



ENTRAIDE SANTE 92



GIP ESTHER



**Mission sur l'éducation thérapeutique
A L'Hôpital régional de Moundou
Du dimanche 30 novembre au lundi 8 décembre 2008**

Intervenants du Nord :

Anasthasie Polomboze, psychologue,

Docteur François Cordonnier, CHU Louis Mourier, APHP, 92, Colombes

Bruno Proth, sociologue, Université d'Amiens.

Objectifs de la mission :

Assurer une première mission sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) avec élaboration d'une fiche de suivi d'ETP et sa mise en place à l'HRM.

Contexte de la mission :

Mission qui s'inscrit à la suite des précédentes dans le projet Tchad-Esther 2007-0079 à Moundou.

Elle s'est déroulée du 2 décembre au 6 décembre 2008 et a concerné 24 participants de l'HRM et 2 de Bebalem se répartissant entre médecin, infirmiers, pharmacien, assistants sociaux et conseillers des 3 associations locales de Moundou (ACCPVV- A3V – CAPI)

Déroulement de la mission :

Nous avons deux objectifs principaux, le premier voulait présenter l'ETP dans sa dimension historique et théorique, le second, plus pragmatique, visait à construire collectivement un outil utile au suivi du patient : la fiche d'ETP.

L'option choisie pour le déroulement de cette formation était de ne pas commencer par définir précisément l'ETP mais d'amener progressivement les participants à découvrir ce que pouvait représenter l'ETP dans toutes ses dimensions (acquisition de compétences du soigné, objectifs du soignant, écoute, autonomie du patient, auto-soins, travail en équipe) et quelle pouvait être sa dynamique. Ce parti pris nous a amené à essayer de mettre en place un maximum d'interactivité entre les formateurs et les participants, ainsi que de proposer à chaque fin de journée une question de réflexion à débattre pour le lendemain matin en grand groupe.

Quant à l'élaboration de la fiche d'ETP, elle devait s'effectuer progressivement, au fil des débats, des prises de position et des concertations tant lors des discussions en sous-groupes que pendant les restitutions générales.

Parallèlement à l'élaboration pratique de cette fiche d'ETP utile pour le suivi du patient, il fallait réfléchir à sa circulation entre les différents intervenants (médecin, infirmier, assistant social, pharmacien et conseiller), qui pourrait la remplir à l'HRM ? notamment à l'HDJ et faire en sorte que cette fiche vive et évolue dans le temps comme le patient et sa maladie.

Le premier jour : après les présentations d'usage des uns et des autres et des objectifs de la mission, nous avons commencé par un pré-test (voir en annexe). Puis par un power point montrant le parcours de soins en France d'un PVVIH. Ensuite nous avons constitué trois sous groupe afin que chaque participant puisse énoncer ce qu'était le parcours de soins d'un PVVIH fin 2008 à Moundou, ou dans sa région, afin de pouvoir restituer en plénière l'état des connaissances des uns et des autres sur ce parcours. L'objectif n'était pas de comparer (notamment le parcours à l'HDJ, celui du CDN ou du centre diocésain) mais de faire connaître à tous les réalités française et Moundoulaise afin d'y trouver source de réflexion, d'inspiration et d'amélioration possible, notamment celle d'inclure l'ETP dans le parcours de soins du PVVIH.

A la fin de la matinée, après la pause, nous sommes revenus sur l'historique des 4 plans successifs de lutte contre le Sida en France qui incluent depuis la deuxième moitié des années 2000 la notion d'ETP.

L'après-midi a consisté en un travail en 3 sous groupes puis à une restitution générale pour réfléchir à ce que pouvait être l'ETP à Moundou.

La journée s'est achevée par un résumé succinct de la notion de prévention en matière de santé publique (primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire).

Enfin, les formateurs ont proposé une question de réflexion « nocturne » : quelles connaissances doit acquérir le patient dans le cadre de l'ETP ?

Le deuxième jour après le rapport de la journée précédente, le bilan des réflexions a fait apparaître que les connaissances à acquérir dépassaient celles du patient et concernaient également le soignant ou l'aidant. Pour l'ensemble de la formation, les connaissances à acquérir par le patient s'apparentent le plus souvent à des conduites comportementales ou cognitives (les modes de transmission par exemple).

Ensuite nous sommes revenus sur la notion d'observance. Notre topo a consisté à revenir sur les conditions d'une « bonne » observance. En complément des compétences acquises sur le VIH et son traitement, il est également nécessaire de prendre en compte les réalités de la vie quotidienne (sociales, économiques, familiales, culturelles, géographiques et gouvernementales) et les différentes ressources possibles dans l'accompagnement (soignants, associatives, culturelles, affectives). La meilleure observance possible (supérieure ou égal à 95%) doit s'inscrire dans une dynamique afin d'éviter un relâchement de celle-ci, seule gage d'efficacité sur le long terme des ARV.

La fin de la matinée et l'après-midi furent consacrées au début de l'élaboration de la fiche d'ETP. Après une énumération en plénière des compétences à acquérir par le patient au sujet de la prise des traitements, de la gestion des médicaments et de leurs effets secondaires ; des jeux de rôles ont repris ces items afin de pouvoir expérimenter leur faisabilité lors de la consultation.

En fin de journée, nous avons posé la question « nocturne » suivante : quelles compétences minimales doit avoir le patient pour débiter ses ARV ?

Le troisième jour : il débute par le rapport de la veille qui devient plus synthétique que narratif.

Les réflexions de la nuit sur les compétences minimales à acquérir avant de débiter le traitement par ARV met en évidence une certaine exigence, presque une sévérité, de l'ensemble du groupe à l'encontre du patient "qui ne comprend toujours pas". Infirmiers, assistants sociaux et conseillers reviennent toujours sur les notions de prévention par rapport au risque de transmission et une forme de jugement se dessine envers celui ou celle qui n'aurait pas la bonne « attitude préventive ». Les notions d'observance font aussi partie du minimum requis pour éviter la survenue de résistance et d'inefficacité du traitement avec ce que cela suppose, d'autant que les alternatives thérapeutiques sont encore trop peu nombreuses.

Une discussion s'engage autour du temps de réflexion avant de débiter un traitement, il en résulte qu'il n'y a que rarement urgence à mettre en route un traitement par ARV. En effet : premièrement il existe des interactions médicamenteuses, essentiellement avec les traitements antituberculeux (tuberculose : 1^{ère} circonstance de découverte du VIH à Moundou) et secondairement la compréhension des effets du traitement et la décision de le prendre ne se font pas en une fois. Une meilleure observance sur le long terme peut dépendre du temps pris pour initier un traitement.

Puis avant la pause du matin nous proposons d'intervenir sur la notion de qualité de vie du patient. Qui parle de qualité de vie ? Quels sont les experts qui fournissent les indicateurs de cette qualité ? Comment se circonscrit la notion de bonheur ou de bien-être ? Comment la représenter, la mesurer et la confronter à des points de vue tchadiens qui s'accordent sur les représentations d'une qualité de vie davantage liée à une condition financière *minimum* permettant l'accès à un confort de premières nécessités.

Nous reprenons, après la pause, l'élaboration de la fiche ETP avec un rappel des connaissances, notamment sur les effets secondaires majeurs qui doivent conduire à la consultation ou mineurs qui peuvent permettre au patient de s'auto soigner. Le terme d'autonomisation du patient fait son apparition et porte beaucoup à discussion, notamment parmi les soignants qui ont reçu une formation « algorithmique ». De surcroît, cette notion reconnaît certaines compétences médicales au patient et introduit l'idée d'une perte de pouvoir du soignant sur le soigné.

L'après midi se poursuit en initiant un topo sur les objectifs du soignant (accompagner les réponses immunologiques et virologiques) et les bénéfices du patient (prise en charge globale, auto soins, dispositif de soins en réseau) dans le cadre de l'ETP.

La dernière partie de l'après-midi met une touche finale à l'élaboration de la fiche d'ETP avec une réflexion commune sur les derniers items que sont la prévention de la transmission et les connaissances sur le VIH.

Une ultime question est posée pour le lendemain : qui remplit la fiche d'ETP ? Comment circule-t-elle entre les différents intervenants et pour quel patient ?

Le quatrième jour : il débute par une véritable synthèse de la veille suivi par le bilan des réflexions : chaque professionnel (santé, social, conseiller) tente d'être le détenteur de la fiche d'ETP. Il n'est pas facile d'introduire les notions de circulation et de partage de cette fiche, même si tout le monde partage l'idée que cette dernière induit un meilleur suivi du patient. Chaque intervenant avoue sa crainte d'être dépossédé de son travail. De toute les façons, sans la présence du docteur Doudé, il est inenvisageable de trancher cette question.

L'élaboration du verso de la fiche d'ETP se fait de façon collective, tout en nous appuyant sur une prémaquette plus directive que celle suivie pour son recto par manque de temps. Cela n'est pas si préjudiciable puisque cette partie de la fiche reprend des éléments déjà élaborés lors de précédentes missions (décembre 2007 et janvier 2008) lors de la construction de la fiche sociale de l'HDJ.

En fin de matinée, nous organisons deux nouveaux jeux de rôles, autour de l'utilisation pratique de cette fiche d'ETP, sont organisés afin que chacun puisse se rendre compte de sa faisabilité, de ses failles éventuelles et de sa facilité d'emploi.

Enfin, nous finalisons la fiche ETP (recto et verso), les jeux de rôles ne l'ayant pas modifiée de façon notable. En revanche, nous revenons sur les différentes possibilités de sa circulation et de sa rédaction. Il serait mieux qu'elle soit menée collectivement (en effet, le patient ne livre pas le même type d'informations selon son interlocuteur) et pensée comme évolutive dans la durée (puisque le patient, la maladie et leur cohabitation évoluent dans le temps)

Nous achevons la journée par la distribution d'outils d'aide à l'ETP : ouvrages sur le VIH dont le dernier rapport Yeni 2008, quelques documents de vulgarisation pour les patients et de connaissances pour les soignants fournis par différents laboratoires, des supports visuels pour l'ETP sur le VIH, son traitement et les modes de transmission du VIH.

Fin de la formation après récupération des post-tests.

L'après-midi pour les membres d'ES 92 fut consacré à la visite des 3 associations :

A3V : Nos premiers échanges tournent autour des bouillies dont le financement n'est pas assez important par rapport à celles distribuées chaque jour (15 initialement budgétées, 30 consommées). A3V réclame une autonomie financière par souci d'économie lors de l'achat des matières premières. Nous leur répétons que selon les modalités de la convention cette éventualité est impossible et qu'avant de réclamer davantage de moyens, il faudrait mieux éclaircir les deux points suivants : à qui sont attribués ces repas et si ce grand nombre quotidien est bien corrélé au nombre de patients passant en HDJ. Par ailleurs le conseiller du directeur de l'HRM, Jean-Claude Sorin, afin de simplifier l'achat des denrées et la préparation de la bouillie, pense commander des préparations nutritives toutes préparées de type misola. Le financement de la Fondation de France pour soutenir des visites à domicile vers les plus démunis arrive à échéance en décembre 2008. Nous leur conseillons de suivre sur le site de la Fondation l'actualité des appels d'offres afin d'éviter les ruptures de soutien financier venu du Nord.

Les femmes d'A3V veulent proposer à l'UNICEF un projet pour la scolarisation des enfants orphelins les plus vulnérables. Il sera rédigé avec l'aide des membres d'ACCPVV.

A3V voudrait que le docteur Doudé puisse donner son aval pour l'achat de savon servant à laver les draps souillés de l'HDJ. En effet, jugeant que la propreté des draps de l'HDJ laisse souvent à désirer, certaines femmes de l'association se chargent de les nettoyer.

Capi : cette association se débat, en cette fin d'année 2008, dans des difficultés de fonctionnement du fait de la démission probable et prochaine de sa présidente. Il semblerait qu'une mauvaise gouvernance ait été relevée par l'association ID, nous n'en savons pas davantage. D'ailleurs la présidente n'est pas présente lors de notre venue. Nous écoutons les

commentaires des conseillers que nous pouvons résumer de la manière suivante. Ils voudraient mettre en place autour de la présidente un bureau exécutif plus dense et plus opérationnel. Dernièrement le siège de l'association a été vandalisé. Par rapport au fonctionnement de l'HDJ, ils reviennent sur la difficulté, toujours d'actualité, d'expliquer au patient que la gratuité n'est pas pour tous les soins. Nous citons de mémoire : « un africain, quand la gratuité est dans sa tête, il n'y a rien à faire ». Chaque conseiller effectue un travail permanent autour des explications à donner autour de la gratuité, cela est d'autant plus délicat, selon eux, puisqu'au CDN la gratuité est totale alors qu'à l'HDJ elle reste partielle. Autre commentaire une conseillère avoue son impuissance lorsqu'elle constate que certaines personnes ne veulent pas être observantes.

Nous leur proposons d'élaborer un projet associatif en commun, tout en mettant en avant les compétences spécifiques des uns et des autres, avec les 2 autres associations autour de la prise en charge des orphelins.

ACCPVV : association de toute évidence la plus structurée avec le plus grand nombre d'adhérents, elle soutient également un projet concernant la problématique des orphelins du Sida qui est en cours d'élaboration. Nous leur disons que ce projet peut être fédérateur donc avoir plus de poids pour sa présentation et son acceptation aux financeurs du Nord, chaque association pouvant garder son savoir faire et son champ d'action lors de la réalisation des objectifs.

Tout en relevant le bon travail effectué par le club de l'observance, l'ACCPVV confirme que certains patients persistent à mal prendre leur traitement, notamment en terme de mauvaise posologie et que les conseillers doivent sans cesse revenir sur la gratuité des soins et des examens.

L'association a également comme projet d'accompagner les accompagnants mais nous n'avons pas bien saisi la réelle teneur de ce programme.

Enfin elle va proposer un projet d'éducation thérapeutique à Sidaction en incluant les formateurs d'Entraide santé 92 pour l'année 2009.

Le cinquième et dernier jour :

Le rapporteur de la veille synthétise rapidement la journée précédente.

Nous présentons les résultats des pré et post-tests en précisant certains points. Ces tests mettent en évidence la bonne connaissance générale des participants sur le VIH et mesurent l'évolution de leur intérêt à propos du concept de l'ETP

Avec l'arrivée du directeur de l'HRM commence la synthèse générale de la mission par deux rapporteurs tchadiens, suivie d'un petit mot de remerciement spécifique des deux représentants de Bebalem. Ensuite chacun des formateurs français évoque sa satisfaction devant la participation active et l'enthousiasme de tous les participants tout au long de la formation. S'ensuivent les remerciements du directeur mettant l'accent sur une reconnaissance du travail effectué en attendant la validation définitive par le Dr Doudé à son retour.

Pour clore la session, les premiers diplômes sont remis par le directeur, le docteur Memadji et les formateurs. Le directeur devant s'absenter rapidement pour se rendre vers d'autres obligations, les formateurs du Nord poursuivent et achèvent la remise des derniers diplômes.

Conclusion :

L'ensemble des journées de la formation s'est passé dans une interactivité constante, tous les participants ont pu prendre la parole à un moment ou à un autre, les jeux de rôles ont suscité nombre de commentaires, il nous a semblé que tous les participants étaient satisfaits du travail commun autour de la présentation de l'ETP et de la réalisation d'un nouvel outil pour mieux travailler ensemble afin de mieux servir le patient.

La notion d'autonomie du malade à Moundou ne semble pas être si aisément comprise, acceptée et proposée comme telle en raison de la culture Tchadienne même (poids des héritages politique, historique, familial et hiérarchique).

Dans le futur, l'idée d'auto-soins pourrait être mise davantage en valeur que la notion d'autonomie du patient. Même si l'auto-soin semble faire peur aux soignants par les débordements qu'elle peut entraîner pour certains patients (décisions hâtives, erreur de « diagnostic », confusions entre les médicaments,... plutôt une crainte d'automédication que d'auto-soins finalement).

D'autant que la souffrance du soignant dans le contexte moundoulais (élément que nous n'avons pas pris en compte dans notre présentation des objectifs du soignant et des bénéficiaires du patient dans le contexte de l'ETP) peut se présenter lorsque certaines personnes les accusent parfois de tuer les patients en prescrivant des ARV. Ce phénomène est peut-être d'autant plus accentué qu'à propos de l'observance, les soignants moundoulais sont bons et efficaces mais en étant relativement directifs dans la relation soignant-patient.

Le travail de réflexion, à propos du contenu de la fiche d'ETP, réparti en 3 sous-groupes sur deux journées, puis une restitution devant l'ensemble des participants a permis à chacun de constater de la complémentarité des idées de chacun des groupes. Comme une illustration de la richesse des échanges partagés entre les disciplines et de la nécessité de suivre en équipe (soignants, assistants sociaux, conseillers, pharmacien) l'évolution du patient tout au long de sa vie avec le VIH. D'ailleurs, le travail sur la fiche d'ETP vierge (seuls 5 items avaient été proposés en titre) nous a permis de constater qu'*in fine* peu de différences n'apparaissent quant aux compétences minimales à acquérir pour le patient par rapport à la fiche élaborée par Esther.

Tous les échanges ont été riches lorsque nous leur demandions de préciser à quoi correspondaient les notions d'ETP, de prévention, d'observance, de compétences du patient, de qualité de vie. Ainsi pour cette dernière - donnée assez floue en Europe qui recouvre les notions de bonheur et de bien-être - le groupe est tombé d'accord qu'à Moundou, une personne séropositive sous traitement ARV a une bonne qualité de vie, si elle a l'accès à l'eau et à l'électricité, si elle peut s'alimenter correctement, payer son loyer, mettre ses enfants à l'école, se faire accepter autour d'elle et être acceptée dans un lieu de culte. Lorsque tous ces éléments sont réunis, elle peut parvenir à bien se soigner.

En l'absence du docteur Doudé, la formation n'a pas pu décider qui devait remplir et stocker la fiche d'ETP. Chaque discipline se posant comme légitime pour se l'approprier. Ces modalités doivent encore être discutées au sein de l'équipe de l'HDJ, sans oublier que la fiche d'ETP ne se substitue pas à une fiche de suivi déjà opérationnelle.

Globalement, cette formation a remis à plat le circuit de soins du patient, en insistant sur les bienfaits du travail interdisciplinaire qui n'empêche pas le respect et la confidentialité partagée et non conservée. Elle met en avant la richesse de l'entretien en commun et de l'importance des données partagées entre les disciplines et les logiques, usages, pratiques sur le patient. Cette formation peut se lire comme une illustration du travail en réseau possible d'autant que toutes les pièces du puzzle sont réunies à l'HDJ pour la mise en application rapide de ce travail commun et collectif. Il suffit de se donner les moyens de savoir travailler ensemble.

Pièces jointes ci dessous

Fiches d'ETP (recto et verso)

Organigramme de la formation + liste des participants

Jeux de rôles

Résultats des pré et post-tests

Discours des tchadiens (Moundou et Bebalem)

No Dossier :

NOM – Prénom :

Age (né vers ...) :

Adresse :

Situation familiale et sociale
(marié-veuf, personne à charge, enfants, positions dans la famille et position sociale...)

Connaissances/croyances/ représentations
(sur la maladie VIH, sur le traitement...)

Activité actuelle/niveau d'étude
(profession, loisirs...)

Etat psychologique/estime de soi
(image de soi, discrimination, vécu de la maladie...)

Situation économique
(avec ou sans emploi, avec ou sans revenu)

Projets/motivation/avenir
(vie, voyages, grossesse, professionnels, études...)

Environnement global
(familial, professionnel, amical, religieux...)

Taux de CD4, CV et traitement (date)
(ARV ou non...)

Partage sur sa maladie/ce qui est :

Secret :

Autres maladies et autres traitements
(y compris maladies opportunistes...)

Dit :
(à qui...)

Synthèse : aspects importants à retenir, facteurs favorisants, facteurs limitants.

Organisation de la mission : Education Thérapeutique du Patient (ETP) ; Moundou décembre 2008

Durée : 5 jours du mardi 2 décembre au samedi 6 décembre 2008

Public : 25 personnes ; 2 IDE de l'HDJ, 2 soignants de la pharmacie, 5 IDE des services de médecine, 1 IDE des urgences, 2 IDE et/ou médecin du centre diocésain, 2 IDE et/ou médecin du centre ID, 2 IDE et/ou médecin de Bebaïem et 6 membres des 3 associations (2 par association) en relation avec l'HDJ.

Objectif : Préparation des soignants et des membres du service social et des associations à l'ETP avec mise en place d'une fiche d'ETP

Formateurs : Anastasie Poloumboze (Psychologue), Bruno Proth (sociologue) et le Docteur François Cordonnier

Avec la collaboration à l'élaboration de cette formation du Docteur Doudeadom

Mardi 2 décembre : Jour no 1

Matin :

8h –9h : Accueil et présentation des participants et intervenants, questionnaire pré-test, désignation du rapporteur du lendemain

9h – 10h30 : Parcours de soins du PVVIH

→ Présentation d'un parcours en France (F. C.)

→ Quel parcours à Moundou , travail en 3 sous groupes et restitution

11h – 12h30 : Présentation historique des 4 plans de lutte contre le Sida en France (B. P.)

Après-midi :

14h – 15h30 : Qu'est ce ou que peut être l'ETP à Moundou pour vous ? ETP en France , recommandations HAS et /ou rapport Yéni (F.C.)

→ Travail en 3 sous groupes et restitution

16h – 17h : Présentations sur prévention (B.P.)

Question en réflexion pour le lendemain matin : Quelles connaissances acquérir ?

Mercredi 3 décembre : Jour no 2

Matin :

8h30 -9h30: Rapport de la journée 1 et désignation du rapporteur pour la journée

Bilan des réflexions « nocturnes » sur les connaissances à acquérir (A.P.)

9h30 – 10h30 : Présentation observance ;

11h – 13h : Elaboration collective de la fiche ETP (F.C.)

Après-midi :

14h – 15h: objectifs du soignant et bénéfice du patient (B. P.)

15h – 16h30 : Cas cliniques et jeux de rôles reprenant les items suivants travaillés en commun le matin (F.C.):

prise des traitements ARV, effets secondaires des traitements ARV, prévention de la transmission du vih

Question en réflexion pour la nuit : Quelles compétences minimales doit avoir le patient pour débiter des ARV ?

Jeudi 4 décembre : Jour no 3

Matin :

8h 30 -9h30 : Rapport de la journée 2 et désignation du rapporteur de la journée

Bilan des réflexions nocturnes sur les compétences minimales avant le début des ARV

9h 30– 10h30 : Qualité de vie confrontation des points de vue occidentaux et tchadiens définis la veille

11h – 13h : Elaboration collective de la fiche ETP (finaliser les items prises de traitement, gestion des médicaments et gestion des effets secondaires) rappel des connaissances sur les effets secondaires des ARV...

Après-midi :

14h – 15h : Elaboration collective de la fiche ETP (finaliser les items prévention de la transmission),

15h – 16h30 : Elaboration collective de la fiche ETP (finaliser l'item : connaissances sur l'infection par le VIH),

Question en réflexion pour la nuit : Qui remplit la fiche ETP, comment circule-t-elle entre les différents intervenants en charge de l'ETP et pour quel patient ?

Vendredi 5 décembre : Jour no 4

Matin :

8h 30 : Rapport de la journée 3 et désignation du rapporteur de la journée

Bilan des réflexions de la nuit : Qui remplit la fiche ETP, comment circule-t-elle entre les différents intervenants en charge de l'ETP et pour quel patient ?

9h – 10h : Elaboration collective du verso de la fiche ETP : situation familiale, sociale, économique, psychologique, projets de vie, taux de CD4 et traitement....

10h-11H : Finalisation de la création de la fiche ETP (recto-verso) avec qui la remplit, pour quel patient et comment circule-t-elle entre les différents intervenants (médecins, Infirmiers, pharmaciens , assistants sociaux et conseillers)

11h 30– 13h : Jeux de rôles avec mise en situation pratique pour valider l'utilisation de la fiche d'ETP

Dernière(s) « retouche(s) » si nécessaire de cette fiche ETP

13h- 13h30 : Post test

Après-midi :

15h – 18h : Visite d' Entraide Santé 92 du service social et des associations

Samedi 6 décembre : Jour no 5 (fin de session)

Rapporteur du jour 4

Synthèse générale de la formation

Résultats des pré et post tests

Reconnaissance du travail effectué sur la fiche d'ETP par le Directeur de l'hôpital de Moundou, Robert Dobel, en attente d'une validation définitive par le Dr Doudéadoum

Remise des attestations aux participants

Participants formation éducation thérapeutique
du 02 au 06/12/08

1. Rakis (Pharmacie)
2. Diondoul (Pharmacie)
3. Morodoun Paul (HST)
4. Mbairé Nabundo (HST)
5. Job (A.S)
6. Adembey Esther (A.S)
7. Armande (A.S)
8. Hélène (Med I)
9. Torienger (Med I)
10. Lucie (Med II)
11. Binde (Med III)
12. Kébe Florent (ped)
13. Médecin Centre Diocésain
14. Infirmière Centre Diocésain
15. Médecin CHB
16. Infirmier CHB
17. Infirmière CDN (Blandine)
18. Infirmier CDN (Medicace)
19. Infirmier Urgence (Manassé)
20. CPS CAPI
21. CPS CAPI
22. CPS ACCPVV
23. CPS ACCPVV
24. CPS A3V
25. CPS A3V

Responsable Medical Esther
Moundou

Dr Doudeadoun
Ngarhouncum 

1- Madame O. originaire de la région de Bebaïem arrive un matin en HDJ pour sa consultation de suivi:

Elle est fatiguée car elle a des nausées et mange peu depuis la prise de ses ARV débuté il y a 1 mois

A la sortie de la consultation prescription de motilium et renouvellement de l'ordonnance, la patiente passe chercher ses médicaments à la pharmacie et repart avec un petit sourire

2- Mme B., 35 ans, a découvert sa séropositivité il y a 2 ans, n'a rien dit à sa famille Elle vit seule loin de l'hôpital

Elle ne se ressent pas malade et « n'aime pas trop voir les médecins » ; chaque consultation se gère dans une opposition difficile.

A l'époque, TRIOMUNE® lui avait été prescrit et ce traitement n'a pas été modifié depuis lors.

Elle revient pour la consultation avec son dernier bilan biologique
CD4 : 250 / mm³

3- M. T., âgé de 30 ans sous traitement depuis 18 mois est invité à un baptême à 250 km de chez lui, il se dit qu'il pourra faire l'aller-retour en 3 jours et prend les quantités en conséquence. Mais les festivités durent plus longtemps.....

4- Sarah, jeune femme de 32 ans se sachant séronégative est enceinte. Elle annonce lors de sa consultation gynécologique qu'elle vient d'apprendre que son mari est séropositif. Que faire ?

5- M. P. arrive avec des douleurs dans les 2 jambes, il est sous traitement depuis 1 année et est observant. Que faire ?

6- Melle H. séronégative mariée avec le sous préfet séropositif a des aventures extraconjugales. Doit-elle mettre des préservatifs féminins ?

Pré test et post test : Mission ETP Moundou décembre 2008

Répondre par vrai ou faux

- 1 l'éducation thérapeutique du patient se définit elle par une bonne observance ?
- 2 une bonne observance se définit elle par une prise de son traitement d'au moins 95% des comprimés ?
- 3 une augmentation des CD4 présume-t-elle d'une efficacité thérapeutique ?
- 4 la baisse des CD4 et/ou la détectabilité de la charge virale impose-t-elle le changement des ARV ?
- 5 l'entrée du virus dans l'organisme entraîne l'apparition de signes cliniques :

- 6 il n'est pas nécessaire d'utiliser le préservatif quand le patient prend son traitement :
- 7 quand un traitement est mal pris le virus s'habitue au médicament qui ne devient plus efficace :
- 8 la survenue d'une diarrhée d'une personne sous traitement est secondaire à celui-ci et il faut alors l'arrêter :
- 9 si j'oublie mon traitement du matin, je dois prendre une double dose le soir :
- 10 si je n'ai pas assez de médicament jusqu'à la prochaine consultation je peux en prendre un jour sur deux :

- 11 une consultation d'éducation thérapeutique peut-elle durer plus de 10 mn ?
- 12 l'éducation thérapeutique du patient doit-elle être faite systématiquement par un infirmier ?
- 13 un des objectifs de la consultation d'éducation thérapeutique est une plus grande autonomie du patient :
- 14 est-ce que l'éducation thérapeutique peut se résumer à l'acquisition de compétences pour le patient ?
- 15 la prise en charge sociale du PVVIH fait elle partie de l'éducation thérapeutique ?

- 16 l'éducation thérapeutique du patient est elle dynamique dans le temps ?
- 17 la prévention de la transmission du VIH passe par la mise en place de préservatifs :
- 18 la qualité de vie se mesure à travers le confort du patient :
- 19 l'éducation thérapeutique est-elle un moyen de prévention ?
- 20 l'hdj de Moundou fait-il parti de l'éducation thérapeutique du patient ?

Résultats pré et post-tests :

■ Pré test : 342 sur 500 pts soit 68% =

13,68 / 20

■ Post test : 346 sur 460 pts soit 71% =

15,04 / 20

