelles, par contre les matériels spécifiques pourront être commandés en gros par le coordinateur et redistribués au centre.

Maintenance des instruments

Un formateur- coordinateur pour les laboratoires sera formé par les compagnies auprès desquelles les instruments seront achetés.

Il sera en mesure de former tous les techniciens au fonctionnement des appareils, de donner des conseils par téléphone.

En cas de panne ou gros problème il fera rapporter l'instrument à GONDAR afin de le faire réparer, et si possible, un instrument identique de réserve ou de formation sera envoyé en remplacement provisoire.

Relation avec le coordinateur

Il y aura une relation permanente avec le coordinateur. Cette relation devra être clairement planifiée avec le rôle et les responsabilités de chacun.

Le responsable laboratoire du centre de santé sera l'interlocuteur privilégié qui assurera la liaison :

- pour des visites et contrôles réguliers (tous les 3 ou 6 mois ?)
- pour donner un bilan d'activité
- mais surtout pour signaler tout problème (manque de réactifs, panne ou problème sur un instrument

La très large diffusion du téléphone portable ne permet plus d'excuse d'isolement! Car si les problèmes d'électricité, de transport, de maintenance sont permanents... le téléphone marche.

Des réunions régulières des responsables de centres seront prévues pour faire le point et évaluer l'avancement et les problèmes concernant le projet ; cf financement

Développement du projet :

Première étape contact avec les médecins et partage d'une vision :

C'est la rencontre du Dr SHITAYE avec le Dr Orluc (association TESFA-France) qui a permis de partager la vision de développer les soins de proximité pour les malades ayant des maladies chroniques. Le Dr SHITAYE a une grande expérience clinique et de terrain, et devant tant de drames vécus, a entrepris un travail de sensibilisation auprès des autorités depuis des années au niveau national, mais également de manière très concrète a permis la création d'associations locales de malades en particulier pour diabète.

Elle a également avec l'appui d'universités anglaises (Exeter, Southampton et THET) commencé un travail de formation et d'enseignement pour les infirmières et officiers de santé des centres de santé pour les maladies chroniques dans la région depuis plusieurs années ;

Formation au niveau diabète et également en neurologie

Les ASSOCIATIONS DE MALADES en diabétologie et en cardiologie sont appelées à jouer un grand rôle dans le futur et doivent faire partie intégrante du projet.

La partie « laboratoire » pour les analyses biologiques nécessaires pour le traitement et le suivi de ces maladies est indispensable pour avoir une prise en charge de proximité. Le Dr Shitaye a demandé au Dr Orluc s'il pouvait trouver un partenaire en France pour répondre au projet laboratoire.

A son retour, Biologie Sans Frontières (BSF) fut contacté par l'intermédiaire de la fondation Mérieux et répondit positivement à cette proposition de participer à ce projet.

Deux missions de BSF (mai 2014 et fév 2015)

Deux missions ont donc été organisées, la première en Mai 2014 pour une évaluation globale, une rencontre avec les responsables et une visite avec Yusuf l'assistant du Dr Shitaye aux centres de santé ou hôpitaux primaires susceptibles de participer au projet (équipe : Jean-Louis Didier, pharmacien biologiste et André Orluc, médecin-pharmacien).

Globalement le projet de mise en réseau de ces centres de santé a été proposé avec la mise en place de laboratoires standards identiques pour les instruments les réactifs, la formation, la maintenance. Les instruments devant répondre au mieux pour des analyses de base adaptées aux pathologies choisies.

La mauvaise gestion des stocks de réactifs, la non utilisation d'appareils souvent neufs avec le cloisonnement des programmes ou administratif a été mise en évidence comme un problème majeur.

Une bonne coordination, une standardisation des matériels et méthodes et une formation et un suivi des techniciens s'imposent comme base du projet.

Mise en place d'une structure centrale de coordination et réunion avec les directeurs des centres de santé (premier semestre 2015)

L'équipe de **coordination** comprendra le médecin coordinateur du projet qui aura la responsabilité administrative auprès des autorités de tutelle (Université de Gondar et Hôpital universitaire). Dr Shitaye à Gondar et Dr Joseph à Jimma.

Le coordinateur clinique assurera la coordination générale avec les centres de santé. Il sera secondé par le coordinateur central clinique (Yesuf) en particulier avec les directeurs des centres et le responsable local de l'équipe clinique.

Le coordinateur central « laboratoires » Alemu assurera la coordination avec le réseau des laboratoires locaux. Il aura un rôle de formation des techniciens, il gèrera les problèmes de maintenance des instruments, il participera au suivi et à l'évaluation du programme dans les centres du réseau pour faire un rapport.

Installation des labos en trois étapes (à partir du deuxième semestre 2015... selon les financements)

1. Accord administratif de participation au réseau
2. Restauration des locaux, rénovation et aménagements : après un bilan détaillé sur une fiche d'évaluation voir avec le directeur du centre la prise en charge matérielle et financière
3. Formation des techniciens : elle sera faite sur place après la livraison du matériel, le formateur se trouvera alors dans les conditions de fonctionnement réelles.
4. Installation des nouveaux instruments pour compléter les laboratoires standards (tous les centres ont des microscopes, des centrifugeuses et la plupart des frigos)

Suivi et évaluation du programme

Le coordinateur central « laboratoire » aura un contact régulier avec les labos du réseau

Il fera tous les six mois une évaluation qualitative et quantitative du fonctionnement du programme NCD des laboratoires

Nombre et types d'analyses, analyses locales et analyses spécialisées envoyées à Gondar.

Vérification des bonnes pratiques de laboratoire et de la FIABILITE des résultats

(CONTROLE de QUALITE : essentiel à mettre en place il pourra être faite en relation avec des missions régulières BSF pour la formation, le suivi régulier.

ETAPE ADMINISTRATIVE DE MISE EN PLACE 2015

1) un Mémorandum Of Understanding ou « MOU », doit être signé entre BSF et l'université de Gondar définissant le rôle l'engagement et les financements respectifs. BSF assurera essentiellement des missions régulières pour la formation le suivi et l'instauration des bonnes pratiques et un contrôle de qualité des résultats aujourd'hui quasiment inexistant

2) Réunion entre les responsables de l'équipe de Gondar (Dr Shitaye, coordinateurs cliniques et labo) et les directeurs des centres de santé (choisis et ayant accepté de participer à ce projet) pour présenter le projet et obtenir leur accord et participation. Cette étape est fondamentale pour la mise en place du projet.

3) les directeurs des centres de santé désigneront les responsables de l'équipe locale

Ce choix se fera en coordination et avec l'accord du coordinateur central

Problèmes à connaître et résoudre :

a) Le paiement des réunions et formations

La règle et l'usage en Ethiopie est de donner une prime pour toute réunion, le « per diem » qui devient un mode de fonctionnement systématique et encourage la tenue de réunions.

C'est un moyen d'augmenter un peu le montant des maigres salaires.

Il faudra donc prévoir un budget pour ces réunions par les autorités locales car nos budgets ne peuvent prendre en charge ces frais.

b) Le turn over important des personnels

Problème majeur évoqué par ceux qui travaillent en Ethiopie en particulier qui investissent dans la formation des responsables et voient donc partir ces hommes formés, souvent après une très courte période.

Cela met en difficulté les projets. Il faut donc prévoir par exemple la formation de deux techniciens par centre

Car il existe une forte probabilité que l'un des deux quitte le centre dans l'année ou les deux ans à venir.

BUDGET

L'engagement de TESFA et BSF ne pourra se faire que de façon limitée sur trois domaines :

Le financement de missions régulières de formation et d'évaluation a raison de deux missions de quinze jours par an, depuis la France (un à deux collaborateurs biologistes formateurs anglophones par mission (trois voyages et un mois et demi de nuitées) sur une durée de trois ans renouvelable .

Si possible coordination avec le médecin de TESFA qui a des programmes locaux.

L'aide à la formation du personnel de laboratoire (aide partielles à définir)

Subvention forfaitaire pour la remise en état des locaux avec des artisans locaux : meubles et paillasses fabriqués sur place (1000 euros / centre)

Mise en place d'instruments neufs dans trois à cinq laboratoires standard pour une somme de 30 à 50 000 euros selon les fonds récoltés (Lion's club)

(un photomètre : 3500 euros, un appareil hématologique : 5000 euros, réactifs 500 euros) cet engagement doit être validé par le conseil d'administration de BSF et par le Lion's club dans un premier temps

Il est bien sûr souhaitable que d'autres partenaires et financements puissent s'ajouter au fil du temps des contacts

Un principe fondamental est d'envisager une participation maximale des autorités locales et régionales en vue d'un auto financement à long terme

Les malades devront verser par principe une contribution minimum pour les médicaments et les analyses

Hôpital Universitaire de Gondar
Centre coordinateur

Médecin responsable du projet NCD

Coordination
Clinique

Coordination
Laboratoire

Pharmacie
Centrale

Réseau

Centres de Santé
Hôpitaux locaux

Directeur

Consultations
médicales

Laboratoire
d'analyses
biologique

Pharmacie
Médicaments