



ENTRAIDE SANTE 92



GIP ESTHER



APHP
(A. Paré, A. Trousseau)

Mission de compagnonnage sur les aspects psychologiques de la Relation d'aide dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH/sida

Du lundi 21 janvier au vendredi 25 janvier 2008

Elisabeth MAITRE, psychologue clinicienne, APHP- Hôpital Ambroise Paré (92)

Nadine TROCME, psychologue clinicienne, APHP- Hôpital pédiatrique Armand Trousseau (75)



Le partenariat

La mission s'intègre dans le cadre du partenariat entre Entraide Santé 92 (ES 92) et l'Hôpital Régional de Moundou (HRM).

Elle s'inscrit en continuité avec la mission sur la Relation d'aide qui a eu lieu en juin 2007. D'aucuns des participants étaient déjà présents lors de cette précédente formation ; ce qui leur a permis de témoigner de meilleures relations avec leurs patients, grâce à une plus grande sensibilité à la dimension de l'écoute (un des thèmes qui avait été abordé en juin).

Spécificités de la mission :

Cette mission s'est faite en deux temps, sur deux volets de l'impact psychologique du VIH et de sa prise en charge à la fois sur les patients et sur les soignants.

Une première partie de la mission, du lundi au mercredi inclus portait sur la PTME et la prise en charge parents (mère) et enfants.

Une seconde partie, le jeudi, accompagnait les intervenants de l'Hôpital de Jour, qui avaient suivi les deux jours précédents une formation médicale sur l'observance organisée par ES 92 (B. Proth, V. Manceron & Anne-Marie Simonpoli).

A) Première partie de la formation :

Les aspects psychologiques de la PTME : du dépistage de la femme, au suivi de la mère séropositive et de son enfant.



A.1. Les objectifs :

- 1) Suivi de la formation de juin 2007, concernant les aspects psychologiques de la Relation d'aide.
- 2) L'identification du circuit de la mère séropositive à l'HRM et la prise en charge de la mère (des parents), de l'enfant et de l'adolescent.

3) La réunion du 20/01/2008

Lors de la réunion du dimanche 20 janvier 2008, qui a eu lieu à Ndjaména en présence de Caroline Comiti, responsable Tchad à Esther, du Dr Narassem Mbaidoum, coordinatrice Esther pour le Tchad et des cinq membres de la mission d'Entraide Santé 92, quelques points importants ont été soulignés, concernant l'HdJ (Hôpital de Jour) et la PEC (Prise En Charge) mère-enfant.

- concernant l'HdJ : entre autres questions (comme celle de la dénomination de l'HdJ, du suivi des patients, le problème de l'utilisation du fonds social, de la pharmacie, du labo, etc...), une interrogation a été soulevée : est-il nécessaire d'envisager une formation particulière pour les Conseillers des associations amenés à travailler à l'HdJ ?
- quel est le circuit de la femme enceinte dépistée séropositive ?
- en l'absence de médecin formé à la pédiatrie faut-il envisager une formation Sud-Sud (à Dakar par exemple), faut-il envisager d'envoyer un pédiatre consultant ?

A.2. Le travail de préparation (lundi 21/01/2008) :

Rencontre avec Mme Anasthasie Rudolphe, responsable de l'Unité mère -enfant

1) Mme A. Rudolphe est sage-femme de formation, elle nous expose le fonctionnement de l'UME et son articulation avec les autres maillons de la PEC à l'HRM.

Lors des deux journées de sensibilisation aux aspects psychologiques de la prise en charge mère-enfant qui ont suivi cet entretien, nous avons largement pris en compte les éléments sur lesquels elle avait alors insistés.

Au cours de la formation, le matin du mercredi 23 janvier, Mme A. Rudolphe a animé la session consacrée à l'allaitement de la femme séropositive. Elle a assisté intégralement aux deux jours de formation ainsi qu'une de ses adjointes, Mme Bintou Ahmed Kadsangaba.

2) Le début de la PEC :

- l'UME est située dans des locaux distincts des services : il y a deux petites salles de consultation et un assez grand préau qui s'ouvre sur une des cours de l'HRM.
- l'UME est constituée d'une sage-femme accoucheuse et de deux agents techniques accoucheuses.
- l'UME ne fait pas de dépistage, mais elle reçoit des mères ou de futures mères qui ont été dépistées ailleurs, soit dans les Centres de Santé, soit au Centre de la Reproduction : quand la femme arrive à l'UME, l'annonce de la séropositivité a déjà été faite. L'UME commence par donner des informations, « prépare la femme à son environnement » et fait de l'Éducation (IEC : information, éducation, conseil)... Il est alors fortement conseillé à la femme d'informer son entourage et « on l'éduque à se comporter comme une personne responsable ».

3) Suivi : de la première consultation de la femme enceinte aux 12 ou 18 mois du bébé :

- une consultation périnatale a lieu ensuite avec la sage-femme où sont prises des mesures préventives : prescription de médicaments contre le paludisme, contre l'anémie ou/et des vaccinations.

- si la femme est à 6 mois de grossesse, elle est adressée à la Maternité au Dr Mémadji, gynécologue pour la prescription des antirétroviraux.
- à l'UME, la prise en charge consiste alors à préparer la femme au choix du lieu d'accouchement. On insiste pour que ce soit soit à l'HRM soit dans un Centre de Santé (de préférence au domicile), là où le sirop de Névirapine sera délivré au nouveau-né.
- ont lieu 6 consultations (une tous les 15 jours).
- un jour après l'accouchement (au plus tard 48 H), la jeune mère vient à l'UME avec son bébé : on vérifie que le nouveau-né a reçu le sirop de Névirapine et que cela est marqué dans le carnet de santé et cela doit être aussi marqué dans le dossier de la mère.
- de 6 semaines à 12 mois, le bébé doit prendre du sirop Bactrim chaque jour, en attendant le premier prélèvement qui a lieu à 12 mois. Si le test est positif, le bébé est référé à Initiative & Développement. Si le test est négatif, l'UME continue à suivre la dyade mère-enfant jusqu'à 18 mois.
- un second test est alors pratiqué (à 18 mois) ; si le test est négatif, le suivi s'arrête là. En cas de séropositivité l'enfant est référé à ID..

4) Allaitement :

- l'allaitement artificiel est en réalité impossible, car trop cher (3 000 FCFA la boîte et il faut une boîte par semaine par bébé !! et 3 000 F le biberon). Il n'y a plus non plus de lait artificiel gratuit. De ce fait, aucune femme ne pratique cet allaitement.
- l'allaitement maternel exclusif est donc préconisé jusqu'à 5 mois $\frac{1}{2}$, mais reste très difficile à appliquer : les mères, qui n'ont souvent plus assez de lait du fait de leur propre mauvaise alimentation, donnent très souvent au bébé très tôt et pendant la période d'allaitement, tisanes ou bouchées de la boule de mil comme leur mère l'ont fait avant elle ... !

5) Suivi pédiatrique d'un enfant né de mère séropositive :

Si le bébé est né à la Maternité de l'HRM : il est suivi à l'UME.

S'il donne précocement des signes d'infection, il est référé en pédiatrie au Dr Kessely.

C'est par le biais des associations, que la mère aura accès aux soins. Si elle ne veut pas de contact avec les associations...on l'oriente directement vers les services..

Si la femme enceinte est négative, ou si elle n'a pas fait de test de dépistage, elle n'est pas suivie à l'UME, mais au Centre de la Reproduction, où il y a des consultations gynécologiques et où des « causeries » sont organisées dans la salle d'attente (avec cassettes vidéo) qui incitent au dépistage.

Les femmes séronégatives sont aussi suivies en gynéco-obstétriques par le Dr Mémadji.

A.3. Le programme

	Mardi 22 Janvier 2008	Mercredi 23 Janvier 2008
8 h 30 - 10h30h 10h30 à 11h : pause 11h - 13 h	<p align="center"><u>Les attentes du groupe</u></p> <hr/> <p align="center"><u>Dépistage & annonce</u></p> <p>(avant, pendant la grossesse ou l'accouchement)</p> <p>Avec la participation de Mme G. Dorcas et de M. G. Mbaydoum</p> <p>- Lister les situations de dépistage selon les circonstances</p> <p>- Jeu de rôles pour une demande de dépistage</p> <p>- Reprise : synthèse</p>	<p><u>L'accouchement et la Relation d'aide</u></p> <p>En présence et autour de l'intervention du Dr Mémadji</p> <p align="center">Questions & débats</p> <hr/> <p align="center"><u>L'allaitement</u></p> <p>De l'allaitement artificiel impossible à l'allaitement maternel exclusif</p> <p>Groupe de parole : les expériences de chacun, les questions) autour de l'intervention de Mme A. Rudolphe</p>
13h-14h	Déjeuner	Déjeuner
14 h - 15 h 15 h - 16 h	<p align="center"><u>De la Première consultation mère-enfant au suivi psychologique de l'enfant</u></p> <p>1) En présence et autour de l'intervention du Dr Kessely : discussion d'un cas clinique, la question du test à l'insu du grand enfant et la suite de la PEC</p> <p>2) Le problème de l'annonce à l'enfant. Échanges interactifs autour de cas et apport de connaissances psychologiques sur le développement de l'enfant</p> <p>3) Les moments-clefs du suivi de l'enfant séropositif : récapitulatif</p>	<p align="center"><u>Situations de fin de vie</u></p> <p>(celle de l'enfant mais aussi celle des parents de l'enfant)</p> <p>Échanges autour de l'album Falikou</p> <hr/> <p><u>Vie maritale-vie familiale-vie sociale</u></p> <p>(secret, refus de se soigner, rejet, prévention, école, travail, AES...)</p> <p>Difficultés de vivre avec le virus et l'espoir comme enfanter à partir de témoignages audio de groupes de paroles africains (INPES)</p> <hr/> <p align="center"><u>Évaluation</u></p> <p>Deux questions :</p> <p>Quel a été pour vous le point le plus important de la formation ?</p> <p>Est-ce que cette formation changera quelque chose pour vous ?</p>

A.4. Les participants et les intervenants :

Un des éléments les plus intéressants peut être, et que les participants ont dit avoir particulièrement apprécié, c'est que nous avons réuni pour cette formation, tous les « maillons » ou presque de la chaîne de la prise en charge mère-enfant (cf. liste des participants en annexe), alors que les acteurs sont dispersés dans des lieux et des institutions différents et n'ont pas forcément de rencontres régulières systématiques. Les trois associations de PVVIH ont aussi pu envoyer plusieurs représentants.

Les interventions des collègues tchadiens, organisateurs de cette chaîne de prise en charge mère-enfant, ont été aussi très prisées : Mme Dorcas (Centre de la Reproduction), M. Mbaydoum (ID), Dr Kessely (Pédiatrie), Dr Mémadji (Maternité) et Mme Rudolphe (UME).

Il y avait 18 participants : 7 personnels de l'HRM : Médecine I, Maternité, 2 de l'UME, 2 du Centre de la Reproduction, Pédiatrie, 1 sage-femme de l'hôpital de Bebalem, une du Centre Béthanie, une infirmière du dispensaire de la Coton Tchad, un infirmier de ID, une étudiante en 4^{ème} année de psychologie de l'Université de Dakar, originaire de Moundou, 2 conseillères CAPI, 3 conseillers de l'ACCPVV, 1 conseillère de A3V.

Les échanges se sont déroulés dans un climat de confiance mutuelle.

A.5. Les thèmes :

Voici les thèmes qui nous sont apparus comme très prégnants :

- les PEC sont un long processus : il faut beaucoup de rencontres, d'entretiens
- certains refus de dépistage sont très difficiles à vivre pour les soignants : par exemple une mère qui ne veut pas qu'on fasse un test à son bébé, parce que la séropositivité de l'enfant dénoncerait la sienne. Ou aussi quand la mère se sait séropositive mais ne le dit pas et donc que le bébé ne peut pas recevoir les soins nécessaires.
- beaucoup de préoccupations tournent autour des couples sérodifférents.
- l'importance de l'annonce et de la chaîne formée par la qualité du travail de chacun : une annonce « mal faite » par exemple, peut avoir de fâcheuses répercussions ensuite sur la PTME (ainsi, une femme enceinte dépistée positive dans un Centre de santé doit être suffisamment entourée pour se présenter ensuite à l'UME). Perdre de vue des femmes dépistées est difficile à supporter pour les soignants.
- en fin de vie : être particulièrement à l'écoute de la personne pour respecter ses volontés : ne rien imposer, y aller progressivement, ne pas éluder, accompagner, bien faire comprendre qu'une personne qui s'en va ne peut pas être remplacée, mais que la vie continue, laisser entendre que tout peut être abordé, répondre aux questions, même d'un petit enfant.
- idée que les tests à l'insu sont un désastre pour la suite de la PEC, même pour un enfant un peu grand.
- difficulté des adolescents à apprendre leur contamination in utero car cela pose la question de la vie sexuelle des parents (de la mère).

- créer pour le nouveau-né un environnement accueillant
- et bien d'autres....

A.6. Les Évaluations :

Les réponses aux deux questions posées (Quel a été le point le plus important de cette formation pour vous ? pourquoi ? et Est-ce que cette formation changera quelque chose pour vous ?), reprennent pour beaucoup, des éléments de connaissances sur la PEC des femmes séropositives, futures mères et mères : sur l'accouchement, l'allaitement.... Mais surtout, la majorité des participants soulignent que le plus important est l'aspect relationnel des PEC : comment annoncer à un enfant « sans le blesser », comment convaincre quelqu'un de réticent de faire son dépistage, comment accompagner par des paroles y compris en fin de vie...

Mieux transmettre des informations nouvelles acquises au cours de la formation, est un élément de changement souvent souligné.

Concluons comme un participant qui décrit joliment qu'il sera « un ami de causerie » des personnes qu'il prend en charge.

B) Deuxième partie de la formation :

Compagnonnage avec le personnel de l'HdJ sur l'aspect psychologique de la Relation d'aide dans la prise en charge des patients infectés par le VIH/sida : la souffrance psychique des soignés et des soignants.



B.1. Déroulement :

Cette formation a duré une journée : le jeudi 24 janvier 2008. Elle s'est adressée, pour l'essentiel aux participants de la formation médicale à l'observance, qui avait eu lieu les deux jours précédents.

B.2. Les objectifs :

Tout d'abord, plusieurs participants ayant été présents lors de la formation à la Relation d'aide de juin 2007, il s'est agi d'un suivi et d'une reprise de certains aspects psychologiques de cette relation.

Par ailleurs, comme l'HdJ était ouvert depuis le 26/12/2007, il était essentiel non pas de dresser un premier bilan, mais d'aider les acteurs de l'HdJ à examiner les points forts et les difficultés pour eux, à faire fonctionner cette nouvelle structure.

De plus, la réunion du 20/01/2008 tenue avec Caroline Comiti et le Dr N. Mbaidoum, avait souligné les interrogations quant à la formation des conseillers associatifs : avaient-ils été suffisamment formés et comment ? Comment les différentes associations cohabitaient entre elles ? A propos du personnel de l'HRM : comment fait-il face à ce nouveau travail ?

B.3. Le programme :

Matin : Table ronde sur les changements depuis l'ouverture de l'HdJ.

Après-midi : - Former une équipe homogène : Présentation réciproque sur l'activité de chacun avant d'intégrer l'équipe de l'HdJ.

- Travail sur l'entretien : deux jeux de rôle devant l'ensemble du groupe : une consultation à l'HdJ et reprise sur l'écoute et la dynamique psychique de chaque entretien.

B.4. Les participants :

Il y avait 19 participants ; 10 de l'HdJ dont 4 conseillers et 6 personnels de l'HRM. 1 personnel du Centre diocésain et 2 de l'Hôpital de Bébalem, 5 conseillers et 1 personne de la pharmacie.

B.5. Les principaux thèmes :

Il s'agissait donc de donner la parole et d'entendre les intervenants de l'HdJ à propos de leur toute nouvelle et toute récente expérience professionnelle de l'HdJ.

1. La journée a donc commencé par une table ronde où nous avons posé une question très ouverte : « Quels sont les changements apportés par l'HdJ ? ».

Les idées qui ont alors « fusé », ont été les suivantes : bien des avantages en sont retirés par les patients, qui sont mieux et plus longuement écoutés, qui sont davantage accompagnés, qui peuvent avoir accès à la gratuité, qui gagnent du temps dans leur parcours de soins...

Il était très clair que les intervenants de l'HdJ avaient une grande fierté professionnelle à exercer dans cette nouvelle unité, ressentie comme plus rationnelle, plus humaine et plus efficace ; un peu comme une unité « pilote ».

2. Puis, nous avons focalisé l'attention du groupe sur les changements que cela avait impliqué pour chacun, dans sa vie professionnelle et dans sa vie personnelle. La discussion fut d'abord timide, puis très animée. Chaque point repris collectivement, fut pesé et discuté avant d'être répertorié dans un tableau ci-joint.

En termes d'avantages :

Sentiment de mieux travailler, efficacité, importance de la présence des associations dans leur rôle de médiation, meilleure communication avec l'ensemble des acteurs de soins (autres services, labo, pharmacie...), poids moindre de la stigmatisation.

En termes de difficultés :

Le respect de la confidentialité reste problématique : certaines informations très personnelles concernant les patients sont partagées par plusieurs intervenants, mais surtout, la disposition des locaux avec une seule salle et une table unique (et un même registre) pour deux consultations qui se déroulent simultanément, ne s'y prête pas.

Une grande souffrance a été aussi exprimée sur la difficulté à assurer tout au long de la journée de travail et les tâches nouvelles de l'HdJ et les tâches de l'ancienne affectation, qui n'a pas été quittée, dans une discontinuité permanente du travail à effectuer.

A moyen ou à long terme une interrogation subsiste concernant la pérennité du nouveau dispositif si des moyens financiers supplémentaires ne peuvent être dégagés.

3. L'intégration des conseillers associatifs : leur place au sein de l'équipe est difficile à trouver. D'abord parce qu'il s'agit d'une innovation, ensuite parce qu'ils sont dans une position de médiation, par définition un entre-deux, peu confortable.

B.6. La formation d'une équipe plus homogène :

Comme lorsque deux entreprises ou deux services fusionnent, chacun y arrive avec sa culture d'origine. C'est un peu ce qui se passe au nouvel HdJ. De plus, les statuts ne sont pas unifiés ; les soignants sont des fonctionnaires de l'Etat, qui portent la blouse blanche et sont intégrés à l'HRM depuis longtemps, connus et identifiés par tous. Les membres associatifs sont dans une tout autre position : porteurs du virus, beaucoup ont été très malades ; ils sont en tout cas tous des usagers de l'HRM et certains des soignants de l'HdJ sont aussi « leurs » soignants personnels. Ils sont rétribués par l'HRM, mais par le biais des associations et non sur la base du fonctionnariat. Leurs connaissances médicales sont restreintes. Leur force est d'être « comme un poisson dans l'eau » avec les patients, ce qui ne signifie pas que tout soit simple et lisse entre eux et les autres.

Le tableau suivant a été dressé au cours de la formation, comme une synthèse des idées venues des participants, sur lesquelles le groupe s'est mis d'accord.

Avant l'HdJ	Après l'HdJ AVANTAGES	Après l'HdJ INCONVENIENTS
<p><u>La notion de Temps</u> Peu de temps pour l'écoute : un consultation ne dure pas plus de 10 mn</p>	<p>Le critère temps semble le plus important changement perçu pour les malades : on écoute et on accompagne le patient dans d'autres services (si besoin d'examen médicaux, spécialistes ... (ce qui ne se faisait pas avant)</p>	<p>Voir ci-dessous</p>
<p><u>L'écoute</u> Peu d'écoute</p>	<p>Le patient voit souvent 2 fois quelqu'un de compétent : un infirmier /médecin. Bilan plus complet pour le patient. On écoute mieux, on donne plus, avec la satisfaction pour les soignants d'être plus efficaces et la fierté du travail bien fait.</p>	<p><u>Charge de travail en plus</u> - Travailler en alternance sur 2 services (l'ancien + l'HdJ) et passer sans cesse de l'un à l'autre rend difficile l'exigence de « calme et de sérénité » et la maîtrise de soi que demande le travail à l'HdJ : « On est sans cesse divisé » entre deux tâches (burn out) - Une inquiétude : de + en + de patients. Quel va être l'avenir ? - Aucune possibilité de récupérer le temps supplémentaire de travail quotidien (3h/jour en moyenne)</p>
<p><u>La question de l'argent :</u> Les soins des patients étaient moins pris en charge</p>	<p>Accès à la gratuité des soins par l'HdJ</p>	<p>- Pour les soignants : pas de « motivation » financière pour ce travail supplémentaire - Y a-t-il un budget pour les bouillies des patients qui ne sont pas servies ?</p>
<p><u>Les associations</u> Elles n'avaient pas de local dans l'hôpital</p>	<p>Elles ont un local dans l'HdJ Elles jouent un rôle de médiation Elles rendent les soins plus accessibles aux patients</p>	<p>Les associations n'ont pas accès aux toilettes...</p>
<p><u>La stigmatisation</u></p>	<p>L'HdJ aide à ce que les patients soient moins stigmatisés, car il est situé dans l'HRM</p>	<p><u>Problème de confidentialité</u> 2 consultations simultanées d'infirmiers, dans la même salle, sur une même table, avec 1 seul registre</p>

Conclusion :

Cette mission de compagnonnage sur les aspects psychologiques de la relation d'aide s'est donc déroulée en deux parties ; la première consacrée à la prise en charge de la femme et de l'enfant séropositifs ainsi qu'à l'identification du circuit de cette PEC. La seconde a été un accompagnement des intervenants du tout nouvel HdJ.

Il y a en réalité deux volets à ces formations :

- d'une part, elles aident les soignants et les conseillers à acquérir des notions psychologiques de base nécessaires à la relation avec les patients, à identifier les mouvements psychiques lors des différentes étapes de la PEC (convaincre au dépistage, annonce, début des traitements, observance...), à mener un entretien centré sur l'écoute de l'autre etc...
- par ailleurs, elles ont aussi un effet de soulagement de la souffrance psychique des acteurs de cette PEC, en montrant, comme par exemple lors de la cession consacrée à la fin de vie de l'enfant ou de ses proches, que les thèmes les plus difficiles ne sont pas forcément à éviter ni au cours de la formation, ni avec les patients et qu'il est possible en respectant la maturité spécifique à chaque âge de l'enfant, de créer et de maintenir un lien humanisant même dans les situations extrêmes.

Les discussions avec les participants comme les évaluations, indiquent que la spécificité de cet abord psychologique est nécessaire et bien identifié.

En ce qui concerne le tout nouvel HdJ, la fierté de participer à cette nouvelle structure est très forte pour les acteurs de soins. Leur réflexion pour en améliorer le fonctionnement ne fait que commencer, mais doit néanmoins être écoutée et prise en compte pour que cette prise en charge particulière du patient perdure.

OK

ETAT DE PERDIEM AU PARTICIPANTS A LA FORMATION SUR L'OBSERVANCE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH
DU 24 JANVIER 2008 (1 jour)

N°	NOMS ET PRENOMS	LIEU DE TRAVAIL	DEMNITE/JOUR	MONTANT	EMARGEMENT
1	NELARLEM Marguerite	Conseillère HDJ	2 500	2 500	
2	DJEREYOM Martine	Conseillère HDJ	2 500	2 500	
3	BERAMGOTO Emmanuel	Conseiller HDJ	2 500	2 500	
4	MBAINAISSEM NGARMADJI	Conseiller HDJ	2 500	2 500	
5	7 NEDOUMBAYEL SILA	Conseillère A3V	2 500	2 500	
6	8 NENDIGUIM RAKISS	Magasinier	2 500	2 500	
7	9 MBAINAISSEM ELOI	Animateur/Cord. CDLS	2 500	2 500	
8	10 MBAIBIAN JOB	ASSISTANTE SOCIAL	2 500	2 500	
9	11 MORODOUM Paul	IDE	2 500	2 500	
10	12 MBAIRO NDOUNDO	IDE	2 500	2 500	
11	13 ADOUMBAYE NGARGOULAYE	ASSISTANTE SOCIAL	2 500	2 500	
12	14 MBAIGOLOUM GERMAIN	Conseiller CDN	2 500	2 500	
13	15 MEMTI DARO MERCI	Conseiller CAPI	2 500	2 500	
14	16 DIILAH PAUL	Conseiller ACCPV	2 500	2 500	
15	17 ODJOURM GENEVIEVE	Conseillère A3V	2 500	2 500	
16	18 LOTAR LELEMBOYE Christiane	Secrétaire HDJ	2 500	2 500	
17	19 MME MBAIRAKOULA Honorine	Surveillante HDJ	2 500	2 500	
	TOTAL			42 500	

Arrêté le présent état à la somme de : QUARANTE DEUX MILLE CINQ CENT (42 500) F CFA

+ 2 de l'Etat de Bobo Dioulasso
+ 1 de l'Etat de Ouagadougou (Infirmière)
+ 1 de l'Etat de Ouagadougou (Secrétaire)

OK

ETAT DE PERDIEM AU PARTICIPANTS A LA FORMATION A LA RELATION D'AIDE
DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH DU 21 AU 22 JANVIER 2008 (2 jours)

N°	NOMS ET PRENOMS	LIEU DE TRAVAIL	INDEMNITE	MONTANT	EMARGEMENT
1	Mme TEBETA BRAI	ATS/HRM	2 500	5 000	
2	DENEBAYE Léonie	CAP/HRM ^{Counselière} ASV	2 500	5 000	
3	MBAIGOLOUM Germain	EDLS/MOUNDOU ^{Counselier} ASV ^{ACCPVU}	2 500	5 000	
4	DJEKOUAYOM Christine	PHARMACIE/HRM ^{Counselière}	2 500	5 000	
5	NOUDJASSEM Patricia	Etudiante Psychologie	2 500	5 000	
6	DILLAH Paul	SOA/POBDE ^{Counselier} ASV ^{ACCPVU}	2 500	5 000	
7	Mme MBAIHOROU KANADJI Rose	Sage Femme maternité	2 500	5 000	
8	Mme NAMBAYEL Aphia	Bethanie	2 500	5 000	
9	KADJANGABA BINTOU AHMED	Infirmière UME	2 500	5 000	
10	DELOUMTA MESNGAR Rose	sAGE Femme CPR	2 500	5 000	
11	BERLEYO Honirne	IDE Coton Tchad	2 500	5 000	
12	NELARLEM Marguerite	CONDRIER ASV ^{Counselière} ASV ^{ACCPVU}	2 500	5 000	
13	NOUDJOURM Julienne	Infirmière pédiatrie	2 500	5 000	
14	FEBOSSOU Félicité	conseillère CAPI	2 500	5 000	
	TOTAL			70 000	

Arrêté le présent état à la somme de : SOIXANTE DIX MILLE (70 000) F CFA

- 15 + Laya KOUNGUEBEY, Sage Femme Hôpital Bebalou
 6 + Dorcas GUEDBEDJE, Technicienne Supérieure de Santé - HRM, Centre Reproduction
 2 + Anasthasie RUDOLPHE, Sage-Femme, Responsable UME -HRM
 8 + Godefroy MBAYDOUM, Infirmière, ID/CDV

Tableau de bord mensuel des indicateurs quantitatifs " RTME "

Projet pilote RTME- MOUNDOU

Centre de santé: **Sante de Reproduction/ ANNEE 2007**

	JA		FE		MA		AV		MA		JU		JUI		AO		SE		OC		NO		DE		TOTAL				
	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC			
Nombre total de femmes enregistrées pour la CPN	773		455		527		300		0		0		0		0		0		39		422		539		3675				
- Nouveaux cas	270		225		140		115		0		0		0		0		0		43		210		215		1519				
- Anciens cas	463		230		387		185		0		0		0		0		0		56		212		324		2106				
Nbre de femmes ayant suivi les séances d'IEC collectives et le counselling RTME	773		455		527		300		0		0		0		0		0		39		422		539		3665				
Nombre de femmes ayant accepté le counselling pré-test	270		225		140		115		0		0		0		0		0		43		210		215		1519				
Nombre de femmes ayant refusé de se faire prélever à l'issue du counselling	169		94		34		32		0		0		0		0		0		13		11		15		401				
Nombre de femmes ayant accepté de se faire prélever à l'issue du counselling	101		136		106		83		0		0		0		0		0		100		199		200		1123				
Nombre de femmes venues chercher le résultat de leur test VIH	90		135		104		82		0		0		0		0		0		00		199		198		1102				
Nombre de femmes enceintes séropositives	11		10		7		7		0		0		0		0		0		2		9		10		67				
Nombre de femmes enceintes séronégatives	90		126		99		76		0		0		0		0		0		38		199		190		1065				
Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant accepté le référencement pour la PTME	6		3		5		6		0		0		0		0		0		2		9		8		56				
Nbre de femmes effectivement suivies pour la PTME au niveau de la mater de l'HRM	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0				
FEMMES TESTEES																													
Age grossesse	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	
1er trimestre	12	0	17	0	20	0	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	30	10	27	0	37	1	114	12	
2ème trimestre	60	17	74	23	47	20	45	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	47	22	54	50	102	37	92	33	52	43	
3ème trimestre	3	9	13	9	8	11	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	22	29	25	9	24	21	16	85	19	
FEMMES VIH +																													
Age grossesse	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	NC	AC	
1er trimestre	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	3	1	1	1	2
2ème trimestre	6	3	4	3	4	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7	4	2	1	3	25	20	
3ème trimestre	0	0	2	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	4	5	



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

CERTIFICAT DE PARTICIPATION

M.....

a participé avec assiduité à la FORMATION sur la
Prise en Charge psychologique de l'infection
VIH/SIDA

à l'Hôpital Régional de Moundou (TCHAD)

du 21 au 24 janvier 2008

Directeur de l'Hôpital

Représentant Entraide Santé 92