



MAIRIE DE PARIS 

Rapport de Mission à l'Hôpital Régional de Moundou

TCHAD

Par ENTRAIDE SANTE 92

Mission réalisée du 16 au 20 avril 2018

Membres de la mission :

Madame Emmanuelle Laplanche : Infirmière, hôpital Poissy-St-Germain-en-Laye 78, Corevih île de France Ouest,

Docteur François Cordonnier, médecin généraliste, hôpital Louis Mourier (APHP) Colombes 92, Corevih île de France Ouest,

Rapport mis sur le site www.entraidesante92.org

SOMMAIRE

- I. Résumé de la mission - Préambule**
- II. Avenant à la Convention entre ES 92 et les associations de PVVIH pour les repas servis pour les patients TB hospitalisés. Evaluation depuis sa mise en place en novembre 2017.**
- III. Compagnonnage des infirmiers et CPS de l'HDJ de l'HRM. Ajustement du parcours de soins du PVVIH et du projet ZPV-VIH de l'HDJ à la pharmacie.**
- IV. Le service de la TB, poursuite du projet ZPD-TB et MDR.**
- V. Laboratoire, état des lieux.**
- VI. La Pharmacie, état des lieux**
- VII. Reprise de contact avec l'unité mère-enfant (UME) concernant le parcours des femmes enceintes VVIH et donc la PTME.**
- VIII. Reprise de contact avec Bebalem et évaluation des services de dépistage et prise en charge des PVVIH, du laboratoire et du service de radiologie.**
- IX. Formations :**
 - a- Retour sur l'enquête sur la qualité du suivi des PVVIH à l'HDJ ; retour de l'étude sur le génotype à Moundou objectivant un grand nombre de résistance aux ARV, jeux de rôle sur comment prévenir l'apparition de résistance par une meilleure observance.**
 - b- Prise en charge d'un enfant suspecté de tuberculose (nouveaux moyens de diagnostic, traitement et suivi)**
 - c- Médecins de ville : Informations sur les échecs thérapeutiques donc les résistances donc repenser l'observance.**
- X. La MAPAM : écriture du règlement intérieur (organisation et fonctionnement) et recherche du lieu d'implantation,**
- XI. Recommandations et conclusion**

Annexe I : Programme de la mission..... P 20

Annexe II : Avenant de la convention signée sur les repas servis aux patients TB hospitalisés..... P 22

Annexe III : Enquête qualité des repas servis..... P 23

Annexe IV : Fiche du parcours de soins du PVVIH à l'HRM..... P 24

Annexe V : Fiche de suivi médical des PVVIH du dossier médical à l'HRM..... P 25

GLOSSAIRE

AFD : agence française de développement
ARV : médicament rétroviral (traitement du VIH)
ARAP : association régionale d'aide aux prisonniers
BK : bacille de Koch, bacille de la tuberculose
CD4 : lymphocytes CD4 marqueurs de l'immunodéficience par le VIH
CDLS : centre diocésain de lutte contre le Sida
CDN : centre Djenandoum Nasson (centre communautaire de prise en charge du Sida)
CPA : centrale pharmaceutique d'achat (situé à Ndjamenas)
CPS : conseillers psycho sociaux
ETP : éducation thérapeutique du patient
Expertise France : agence de coopération technique internationale
GeneXpert ou Xpert : appareil de détection de tuberculose résistante à la rifampicine
Gip Esther : pôle santé d'Expertise France
HRM : hôpital régional de Moundou
HDJ : hôpital de jour
ID : initiative développement (ONG française située à Poitiers)
IO : Infection opportuniste
PNT : Programme national de lutte contre la tuberculose
PRA : pharmacie régionale d'achat (située à Moundou)
PTME : prévention materno-fœtale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVVIH : personne vivant avec le VIH
SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise
TB : tuberculose
TB- MDR : tuberculose résistante (souche résistante à la rifampicine et l'isoniazide)
UME : unité mère-enfant
VAD : visite à domicile
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Les 3 associations de PVVIH à Moundou partenaires d'Expertise France et d'ES 92 sont :

A3V : Association des Veuves Vivant avec le VIH
ACCPVV : Association de Counselling et de Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH
CAPI : Centre d'Appui aux Personnes Infectées

I. Préambule et Résumé de la mission

Préambule : Contexte de cette mission

Toujours tributaire de l'avion du PAM, il a fallu compter cette fois sur les grèves des fonctionnaires avec donc une incertitude sur notre départ. Cette grève de deux mois, terminée à notre arrivée, a surtout eu un impact sur les différentes prises en charge médicales des patients, même si le directeur de l'HRM a mis en place un service minimum. Cette grève montre bien la crise que traverse actuellement le pays puisque une des raisons principales est le non paiement des salaires. Tout ceci concourt au fait que les messages sur l'observance ont du mal à passer alors qu'il existe des ruptures de suivis et de stock de médicaments. Contexte particulier aussi par la survenue juste avant notre arrivée du décès d'Elise, CPS de l'HDJ qui était très engagée dans sa mission et sur qui nous comptons beaucoup.

Les objectifs de cette mission (**cf programme en Annexe I**) étaient moins nombreux qu'à la précédente et surtout avaient pour but de finaliser les mises en place des projets initiés et/ou les parfaire.

Résumé :

-La convention concernant les repas pour les patients tuberculeux a été étendue aux week-ends, l'avenant à la convention a été signé en ce sens.

- Le parcours du PVVIH est correctement mis en place, bien adapté et bien accepté par les soignants allant de l'HDJ à la pharmacie. Le matériel apporté, thermomètres et tensiomètres, est bien utilisé et donc les fonctions de base d'un infirmier sont réinvesties avec satisfaction. Les 3 questions scorées sur l'observance sont quasi systématiquement posées et notifiées sur l'ordonnance comme il se doit.

La nouvelle CPS, très investie dans son travail ne sait pas si elle conservera ce poste, ce serait bien car elle connaît parfaitement le VIH et les conseils à délivrer, elle anime déjà les groupes « à cœur ouvert ». Quelques ajustements ont néanmoins été nécessaires notamment au sujet du rappel des patients de la pharmacie en vue du projet zéro perdus de vue pour le PVVIH.

- Le service de la tuberculose reste toujours aussi performant grâce à la motivation intacte des soignants. Angèle la nouvelle major à l'air de bien s'intégrer et il n'y a pas de raison que le nombre de perdus de vue augmente à plus de 3 %. Le nombre de suivis des MDR début 2018 est actuellement faible, ce qui est de bon augure par rapport au projet ZPD-TB.

Le projet de recherche d'enfants autour d'un cas de TB a été mis en attente pour le moment. La priorité s'est plutôt révélée être celle d'un meilleur diagnostic et choix de traitement pour les patients suspectés de tuberculose pour éviter les sous et sur diagnostics.

- Le laboratoire est toujours bien tenu. La mesure de la charge virale en dehors du Gene Xpert est toujours impossible et il manque cruellement la possibilité d'analyser les germes suite à leur mise en culture.

- L'UME (Unité Mère Enfant) concernant le parcours des femmes enceintes VVIH et donc la PTME est en bon ordre de fonctionnement. Certainement un soutien à cette unité par le biais de formation serait utile pour appréhender les nouvelles notions de thérapeutiques et de surveillances.

Il faudrait quand même comprendre pourquoi les résultats de PCR pratiqués chez l'enfant ne peuvent pas être récupérés ce qui oblige à traiter plus longtemps le nourrisson et à pratiquer des dépistages jusqu'à 18 mois.

Peut être faudrait il aussi formaliser le système de rappel des femmes perdues de vue après le 45^{ème} jour post accouchement car Rose le fait déjà mais avec son téléphone personnel. En effet les femmes viennent au 1^{er} RDV post accouchement mais plus au 2^e et 3^e RDV.

-Notre journée à Bebalem qui est un lieu de quiétude certain a été marquée par le constat qu'il manque localement des moyens de soins autant qu'à Moundou sinon plus. La venue du Dr Doudéadoum fût d'un grand apport pour les soignants locaux avec ses mises au point et conseils concernant la prescription des ARV et le diagnostic de la tuberculose.

- Les formations sont toujours des moments riches et privilégiés d'échanges entre les gens du sud et ceux du nord. Ce sont aussi des moments de partage entre les soignants moundoulais qui ne se connaissent pas toujours entre eux. Nous regrettons la faible participation des médecins libéraux à la formation qui leur était dédiée.

L'intérêt des retours d'enquête ou études toujours très attendus et d'autant appréciés qu'elles ont été réalisées localement. Les nouvelles notions sont toujours aussi très écoutées.

Les jeux de rôles sont toujours appréciés et font ressurgir les « travers » des uns et des autres dans une bonne humeur constructive avant tout.

-Beaucoup de temps a été consacré à l'écriture du règlement de la Mapam avec le directeur du CDN monsieur Modobé Kary, porteur commun de ce projet avec ES 92 et futur gestionnaire de cette maison d'accueil. Il reste le lieu à trouver et le comité de pilotage à formaliser pour un vrai démarrage du projet d'autant que nous avons obtenu la première partie du financement par la Mairie de Paris.

II. Avenant à la Convention entre ES 92 et les associations de PVVIH pour les repas servis pour les patients TB hospitalisés. Evaluation depuis sa mise en place en novembre 2017.

Présents :

A3V : Angèle Moudou, Geneviève Odjim
ACCPVV: Marguerite Alnodji , Luc Nedoumbayel
CAPI : Merci Memti Daro, Evelyne Benaidara

Bilan des repas

Globalement les 3 associations sont très satisfaites car grâce aux repas servis les patients adhèrent mieux à l'hospitalisation et donc au traitement. « C'est un soulagement pour les patients, ça les aide beaucoup ». D'ailleurs certains d'entre eux préféreraient prolonger leur hospitalisation pour manger à leur faim. Ce n'est pas le projet.

En revanche, les adhérents des associations suivis à l'HDJ sont mécontents de ne pas bénéficier de ces repas ; le Dr Doudéadoum a dû faire de l'information et au fur et à mesure le mécontentement s'est atténué.

Nous avons appris que les patients tuberculeux résistants bénéficiaient de 4 repas par semaine dispensés par une autre association, ce projet prenant fin, il faudra donc les prendre en charge.

Pendant la grève, le nombre de patients hospitalisés étant moins nombreux, environ 12 par jour, les associations ont décidé d'augmenter les quantités plutôt que de faire des économies pour les cas où le nombre de patients dépasserait les 20 patients.

La crainte initiale concernant les relations avec le personnel hospitalier qui aurait pu réclamer un repas (comme cela s'était passé pour la distribution de bouillie à l'HDJ) se révèle infondée. Au contraire cela a permis de restaurer les liens avec l'équipe soignante, en particulier avec les CPS de la tuberculose grâce aux conseils dispensés. Cependant ils apprécieraient que les CPS partagent plus leur expérience et connaissance avec l'ensemble des CPS au cours de leur réunion commune.

Chaque mois le budget mensuel est distribué par le Dr Doudéadoum aux associations qui en sont très satisfaites.

Extension aux week-ends, signature de l'avenant à la convention

Suite aux demandes des malades et des associations, Entraide Santé 92 a décidé d'étendre la distribution des repas aux week-ends. Elle commencera le 1 er mai. Tout le monde en est satisfait et l'avenant à la convention a été signé par tous (**Annexe II**)

Présentation de la Mapam

Exposition du projet Mapam aux associations, elles sont satisfaites que ce projet voit enfin le jour. Néanmoins elles disent en avoir été à l'origine et sont contrariées de ne pas être gestionnaire de cette Mapam. Elles nous disent avoir souvent été écartées de projets dont elles étaient à l'initiative. Nous les encourageons à y participer, ce d'autant qu'il est prévu qu'elles fassent partie du comité de pilotage. Par ailleurs comme l'enquête réalisée en novembre auprès des PVVIH de l'HDJ a montré la faible visibilité des associations à ce jour ; la Mapam est un projet qui pourrait leur permettre de les redynamiser.

A la Mapam les associations prendraient en charge les activités d'animation. Outre le travail habituel d'information et d'éducation, nous les encourageons à initier de nouvelles animations. Elles proposent alors des activités comme : peinture, couture, poterie, conservation de produits locaux.

En conclusion :

Notre rencontre avec les associations est positive en ce qui concerne les repas avec son nouvel avenant concernant les week-ends.

D'ailleurs l'enquête qualité (**Annexe III**) effectuée sur les repas servis a montré la satisfaction des patients.

Leur seule réserve serait de pouvoir bénéficier de portions plus copieuses.

Le projet Mapam a suscité des interrogations et réflexions voir de l'amertume de la part des associations.

Il faudra les revoir pour connaître leur décision de participer ou non à ce projet.

III. Compagnonnage des infirmiers et CPS de l'HDJ de l'HRM. Ajustement du parcours de soins du PVVIH et du projet ZPV-VIH de l'HDJ à la pharmacie.

Ce temps de compagnonnage a pour objectif d'évaluer les actions mises en place lors de la mission de novembre 2017 du parcours de soin des PVVIH (**Annexe IV**), et du projet zéro perdu de vue.

A- Compagnonnage IDE hôpital de jour (BERTINE/M'BAÏRO)

Mission du garçon de salle(Armel)

Il sort chaque dossier de soin après avoir récupéré les carnets de suivi des patients présents et les pèse. Malgré son absence lors d'une matinée parce qu'il était souffrant, le travail n'a pas été désorganisé car Bertine et M'Baïro s'en sont chargés.

Prises des constantes

La prise de température est prise à chaque consultation et les thermomètres électroniques apportés en novembre donnent entière satisfaction.

Un tensiomètre et un stéthoscope supplémentaire ont été apportés pour qu'il y en ait un dans chaque salle.

La tension est prise systématiquement.

Questionnaire scoré pour explorer systématiquement l'observance des patients

Les questionnaires plastifiés et ceux affichés ne sont plus présents dans les bureaux ce qui n'empêche pas M'Baïro et Bertine de poser naturellement les 3 questions à chaque consultation,(en particulier lors de celle dédiée au renouvellement des ARV). Ils semblent s'être parfaitement appropriés l'outil et n'avoir plus besoin de « pense-bête ».

Traçabilité

Le score du questionnaire est bien inscrit en bas à droite sur l'ordonnance afin que la CPS et l'équipe de la pharmacie poursuivent le travail sur l'observance.

Nous avons apporté des exemplaires de la fiche (**Annexe V**) qui semble satisfaisante mais le Dr Doude n'a pas eu l'occasion de l'utiliser et il faudra recueillir son avis secondairement.

B- Compagnonnage CPS hôpital de jour(ANGELE)

Angèle qui travaille habituellement au CDN remplace depuis quelques jours Elise qui est malheureusement décédée la semaine précédant notre arrivée.

Elle connaît la procédure du score du questionnaire écrit sur l'ordonnance et sait s'en saisir.

Elle a une grande expérience du travail avec les patients et semble très à l'aise dans sa fonction.

Elle connaît et utilise le chevalet Esther qui est sur son bureau.

Elle poursuit l'atelier « A cœur ouvert », et à la suite de l'un d'eux, nous fait participer Bertine et moi pour écouter les difficultés des patients et répondre à des questions. Ce travail d'équipe IDE/CPS m'a semblé très riche pour les patients qui entendent des paroles des différents professionnels qui se complètent. Et aussi pour les professionnels qui s'enrichissent de ce travail d'équipe.

Angèle ne sait pas à ce jour si elle retournera travailler au CDN ou si elle restera à l'hôpital de jour.

C- Compagnonnage pharmacie des ARV (OLGA, pharmacienne/Genevieve,CPS)

L'agenda sur lequel Olga programme le prochain RDV des patients en fonction de la quantité d'ARV distribué est très bien tenu.

Geneviève tient un cahier très précis, au jour le jour, sur lequel les coordonnées de chaque patient sont notées.

C'est à partir de ces 2 supports qu'il est donc possible de déclencher le rappel téléphonique rapidement si les patients ne se présentent pas à leur RDV.

En revanche les feuilles de suivis de rappel téléphonique ne sont pas remplies et il n'y a que 3 appels de noté depuis novembre 2017. Il est donc difficile de connaître le nombre de patients appelés et le résultat de cette démarche. Il reste encore 6900 unités dans le téléphone dédié aux rappels des perdus de vue fourni en novembre 2017.

D'autres part les quelques patients appelés ne l'ont été que 8 jours après la date prévue de leur RDV. Ce qui ne correspond pas à la procédure mise en place en novembre qui était de rappeler dans les 48 h, nous leur demandons de rectifier leur pratique.

Ce délai est peut être dû à un manque de communication entre Olga et Geneviève.

D- Synthèse et recommandations.

L'équipe infirmière de l'hôpital de jour semble s'être approprié tant le questionnaire scoré que la prise des constantes. Prendre l'habitude de questionner systématiquement sur la question de l'observance est indispensable et bénéfique mais il est difficile de demander d'explorer plus avant les difficultés rencontrées par les patients tant leur charge de travail est importante.

Un brassard à tension pédiatrique serait le bienvenu car certains patients sont très amaigris.

La mission principale des infirmiers de l'hôpital de jour est la prescription d'ARV ou de traitements pour les maladies opportunistes. La prescription n'est pas en France la prérogative des infirmiers, il y a donc un écart important de pratique entre les deux pays. Il serait sûrement intéressant de continuer en parallèle le compagnonnage avec des médecins. Ce d'autant, qu'une de leur doléance principale est l'accès à la formation.

On leur demande donc d'exercer un rôle d'infirmier et de médecin dans la même consultation ; ceci donne à leur exercice une valeur ajoutée, la prescription, ils ne sont donc pas seulement des infirmiers au sens occidental. Commençons alors par reconnaître cette double fonction (inventons peut-être le terme d'infirmier-prescripteur). Cette reconnaissance les amènerait peut-être à faire plus d'ETP.

Nous avons évoqué également le problème du manque de confidentialité lié à l'organisation des salles de consultations (communicantes et contiguës), qui empêche parfois les patients de s'exprimer en toute confiance. Une réorganisation des lieux en transformant le bureau où se trouvent les dossiers en salle de consultation est à réfléchir.

Le travail de la CPS est précieux et indispensable, il est nécessaire qu'un voir deux postes soient pourvus de façon pérenne.

Il serait aussi intéressant de réfléchir à des temps institutionnalisés de prise en charge en binôme (IDE/CPS/médecin/associatif).

L'équipe de la pharmacie soucieuse d'améliorer la prise en charge des perdus de vue est à soutenir.

Faut-il prévoir des unités supplémentaires pour le téléphone dédié aux rappels des perdus de vue ?

Faut-il imaginer un autre outil pour Geneviève que son cahier au jour le jour pour noter les coordonnées des patients. Un classeur avec des onglets par ordre alphabétique par exemple ?

Dès septembre Olga aura besoin d'un agenda 2019 pour reprogrammer les prochains RDV des patients et avoir les informations indispensables pour poursuivre le projet zéro perdu de vue.

IV. Le service de la TB, suivi du projet ZPD-TB et MDR.

Initialement la matinée du jeudi matin devait être consacrée au compagnonnage avec Angèle, la major de la tuberculose, finalement la matinée a été une rencontre avec l'ensemble de l'équipe.

La rencontre avec Angèle est plutôt positive, celle-ci étant bien au courant du fonctionnement et des prescriptions. Elle est bien aidée par son équipe composée de Célestin, Norbert et Boniface avec qui elle s'entend bien.

Au fil de l'entretien Angèle me parle de ce poste qu'elle n'a pas choisi et de ses craintes d'être contaminée. Il est vrai qu'il manque toujours des masques de protection mais je m'aperçois aussi que ses craintes sont sous tendues par des méconnaissances sur les modes de transmission. Je lui rappelle quelques notions mais certainement qu'une formation serait bienvenue.

Rencontre avec Célestin, l'infirmier des tuberculoses résistantes.

En 2017, le protocole est inchangé avec toujours 4 mois d'hospitalisation et si BK négatif alors 5 mois en ambulatoire.

Quelques chiffres :

17 patients MDR dont 4 co-infectés par le VIH :

. 1 PDV,

. 1 échec thérapeutique, question d'observance ?

. 3 DCD (un à 1 mois non co-infecté, un à 5 mois et un à 8 mois tous les 2 co-infectés par le VIH)

. toujours la patiente XDR qui attend son traitement.

Sur les 17 patients MDR , 11 sont considérés comme guéris soit 65 %.

En 2018 : 3 patients MDR seulement dont 1 DCD, il est certainement trop tôt et/ou hasardeux pour dire que ce faible nombre est déjà le fruit d'un meilleur suivi des patients TB !

Ensuite un entretien a eu lieu avec les CPS de la tuberculose, Boniface et Norbert, toujours aussi contents et épanouis dans leur travail. Ils n'ont pas de difficultés particulières et sont très satisfaits des repas mis en place, un peu comme si c'était grâce à eux. Ils accompagnent du reste la cuisinière dans sa distribution.

Pour le suivi des patients moundouais ou non pas de problèmes d'autant que les patients acceptent plus facilement les hospitalisations de 15 jours du début de traitement avec les repas servis. Pour ceux habitant hors Moundou, le retour à la bonne date est plus incertain ; peut-être faudrait-il les convoquer systématiquement 48h plus tôt et/ou créer un code hors Moundou pour pouvoir leur délivrer une quantité d'antituberculeux plus importante soit 1 mois de traitement comme cela peut être fait lors de la délivrance des ARV?

Suite à ces différents points relevés, il n'y a pas lieu que le nombre de PDV augmentent et devrait même se stabiliser autour de 3 %. Exception pendant les périodes de grève où le suivi est un peu moins performants essentiellement dû au fait que les patients pensent que le service est fermé (ils ne sont pas au courant que les CPS de la tuberculose travaillent car eux sont payés par une autre institution que l'état).

Les CPS me parlent de nouveau de leur crainte de ne pas être payés comme l'année dernière et aimeraient toujours bien développer des actions de prévention.

V. Laboratoire, état des lieux.

Rencontre avec Honorine (chef du laboratoire) et Timothée (surveillant du laboratoire)

Notre rencontre débute par une grande attente des résultats des prélèvements réalisés sur les échantillons venant du centre handicapé envoyés en France, je m'engage à demander les suites à Laurent Raskine.

Pour l'appareil à CD 4 la maintenance va être effective prochainement car celle-ci a été reculée à cause de la grève.

Pour l'appareil à charge virale autre que Gen Xpert, toujours la même question, quand deviendra-t-il fonctionnel ? d'autant que la formation reçue par Timothée va être obsolète.

Pour le Gen Xpert, il fonctionne toujours bien mais sous le code d'Alain et Gaétan n'a pas son code personnel, donc à revoir pour une prochaine mission ou avant si Laurent a une solution.

Concernant le branchement wi fi, je leur explique que les frais d'un branchement permanent sont beaucoup trop onéreux et que lors de mission, tout est installé pour se brancher avec une clef usb connectée et faire alors les mises à jour si nécessaires.

Au total, le laboratoire ne fonctionne pas trop mal mais il n'y a toujours pas de charge virale en routine et de milieux de cultures suffisants pour la recherche de germes et l'analyse des résistances.

VI. La Pharmacie, état des lieux

En ce qui concerne le parcours du PVVIH, celui-ci est bien organisé d'après Olga, l'infirmière faisant office de pharmacienne. Le cahier des prochains RDV est bien tenu par Olga et chaque fin de semaine, cette dernière donne à Geneviève, CPS de la pharmacie, la liste des personnes non venues à rappeler. Nous leur avons dit qu'il fallait rappeler plus vite soit au bout de 48 H comme cela est marqué dans le parcours du PVVIH. Par ailleurs les patients en difficultés avec leur traitement sont adressés le plus souvent à Geneviève par Olga, cependant notre recommandation serait d'adresser tous les patients à Geneviève pour renforcer l'observance au long cours des PVVIH même si rien n'a été détecté par les 3 questions de repérage posées préalablement.

En ce qui concerne la confidentialité du lieu, celle-ci serait à revoir au cours d'un compagnonnage plus long avec une pharmacienne peut être. Par exemple, il existe 2 chaises d'attente devant le guichet de délivrance des ARV derrière lequel est assise Olga à la pharmacie, donc systématiquement il y a 2 patients qui attendent les ARV. Il est aussi à noter qu'il y a bien une porte de séparation entre la pharmacie d'Olga et la salle d'ETP de Geneviève mais je ne l'ai jamais vu fermée.

Sinon la pharmacie est toujours bien tenue avec les ARV bien rangés par classe et sans avoir constaté de boîte périmée.

Le gros point noir est toujours la rupture dans l'approvisionnement des ARV. Olga confirme bien qu'il existe une rupture de Truvada et Duomune depuis plus de 2 mois, la 2 ème ligne de traitement devient alors compliquée.

VII. Reprise de contact avec l'unité mère-enfant (UME) concernant le parcours des femmes enceinte VVIH et donc la PTME.

Entretien avec Madame Rose le jeudi après-midi.

Madame Rose, surveillante du service l'UME est l'une des 3 sages femmes qui y travaille.

Elle nous reçoit avec beaucoup de disponibilité et de gentillesse bien que sa journée de travail soit pratiquement terminée.

A travers son discours on perçoit un vif engagement pour son métier et son service.

L' équipe de l' UME est composée de 7 personnes :

- . 3 sages femmes :
 - 1 en charge de la consultation prénatale recentrée (Madame Rose) : information et éducation
 - 1 en charge de la planification familiale : prescription des ARV/ contraception
 - 1 en charge du suivi du couple mère/enfant : suivi du 45^{em} jour au 18 mois de l'enfant
- . 1 nutritionniste
- . 1 CPS
- . 2 personnes de salle

Dépistage :

Des dépistages gratuits sont proposés aux femmes enceintes. Si la sérologie est négative le test sera renouvelé tous les 3 mois.

Parcours de prise en charge

Le plus souvent les femmes référées à l'UME connaissent déjà leur séropositivité car elles sont adressées par le centre de reproduction qui a fait le dépistage ou l'HDJ qui les suivait déjà.

Elles sont suivies du début de leur grossesse jusqu'au 18 mois de l'enfant.

Les femmes ont d'abord un 1er RDV à la consultation prénatale recentrée. C'est le 1er contact avec le service et l'accueil prend alors toute son importance.

Cette consultation est centrée principalement sur l'information et l'éducation.

Si la dernière mesure du taux de CD4 est supérieure à 6 mois elle est refaite systématiquement. Toute femme enceinte a au moins une mesure de CD4 au cours de sa grossesse.

Chaque femme enceinte bénéficiera d'au moins 4 RDV avec les différents professionnels de santé pendant la durée de sa grossesse.

Puis après l'accouchement 3 RDV seront programmés : au 45^{em} jour, au 12^{eme} mois puis au 18^{eme} mois de l'enfant au cours desquels un dépistage est pratiqué.

Au 18 mois de l'enfant la mère sort de la file active de l'UME et est référée dans l'un des 3 centres de prise en charge de Moundou des PVVIH selon son choix.

La nutrition :

Les mamans sont encouragées à choisir l'allaitement exclusif et à ne pas donner d'eau à leur nourrisson

La contraception

Peu de moyens de contraception sont disponibles, les seuls accessibles sont des contraceptifs injectables (noristera, une injection tous les 2 mois/ dépropovera, une injection tous les 3 mois).

Les ARV

Si les nouveaux nés n'ont pas reçu d'ARV en salle d'accouchement, ils seront dispensés par l'UME.

Bien que les ruptures d'ARV soient fréquentes dans le pays il n'y en a pas eu cette année en ce qui concerne les ARV en sirop pour nourrissons. Les enfants prennent trop d' ARV jusqu'à leur dépistage à 12 et 18 mois. Même problème qu'à Bebalem, les PCR de l'enfant sont faites mais non récupérées, ce qui allonge la période de suivi de la femme enceinte et de son enfant à 18 mois.

Les ARV pour les mamans sont dispensés par l'hôpital de jour.

L'observance

Le travail sur l'observance des mamans bien qu'étant le travail de tous est la mission prioritaire de la CPS. Des groupes de paroles sont également proposés mais à un rythme irrégulier.

Les perdues de vue

Le plus souvent c'est au 45^{em} jours de l'enfant que les femmes sont perdues de vue. Les coordonnées sont demandées systématiquement en consultation prénatale mais se révèlent parfois fausses.

Madame Rose rappelle les non venus avec son téléphone personnel.

Quelques chiffres

2017 : 112 femmes suivies

236 consultations prénatales recentrées

2 enfants séropositifs à 12 mois soit 1,8%

2016 : 1 enfant séropositif à 12 mois

2015 : 1 enfant séropositif à 12 mois

Ces chiffres montrent que la prise en charge est efficace et de qualité

Principales difficultés évoquées :

Coût des examens et médicaments hors ARV

Impossibilité de récupérer le résultat de la PCR des enfants à 1 mois ce qui les oblige à prendre des ARV jusqu'à leur dépistage de M12 et M18.

Comment aller chercher les femmes qui accouchent à la maison ou en centre de santé et qui ne bénéficient pas de suivi ? Sûrement faut-il améliorer la sensibilisation de masse par des agents communautaires.

La dernière formation des personnels de l'UME est bien lointaine, pour Rose par exemple cela fait plus de 10 ans, certainement faudrait il en programmer une ?

VIII. Reprise de contact avec Bebalem et évaluation des services de dépistage et prise en charge des PVVIH, du laboratoire et du service de radiologie.

Bebalem vient de traverser une période « tumultueuse » liée à des dissensions entre communautés. Un nouveau directeur ou plutôt l'ancien Valentin a été nommé de nouveau. Aussi dès notre arrivée, à l'issue de notre premier échange, il nous demande de respecter le protocole en allant nous présenter au maire. Ce qui fût fait.

Cette journée à Bebalem accompagné par le Dr Doudéadoum a concerné la visite des 3 services prévus soit : le CDV, le laboratoire et la radiologie.

Le CDV qui prend en charge le dépistage, la PTME et les suivis.

Etaient présents :

- Voltaire Mboldombaye, Infirmier anesthésiste qui a en charge le CDV par carence de personnel
- Mardoché Domo Nadji, jeune infirmier diplômé qui prendra sa suite.
- Urbain Djimra, Le surveillant de l'hôpital
- Dr Doudéadoum, ce qui permettra aux infirmiers de poser de nombreuses questions

Peu de dépistage volontaire mais le plus souvent suite à un signe clinique ce qui conduit à une mise sous ARV rapide avec peu de temps d'éducation. Doudé précise l'importance de parler d'observance à chaque consultation et d'informer la possible survenue d'effets secondaires en particulier pour le Viraday afin d'y préparer les patients.

En ce qui concerne les ARV, disponibles sur place en salle de suivi, pas de problème de rupture en ce qui concerne la première ligne, par contre pour la deuxième les mêmes problèmes qu'à Moundou soit rupture Truvada et Duomune. Sur les 450 patients suivis dont 17 enfants, 26 sont en deuxième ligne. La deuxième ligne est instaurée quand les CD4 sont inférieurs à 70 copies/ml.

Voltaire explique les combinaisons qu'il effectue pour pallier aux ruptures, ce qui permet à Doudé de préciser les bonnes combinaisons entre les ARV comme par exemple en l'absence de Truvada, prescrire Atazanavir le matin et un Viraday le soir.

Pas de système mis en place pour rappeler les patients en cas de perdu de vue.

Pour les infections opportunistes, seul le médecin de l'hôpital peut obtenir une gratuité des médicaments s'il juge « que cela vaut le coup ».

Les PVVIH sont rejetées par les familles car elles ne « parient » pas sur une PVVIH.

Les tests de dépistage sont en rupture parfois et /ou périmés et peu fiables aussi pour une femme enceinte il ne faut hésiter à traiter et dans les autres cas se fier aux éléments cliniques.

Les infirmiers questionnent sur la prise en charge des co-infectés BK/VIH. Priorités aux antiTB pendant 15 jours si les CD4 sont bas ou 1 mois si plus hauts. Ils évoquent la difficulté du diagnostic face au coût de la radio et des BK crachats qui sont payants.

Sur le plan matériel, il existe un réfrigérateur étonnant à bouteille de gaz externe qu'ils doivent changer tous les 15 jours (recharge à Moundou seulement) et qui sont très coûteuses. L'informatique fonctionne mal d'autant qu'il n'y a ni informaticien et/ou maintenancier.

La PTME :

Pas de chiffre sur le nombre de femme enceinte VIH +

Pas de chiffre sur le nombre de femme enceinte sous traitement

Pas de chiffre sur nombre d'enfant né de mère VIH+ qui seraient contaminés

Les résultats de PCR à 15 jours ne reviennent jamais donc les nouveaux nés sont traités pendant 1 an jusqu'au moment du dépistage fait avec la méthode classique.

Le laboratoire

Il n'y a pas de place de réactifs pour les CD4 depuis mars 2018 et l'appareil est différent de celui de Moundou donc les dépannages sont impossibles. De même, pas de charge virale possible.

Le dépistage de la tuberculose est problématique de par son coût :

La radiologie coûte 5500 FCFA

Le BK crachat à l'Auramine ou au Ziehl est gratuit normalement au Tchad mais dans cette structure privée coûte 2000 FCFA pour le diagnostic et les contrôles sont gratuits.

Devant ce grand problème de santé publique qu'est la tuberculose le Dr Douédéadoum propose de faire payer le diagnostic 1000 FCFA et les 1^{er} et 2^{ème} contrôle 500 FCFA chacun ce qui donnera du temps au patient pour trouver l'argent nécessaire.

Par ailleurs pas de bactériologie possible ni d'ECBU. Seules les bandelettes urinaires sont possibles.



La radiologie

Service qui fonctionne bien, la salle de radiologie est toujours aussi bien tenue et propre.

Par contre quelques problèmes sont apparus avec le temps :

- Le mur de protection n'est toujours pas aux normes (c'est un simple mur en terre pilée sans plaque protectrice)
- Les tabliers de protection sont vieux et obsolètes
- Le pied de l'appareil à radiologie est légèrement désaxé, cela peut avoir des conséquences sur la pérennité du matériel.
- Dans la salle de développement, le bac est fendu

Du reste ci-dessous la liste préparée par le radiologue qui reprend quelques points de ces constatations et y ajoutent quelques doléances complémentaires, évidemment ce serait bien d'y répondre au moins en grande partie.

CENTRE HOSPITALIER DE BEBALEM
SERVICE DE RADIOLOGIE

BESOINS

Matériel de travail :

1. Tabliers plombiers
2. Gants plombiers
3. Lunettes plombiers
4. Chaussures
5. Paravent plombier
6. Dosimètre
7. Films
8. Produits de contraste (P urographie, hysterosalpingographie)
9. Développeur automatique
10. Appareil photo numériquw

Recyclage

1. Documents pour interprétation des clichés
2. Participation aux séminaires

Fait à Bebalem, le 17.4.2018


Le Technicien de la radiologie
Djimra Robain





Conclusion et recommandations :

Poursuivre l'état des lieux doit permettre de recueillir des données plus précises pour mieux connaître les besoins.

Proposer des formations notamment sur la prescription des ARV qui a évolué ces dernières années.

IX. Formations : les 2 après-midi avec le personnel médical et paramédical des 3 centres de prise en charge des PVVIH et le jeudi soir avec les médecins de la ville de Moundou:

1) – Mardi après-midi : retour sur l'enquête sur la qualité du suivi des PVVIH à l'HDJ ; retour de l'étude sur le génotype à Moundou objectivant un grand nombre de résistance aux ARV, jeux de rôle sur comment prévenir l'apparition de résistance par une meilleure observance.

Présents le mardi après-midi :

- Les 2 infirmiers de l'hôpital de jour : Bertine et M'bairo
- La CPS de l'HDJ : Angèle , l'Assistante sociale : Ngangoulaye et le garçon de salle : Armel
- De la pharmacie : Olga (IDE) et Geneviève (CPS)
- La major de la TB : Angèle et l'infirmier Célestin
- Les 2 CPS TB : Boniface et Norbert
- La coordinatrice du CDLS :Marie Jo
- Du CDN : Blandine (IDE) et Vladimir(CPS)
- De la médecine 3 :Mbairam
- De Bebalem : Mardochée (IDE)
- L'équipe d'ES 92 : Emmanuelle et François

A) Première partie :

1) Présentation de l'enquête effectuée sur 68 patients portant sur la qualité de la prise en charge des PVVIH à l'HDJ effectuée en novembre 2017 qui faisait partie du dernier rapport de mission, mais tous n'y ont pas eu accès.

Données recueillies :

- De nombreux patients interrogés ont été un jour au l'autre confrontés à l'absence de médicaments par rupture de stock.
- Qu'il n'est pas toujours facile de se rendre chaque mois à l'hôpital d'autant que c'est parfois inutile car il n'y a plus d'ARV.
- Beaucoup ont connu les bouillies de l' HDJ et regrettent qu'il n'y en ait plus.
- Le coût des examens et traitements sont difficiles à payer.
- Les patients dans l'ensemble remercient plutôt les soignants. Il n'est pas difficile de parler avec les infirmiers ou CPS mais peu d'échange sur les effets secondaires, la sexualité ou le désir d'enfant.
- Ils apprécient beaucoup les conseils et surtout les encouragements du Dr Doudéadoum qui valorise notamment leur bonne observance.

2) Etude présentée à l'ICASA en novembre 2017 à Abidjan : Suivi virologique des patients adultes infectés par le VIH à l'Hôpital Général de Référence de N'Djaména.

Résultats portant sur 301 patients des 450 de la base de données:

- 40 % des patients étudiés ont une charge virale supérieure à 100 copies et sont donc considérés en échec thérapeutique (63,2% des patients avec plus de 350 cellules CD4/mm³)
- Sur ces 40% de patients, 53 % sont déjà en 2^{ème} ligne d'ARV et donc sans ressource thérapeutique actuelle (il n'y a pas de 3^{ème} ligne d'ARV au Tchad)

3) Résultats de l'enquête effectuée à Moundou sur 51 génotypes pour des patients sous antirétroviral depuis en moyenne 6,2 ans et avec en moyenne avec des CD4 de 157 /mm³

Seul 31 génotypes complets ont pu être réalisés.

- Sur 34 patients : le gène de la reverse transcriptase a été amplifié
 - Résistance au 3TC/FTC chez 28 patients (90%),
 - Résistance à AZT chez 19 pts (61%),
 - Résistance au tenofovir :12 pts (39%), à l'abacavir : 23 pts (74%), au DDI : 7 pts (20 %),
 - Résistance à EFV chez 27 pts (87%),à la NVP chez 28 pts (90%).
 - Vingt-trois pts (74%) avaient une résistance croisée avec la rilpivirine et/ou l'etravirine, molécules non disponibles dans le pays.

- Sur 44 patients : le gène de la protéase a pu être amplifié
 - Résistance à l'atazanavir chez 7 patients (16%)
 - Seulement 2 patients avaient une résistance au lopinavir.
 - Pour le darunavir non disponible dans le pays, aucune résistance de trouver(rappel : 34 patients sur 51 n'avaient jamais reçu d'anti protéases)

Conclusion de l'étude :

- Chez près de 90% de patients en échec virologique,
 - résistance aux molécules ayant une faible barrière génétique comme le 3TC/FTC, NVP et EFV.
 - De plus les résistances à des molécules essentielles comme l'AZT et le Tenofovir sont inquiétantes et laissent peu d'alternatives thérapeutiques.
 - Cette étude souligne l'urgence de mettre tout en œuvre pour améliorer l'observance thérapeutique (approvisionnements réguliers en ARV, programmes ambitieux d'éducation thérapeutique) et d'importer des molécules à forte barrière génétique sous forme combinée pour éviter la sélection de virus multi résistants.

4) Etude camerounaise présentée à l'AFRAVIH en avril 2018 sur l'échec thérapeutique chez les PVVIH, entre culpabilisation et dramatisation.

Très belle étude camerounaise qui montre les graves conséquences de l'inobservance en terme de santé publique, parlant même de 4^{ème} épidémie de VIH.

C'est une réflexion pour tous les soignants sur la pratique de l'ETP :

- comment de pas être culpabilisant ni être dans l'injonction ?
- comment faire naître l'adhésion, la participation du patient ?
- comment maintenir l'observance dans le temps alors même que les ruptures d'approvisionnement des ARV sont fréquentes ?
- comment annoncer l'échec des traitements de 1^{ère} ou 2^{ème} ligne pour mieux rebondir sur l'observance ?

L'étude nous semble tellement d'importance que vous en avez le diaporama intégral qui a été présenté à l'AFRAVIH 2018, bonne lecture et réflexion.

L'échec thérapeutique en Afrique

Prévisible avec la généralisation de l'accès aux ARV depuis le début des années 2000

-> histoire naturelle de la prise en charge

- Diverses causes : défaut d'observance aux ARV
- Menace pour l'individu et la collectivité : développement des résistances -> risque d'inefficacité des traitements ARV

Devient un enjeu de santé publique majeur : « la 4e épidémie à VIH »

(cf. Lancet Infectious Diseases, avril 2018)

L'échec thérapeutique en Afrique (2)

• Diagnostic

Le diagnostic précoce de l'échec limité par un accès restreint à la charge virale de routine

• La prise en charge

L'accès aux ARV de 2^e ligne désormais généralisé mais l'accès aux ARV de 3^e ligne reste limité dans un grand nombre de pays d'Afrique

• L'annonce de l'échec, un élément clé du dispositif de prise en charge

-> conditionne la compréhension, l'acceptation, l'adhésion au traitement ARV ultérieur

Contexte

L'épidémie de sida : impact sur l'évolution de la prise en charge des patients.

- Culture internationale de l'accompagnement
- Adaptation du système de soins
 - Modèle pour l'annonce de l'infection à VIH : dédramatiser, déculpabiliser, rassurer, préparer aux ARV
 - Appui à l'observance
 - Relation empathique avec les patients
- Rôle des associations
- Nouveau métier : les « conseillers psychosociaux »

Contexte (2)

Cette prise en charge s'intègre tant bien que mal dans les structures de santé publiques

- Pénurie médecins, afflux patients -> consultations rapides, mécaniques, attente, journée entière à l'hôpital
- Conseillers psychosociaux « bénévoles » peu rémunérés
- Coûts : tout est payant en dehors des ARV, analyses, consultations, médicaments, transport

Au Cameroun

- Prévalence du VIH au Cameroun : 3.8%
- Estimation : 560 000 PVVIH en 2016
- 200 000 traitées par ARV
- L'échec thérapeutique, un problème croissant
- **Comment l'échec est-il annoncé aux patients ? Quel dispositif de prise en charge de l'échec ?**

Méthodes

Étude anthropologique

Enquêtes menées au Cameroun 2010 à 2012

- 4 sites d'enquêtes : Hôpitaux de Yaoundé et Douala
- 85 patients en échec thérapeutique
- 53 professionnels de santé

Objectifs

Objectif : Décrire et analyser

- Le point de vue et l'expérience des patients
- Le point de vue et l'expérience des soignants concernant :

1. Les causes perçues de l'échec
2. Les modalités d'annonce
3. Les modalités de prise en charge
4. L'impact sur le dispositif de soins

Contexte local

- File active : plusieurs milliers de patients.
- de 50 à 100 consultations par jour pour ≈ 3 médecins
- 1 ou 2 assistants sociaux pour chaque hôpital
- agents de relai communautaire, de présence variable
- durée de consultation de routine : de 3 à 7 mn



L'annonce de l'échec

Victoria

Le médecin lui explique :

– « le médicament ne marche plus (...) c'est ta faute, tu as grillé ta 1^{ère} ligne »

Les infirmiers lui reprochent :

– « Tu nous fais travailler pour rien »

– « C'est la dernière chance, après c'est la mort ! ».

L'annonce de l'échec (2)

Annonce généralement faite par le médecin

Termes utilisés

– Le terme *échec thérapeutique* peu utilisé.

– Un peu plus souvent « *résistances* » (« tu as des résistances, tu es résistant »)

– dans la majorité des cas périphrases : « *Le médicament ne marche plus (...), ne tient plus avec ton corps* ».

Contenu des messages d'annonce

– Peu d'explication sur les mécanismes de l'échec et les contrôles biologiques

– Peu d'explications sur le traitement de 2^e ligne

L'annonce de l'échec (3)

Forte culpabilisation

Les soignants attribuent aux patients la responsabilité de l'échec, par mauvaise observance aux ARV

Dramatisation

« C'est ta dernière chance, après c'est la mort ! »

Discours dramatisants -> effrayer les patients pour inciter à une meilleure observance

Attitude ambivalente

Entre paternalisme et coercition

L'annonce de l'échec (4)

L'implication du service social et conseillers psychosociaux

• Différente selon les sites.

• Référence médecin -> service social non systématique

• Absence de guides, de directives

-> discours hétérogènes, variables selon sites et les professionnels

• Discours focalisés sur injonction à l'observance

• Éducation thérapeutique sur certains sites

– mais axée sur moment du changement de ligne

– pas d'appui à l'observance à long terme

La perception des patients

Désarroi des patients

• Autostigmatisation renforcée par les discours des soignants

• Ravive le traumatisme de l'annonce de l'infection

• Peu informés sur les mécanismes de l'échec

• Peu préparés au changement de traitement

• Peu d'appui à l'observance à long terme

-> **Risque de nouvel échec aux conséquences dramatiques car accès limité aux ARV de 3^e ligne**

Une remise en cause du modèle de communication avec les PVIH

Les valeurs promues et les pratiques affichées

- Non-jugement
- Déculpabilisation
- Dédramatisation
- Soutien
- Empathie, proximité
- Accompagnement ARV

Reconfiguration de la relation thérapeutique / échec

- Retour à des logiques médico-centrées et autoritaires
- Moralisation de la relation thérapeutique
- Culpabilisation des patients
- Attitude coercitive
- Peu d'accompagnement ARV 2^e ligne
- Inobservance considérée comme déviance
- Patient en échec comme un « délinquant »

Conclusion

• 2017 : Rapport de l'OMS sur les résistances dans les Pays du Sud
-> Plan d'action ambitieux, nécessite moyens et mobilisation nationale et internationale

• Nos observations mettent en évidence la nécessité d'actions rapprochées au niveau des acteurs de soins :

- La formation des professionnels de santé, du personnel social et associatif

- L'élaboration de guides d'annonce et de prise en charge

- Le renforcement des structures de santé

- Un véritable accompagnement des patients à long terme

-> **L'annonce de l'échec thérapeutique doit être prise en compte comme l'a été l'annonce de la maladie**

Evidemment qu'il faut se servir des échecs pour reconstruire l'observance mais une des bonne pratique de l'ETP est en premier de préparer avec soin l'initiation au traitement, sans précipitation, pour éviter l'échec thérapeutique.

B) Deuxième partie :

Elle commence par des échanges communs suite à la mise en place du parcours du PVVIH lors de notre précédente mission. Evidemment les précédentes présentations sur l'échec thérapeutique sensibilisent les soignants et les font réfléchir et proposer des points d'amélioration.

Puis nous faisons de nombreux jeux de rôles pour améliorer dans la bonne humeur avec des critiques constructives sur nos pratiques. Lors des analyses qui suivaient chaque jeu de rôle il était intéressant de constater que ceux qui jouaient le rôle de soignant pensaient toujours avoir été convainçants tandis que ceux jouant les rôles de patients disaient ne pas avoir été sensibles aux arguments développés. Cela a permis à beaucoup de mesurer l'écart entre le message que veut transmettre le soignant et celui perçu par le patient.

Cet après-midi de formation permettra de poursuivre et d'approfondir pour les soignants la manière de transmettre afin de réduire l'écart de perception entre les messages délivrés et reçus.

2) Jeudi après-midi : Prise en charge d'un enfant suspecté de tuberculose (nouveaux moyens de diagnostic, traitement et suivi) :

Jeudi après-midi, les personnes présentes à cette formation ne sont pas très nombreuses et il n'y a personne du service de pédiatrie, c'est bien dommage.

Formation délivrée par le Dr Doudéadoum qui rappelle que la prise en charge de la tuberculose est un problème majeur de santé publique au Tchad. Les enfants représentent 3 à 6 % des cas de tuberculose tchadienne. Rappel aussi sur les grandes notions de diagnostics et traitements de la tuberculose. Le diagnostic de TB est plus difficile chez l'enfant et il existe trop de cas de sous et sur diagnostics.

Il annonce par ailleurs que prochainement, suite au guide de prise en charge de la tuberculose chez les enfants au Tchad (édition novembre 2017), des IDR et BK tubages pourront et devront se faire, pour affiner le diagnostic de TB des enfants afin de les traiter plus justement. A priori les hospitalisations pour réaliser les BK tubages ne seront pas un problème.

3) Jeudi soir : Médecins de ville ; informations et retour sur les études de charge et génotype, notion de résistance et d'échecs thérapeutiques, faut-il repenser l'observance ?

Une dizaine de médecins de ville et de l'HRM sont présents le jeudi soir, les échanges et questionnements sont intéressants suites aux données suivantes présentées par le Dr Cordonnier :

- Quelques chiffres de l'épidémie de VIH/Sida, les objectifs mondiaux de l'OMS avec celui de l'éradication en 2030 de l'épidémie en passant par l'objectif actuel des 90% de diagnostic, 90% de traitement et 90% de charge virale indétectable.
- L'étude de la charge virale à N'djamena présentée à l'ICASA 2017 déjà citée et résumée plus haut.
- L'étude de génotype à Moundou présentée à l'Afraviv 2018 par le Dr Doudéadoum déjà citée et résumée plus haut.
- Etude Camerounaise sur la notion de résistance ou d'échec thérapeutique, mettant bien en évidence les causes de ces échecs avec des pratiques soignantes culpabilisantes et dramatisantes;

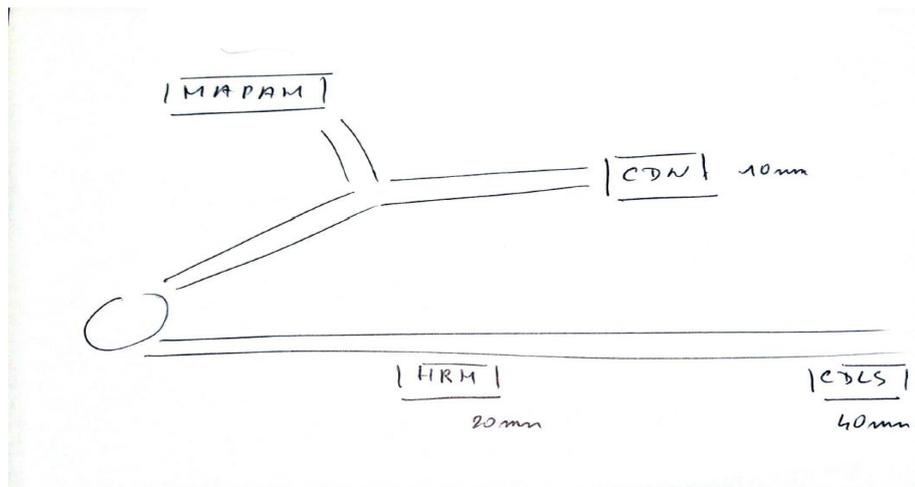
X. La MAPAM : écriture du règlement intérieur (organisation et fonctionnement) et recherche du lieu d'implantation.

Nous avons consacré du temps à la pré-écriture du règlement de la Mapam avec M. Modobé Kary, directeur du CDN qui porte le projet avec ES 92. Ce règlement intérieur a pour but de déterminer dans les détails le fonctionnement du Comité de pilotage de la MAPAM et l'organisation de celle-ci. A l'heure actuelle, il est en relecture donc ne sera pas inclus en pièce jointe dans ce rapport.

Nous avons aussi cherché une situation géographique pour l'implantation de la Mapam par rapport aux 3 centres de prise en charge des PVVIH de Moundou. Dans l'idéal, elle devrait être située à équidistance approximative en minute des 3 centres. Ce qui a été repéré pour le moment est de grande qualité mais ne respecte pas ce principal critère d'équidistance. La preuve ci-dessous avec un schéma approximatif de l'implantation envisagée avec les distances en minute de chaque centre.

Recommandations :

Finaliser l'écriture du règlement de la Mapam en y faisant participer les associations qui feront entre autres parties du comité de pilotage et après de l'animation au sein de cette Mapam ;
Chercher un lieu d'implantation le plus équidistant des 3 centres si possible.



XI. Conclusion

Nous n'allons pas reprendre les conclusions et recommandations de chaque paragraphe, il faudra aux lecteurs s'y reporter.

Encore une fois le sentiment de n'être pas resté assez longtemps nous envahit avant de partir. Que de nombreuses séances de compagnonnage ne reste-t-il pas à effectuer !

L'avenant pour les repas servis aux tuberculeux hospitalisés est signé, les patients auront donc un repas tous les jours de la semaine. Les patients sont contents, les soignants et les associations aussi.

La Mapam est bien lancée, il faut rapidement finaliser le règlement et trouver le lieu d'implantation.

Les compagnonnages et les formations pour tous les soignants et les différents services ne doivent pas diminuer, l'UME que nous avons un peu délaissée est très demandeuse aussi.

Les parcours des patients VIH et/ou TB sont bien en place. Nous pourrions analyser les répercussions du parcours du PVVIH en terme de moindre résistance ultérieurement.

Les retombées risquent malheureusement de n'être pas aussi visibles que pour la TB car l'observance est sur du long terme et que les ruptures de stock, toujours trop fréquentes, mettent à mal toute une génération de PPVIH.

Retourner à Bebaem devrait être un objectif haut pour les futures missions.

Suite aux différentes études présentées et donc à la nécessité de repenser l'ETP, il faut réfléchir à : comment pratiquer l'ETP sans être dans l'injonction médicale, pratique professionnelle très forte au Tchad. En miroir, comment penser le compagnonnage sans être nous même dans l'injonction ?

programme de la mission d'avril 2018 (1)

Compagnonnages des IDE VIH de l'HDJ par IDE du Nord + Evaluation du projet ZPV-VIH + Parcours de la Femme enceinte VIH + Projet MAPAM
 Compagnonnage de la Major TB par le médecin + Audit du Projet ZPV tuberculose + Evaluation des repas pour les patient TB hospitalisés + Prise en charge d'un enfant suspecté de TB

E : Emmanuelle
 F : François

Objectifs principaux :

Jour	Horaire	Thème	Public concerné	Responsable ES 92
------	---------	-------	-----------------	-------------------

Lundi 16 avril

Matin		Ndjamena et avion à 14 h 30		E F
Après-midi		Evaluation de la mise en place des repas pour les patients TB hospitalisés	Représentants des 3 Associations (A3V-ACCPVV- CAPI)	E + F
Soirée	19h Repas	Repas	Directeurs (Dobel + Modobé) + Doude	E + F

Mardi 17 avril

Matin	8h - 11h30	MAPAM (CND)	Directeur et Médecins CDN + Associations	F
		Compagnonnage infirmiers HDJ	Infirmiers HDJ (Bertine +Mbairo)	E
	11h30-12h30	Audit Pharmacie	Pharmacienne et CPS pharmacie	F
	11h30-12h30	Compagnonnage CPS HDJ (Elise)	Projet Adolescent et VIH	E
Midi	12h30	Repas (1 sandwich + 1 boisson +1 dessert)	Infirmiers + CPS + assistante sociale et garçon d'accueil HDJ (5)+ Pharmacienne + CPS Pharmacie (2) + Major +infirmier et CPS TB (4) + Doudé et nous soit 14 au total	E + F
Après-midi	13h30-14h	Laboratoire, état des lieux, Charge virale	Personnels laboratoire	F
Après midi	14h - 17h30	Retour sur enquête qualité PEC PVVIH Auto-évaluation du projet ZPV-VIH, Echange de pratique des suivis des PVVIH à l'HDJ (jeux de rôles avec les lutins)	Infirmiers (2)+ CPS (1) + Assistante sociale et Garçon d'accueil de l' HDJ + Pharmacienne (1) + CPS pharmacie	E + F
Soirée	19h Repas	Repas	HDJ + TB + Pharmacie (14)	E + F

Programme de la mission d'avril 2018 (2)

Compagnonnages des IDE VIH de l'HDJ par IDE du Nord + Evaluation du projet ZPV-VIH + Parcours de la Femme enceinte VIH + Projet MAPAM
 Compagnonnage de la Major TB par le médecin + Audit du Projet ZPV tuberculose + Evaluation des repas pour les patient TB hospitalisés + Prise en charge d'un enfant suspecté de TB

E : Emmanuelle
F : François

Objectifs principaux :

Jour	Horaire	Thème	Public concerné	Responsable ES 92
Mercredi 18 avril		Parcours des PVVIH	Soignants de Bebalem	E + F

Jeudi 19 avril

Matin	8h - 12h	Compagnonnage TB et Lutin + Audit TB	Major TB (Angèle) + infirmier + CPS TB	F
		Compagnonnage infirmiers HDJ	Infirmier (Bertine et Mbairo)	E
	11h - 12h	Audit Pharmacie	Pharmacienne et CPS pharmacie	E + F
Midi	12h-13h	Repas	Même que mardi + Invités après-midi	E + F
Après-midi	13h30-14h	Laboratoire, état des lieux, Charge virale	Personnels laboratoire	F
Après-midi	13h - 16h	Prise en charge d'un enfant suspecté de TB (Diagnostic-traitement-suivi)	Services de pédiatrie + CDLS + CDN +HDJ + Med.III (médecins-infirmiers-major)	Doudé + F
	13h - 16h	Enquête PEC Femme et VIH	Infirmière	E
Soirée	19h Repas		Médecins de ville (résultats enquête-Résistance ARV-Efts TB)	E + F

Vendredi 20 avril

Matin	6h ou plus tard	Retour Ndjamen		
Après-midi	?	Rencontre lors du retour sur Ndjamen	Dr Narassem pour retour de Mission	E + F
Soirée	20 h	Repas et Retour Paris		E + F

CPS : Conseiller psychosocial

CND : Centre Nasson Djenandoum

CDLS : Centre Diocésain de Lutte contre le Sida

AVENANT DE LA CONVENTION signée le 30 octobre 2017

Suite à la mise en place de la convention signée le 30/10/2017 entre Entraide Santé 92 et les 3 associations de PVVIH de Moundou (ACCPV, A3V et CAPI), la mise en place des repas au service de la tuberculose est effective depuis le 02/11/2017.

Comme cela avait été conclu entre les différents signataires, des rapports concernant cette activité nous ont été adressés chaque mois depuis le début de l'action. Il en est ressorti d'une part que ces repas constituaient un soulagement pour les patients démunis et également pour ceux qui viennent des villages ; et d'autre part que cela facilitait l'acceptation de l'hospitalisation par les patients. Une des demandes des associations et des patients était que les repas ne soient plus suspendus pendant les week-end car les patients eux sont toujours hospitalisés.

Ce point a été abordé lors de la dernière réunion d'ES92 le 15/03/2018, et validé par l'ensemble des membres présents.

Entraide Santé 92 versera la somme de 645 000 FCFA supplémentaire correspondant à la somme de 15 000 FCFA par week end (7500 FCFA par repas) multiplié par le nombre de week-end restant (43) avant la fin de la convention qui se termine le 28/02/2019.

A compter du 1/05/2018, les associations percevront donc du Dr DOUDEANOU la somme 235 000 FCFA plus 15 000 FCFA multipliés par le nombre de week-end par mois.

Fait en 3 exemplaires à Moundou le 16/04/2018

Association ACCPVV

Représenté(e) par

Y'ang

Association A3V

Représenté(e) par

[Signature]

Association CAPI

Représenté(e) par

Nerci Nenti paro
[Signature]

Entraide Santé 92

Représenté(e) par François Cordonnier
Trésorier d'ES 92

[Signature]

Enquête qualité repas servis pour Patients TB Hospitalisés

I Insuffisance
 B Bon
 M Moyen

CM2

		Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait	Quantité	Qualité	Hygiène	Régularité	Accueil/Horaire
Mardi	Patient 1			✓		I	B	B	B	B
	Patient 2			✓		I	B	B	B	B
	Patient 3				✓	B	M	B	M	B
	Patient 4			✓		I	B	B	(Moyen) B	B
	Patient 5			✓		I	B	B	M	M
	Soignant 1		✓			I	B	B	B	B
	Soignant 2		✓			I	Moyen	B	B	B
	Soignant 3									
Jeudi	Patient 1			✓		I	B	B	B	B
	Patient 2			✓		I	B	B	M	B
	Patient 3		✓			B	M	B	B	B
	Patient 4									
	Patient 5									
	Soignant 1		✓			I	B	B	B	B
	Soignant 2		✓			I	M	B	B	B
	Soignant 3									

Parcours de soins du PVVIH à l'HRM

1) Arrivée du patient à l'HDJ :

- a. Accueil par le garçon de salle : salutations et ☺
 - Récupère le carnet personnel + sort le dossier
 - Prend le poids et la température
 - Patient attend en salle d'attente et sera orienté : renouvellement ARV ou consultation

- b. Consultation avec le Docteur ou l'Infirmier : salutations et ☺
 - Interrogatoire
 - Prise de la tension artérielle, regarde conjonctive et bouche
 - Complète interrogatoire de l'observance, +/- ETP
 - Délivre ordonnance et marque Score observance en rouge en bas

2) Arrivée chez CPS +/- assistante sociale : salutations et ☺

- Regarde score et reprise ETP
- Tamponne l'ordonnance et oriente sur la pharmacie

3) Arrivée à la pharmacie :

- a. Accueil par la pharmacienne : salutations et ☺
 - Regarde score observance et délivre ordonnance +/- ETP
 - Reporte la date du prochain RDV en fonction de la disponibilité des ARV dans l'agenda qui reste en place à la pharmacie
 - Coche ou surligne systématiquement le passage dans l'agenda
 - Adresse systématiquement chez la CPS

- b. Accueil par la CPS : salutations et ☺
 - Demande et vérifie systématiquement les coordonnées du patient et d'une personne de confiance
 - Regarde score observance et Reprise ETP

Patient repart chez lui avec ☺

La CPS de la pharmacie regarde tous les matins dans l'agenda d'observance positionné à la pharmacie tous les non venus de la veille et commence les rappels téléphoniques dès que possible dans les meilleurs délais soit 48 H, aidés dans cette tâche par la CPS de l'HDJ quand c'est possible

Fiche des appels téléphoniques remplie à chaque appel

SUIVI MÉDICAL DE LA PVVIH

Date/...../...../...../.....
Consultant		
Motif (s) visite		
Poids/T.A./T°	/ /	/ /
Examen clinique		
Diagnostic (s)		
CD4		
CV		
Bilan (s)		
Score Observance (0 à 3)		
Prophylaxie CTM		
Traitements ARV		
Autres traitements		
Référence		
Autres observations		
Prochain RDV/...../...../...../.....



Hommage à Elise, CPS de l'HDJ
décédée juste avant notre arrivée

