



MAIRIE DE PARIS 

Rapport de Mission à l'Hôpital Régional de Moundou

TCHAD

Par ENTRAIDE SANTE 92

Mission réalisée du 29 octobre 2017 au 02 novembre 2017

Membres de la mission :

Madame Céline Levacher : assistante sociale, hôpital Louis Mourier (APHP) Colombes 92, Corevih île de France Ouest,

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

Docteur François Cordonnier, médecin généraliste, hôpital Poissy-St-Germain-en-Laye 78, Corevih île de France Ouest,

Rapport mis sur le site www.entraidesante92.org

SOMMAIRE

- I. Résumé de la mission - Préambule**
- II. Convention entre ES 92 et les associations de PVVIH pour la mise en place de repas à servir pour les patients tuberculeux hospitalisés.**
- III. Compagnonnage des infirmiers et CPS de l'HDJ de l'HRM.**
- IV. Le service de la TB, suivi du projet ZPD-TB et MDR.**
- V. Laboratoire, réparation du Gene Xpert pour la charge virale et Wifi**
- VI. Enquête type audit sur la qualité du suivi des PVVIH à l'HDJ.**
- VII. Parcours de soins du PVVIH et mise en place du projet ZPV-VIH le mardi après-midi.**
- VIII. Mise en place du projet de recherche d'enfants autour d'un cas de TB.**
- IX. Pharmacie, audit et analyse des données sur le logiciel**
- X. Recommandations et conclusion**

Annexe I : Programme de la mission.....	P 28
Annexe II : Score d'observance.....	P 29
Annexe III : Score d'observance avec pistes à explorer	P 30
Annexe IV : Fiche de suivi médical.....	P 31
Annexe V : Parcours de soins du PVVIH.....	P 32
Annexe VI : Fiche de rappel téléphonique.....	P 33
Annexe VII : Convention signée des repas aux patients tuberculeux hospitalisés.....	P 34-36

Chaque chapitre est écrit par le ou les responsables de l'objectif alors notés entre parenthèse.

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. Résumé de la mission - préambule

Résumé : Notre mission courte et écourtée par les horaires de l'avion du PAM non favorables pour le temps passé à Moundou fût intense mais placée sous une bienveillance marquée de nos partenaires et de bons auspices permettant la mise en place de nos projets.

-La convention concernant les repas pour les patients tuberculeux a été approuvée par le directeur et signée entre les associations et ES 92, ce qui permet aux associations de reprendre place dans l'HRM. C'est certainement un début pour les associations de mieux se faire connaître des PVVIH, ce qui n'était plus le cas comme le montre très bien l'enquête effectuée.

- Le compagnonnage des infirmiers et CPS de l'HDJ a permis de mieux faire le point sur le parcours du PVVIH à l'HDJ et donc d'adapter le nouveau parcours et la mise en place du Projet zéro perdu de vue pour le PVVIH. Chaque infirmier se répartit chaque jour sa tâche entre les renouvellements des ARV pour l'un et la prise en charge des patients avec symptômes particuliers pour l'autre. Avec du matériel de base apporté (thermomètres et tensiomètres), les fonctions de base d'un infirmier sont réinvesties. Les notions d'observance sont largement évoquées et travaillées de nouveau avec une tonalité plus participative du patient en gommant au mieux l'injonction à la prise des ARV sans compréhension de l'objectif ; la mesure de la charge virale y contribuera amplement.

La CPS, très investie dans son travail est seule ce qui constitue un frein, néanmoins tous les patients ou presque interrogés le jour de l'enquête connaissent et ont déjà participé « à cœur ouvert ».

- Le service de la tuberculose, toujours aussi performant grâce à la motivation intacte des soignants permet de n'avoir dans le suivi des patients tuberculeux que 2,91% de perdu de vue pour un total de 811 nouveaux traités et 5547 passages dans le service. Le suivi des MDR soit 19 patients en 2017 est lui aussi très précis et bien fait.

- Le laboratoire est bien tenu, enfin la remise en marche de la charge virale a été possible grâce à la bonne volonté de tous. Il reste des kits à utiliser avant février 2018. Quand au Wifi, il pourra fonctionner avec une simple clef USB de connexion si on le désire mais qu'il soit permanent n'est pas utile à ce jour.

- L'enquête type audit sur la qualité du suivi des PVVIH à l'HDJ est toujours utile pour démontrer ce que l'on fait et supposait et donne des pistes pour améliorer le parcours du PVVIH à l'HDJ. L'enquête portant sur 68 patients objective la satisfaction de la prise en charge en générale et que les paroles d'encouragement sont toujours bien perçues. Il n'est pas difficile de parler avec les infirmiers ou CPS mais peu d'échange sur les effets secondaires et les patients aimeraient parler plus sur la sexualité et le désir d'enfant. A remarquer qu'ils ont tous été confrontés à des ruptures d'ARV, indépendamment de leur volonté, ce qui est antinomique dans la mesure où il leur est demandé avant tout de prendre leur traitement chaque jour. La question de gratuité et repas servis est aussi mis en avant.

- Le parcours de soins du PVVIH et la mise en place du projet ZPV-VIH : tous les participants ont travaillé à l'élaboration de la formalisation du parcours de soins pour plus d'efficacité et de qualité pour le PVVIH. Chaque professionnel du parcours est bien sensibilisé à son rôle et prêt à le remplir au mieux devant la forte résistance des patients aux ARV vu les premiers résultats de l'analyse des génotypes étudiés. Tout commence par l'observance et l'utilisation si besoin du projet zéro perdu de vue pour les PVVIH si le suivi n'est pas régulier. Espérons que cela contribuera à une diminution des résistances. Voir fiche du parcours de soins du PVVIH.

- Mise en place du projet de recherche d'enfants autour d'un cas de TB : après midi de débrouillage de la situation encore inexplorée au Tchad. Des axes ont été développés pour mettre en place ce projet mais évidemment il faudra créer des moyens humains complémentaires à ceux existants. Voir projet de conduite à tenir pour la recherche des enfants contacts différents en fonction de leur lieu d'habitation sous tendant leur venue plus ou moins facilement à l'HRM pour y être dépisté et/ou traité.

-Pharmacie, audit et analyse des données sur le logiciel : Pharmacie propre et bien tenue, nous espérons tirer quelques enseignements de l'analyse du logiciel Logone dont quelques données ont pu être extraites. Les ruptures d'ARV sont encore trop fréquentes et problématiques concernant l'observance et les résistances. Le personnel est plus investi nous semble-t-il, très participatif dans le nouveau parcours de soins et la recherche de perdu de vue.

Préambule : Contexte de cette mission

Depuis que nous prenons l'avion du PAM pour faire le trajet de Ndjamena à Moundou nous sommes tributaires pour l'organisation des missions des horaires et parfois des changements de dernière minute ou même annulation. Après quelques incertitudes quand aux vols du PAM 15 jours avant notre départ, ceux-ci ont été maintenus et la mission a pu s'organiser. Il faut toujours être vigilant jusqu'à la dernière minute des horaires de l'avion du PAM mais nos partenaires sur place aussi bien à Ndjamena qu'à Moundou sont très aidants. Ils nous font part de la crise que traverse le pays. Actuellement plus d'université à Moundou car les enseignants ne sont pas payés depuis plusieurs mois. La Coton Tchad ne paye pas les agriculteurs qui amènent le coton et est accusée de détournement de fond. Au niveau régional rupture d'ABACAVIR depuis plus de 6 mois et rupture des trithérapies toujours aussi fréquentes.

Ils ont été de plus particulièrement attentifs à notre sécurité. A Moundou, nous avons pu bénéficier, pour tous nos déplacements, de l'aide de Mekila, chauffeur d'Expertise France qui était là pour une mission concernant l'obstétrique avec un médecin et une sage femme de l'hôpital de Poitiers.

Dans notre mission, malgré le mercredi 1^{er} novembre qui est finalement un jour férié à Moundou, le programme prévu a pu être maintenu grâce à la bonne volonté de nos partenaires soignants qui sont venus travailler et de quelques patients qui viennent lorsque la porte est ouverte.

De nombreux objectifs étaient à remplir au cours de cette mission, ils ont tous été atteints avec parfois un peu de chance ; comme par exemple lors de la réparation de l'appareil à mesure de la charge virale ; mais aussi du fait que les préparatifs de cette mission ont été plus accomplis en amont.

Sinon accueil toujours aussi chaleureux et une impression très positive dans l'ensemble avec des services bien tenus et sur le bureau les lutins d'ETP (usés) mais des mallettes d'Esther encore trop bien rangées dans leur carton. De plus un affichage dans chaque pièce de la charte pour une bonne relation soignant-soigné est à remarquer.

II. Convention entre ES 92 et les associations de PVVIH pour la mise en place de repas à servir pour les patients tuberculeux hospitalisés.(Céline)

A- Rencontre avec les associations et signature de la convention pour les repas au pavillon de la tuberculose.

Dès notre arrivée, nous avons conviés 3 membres de chaque association de PVVIH de Moundou (A3V, ACCPVV et CAPI) afin d'échanger sur la convention préalablement établie par ES 92 et de nous mettre d'accord sur l'application de cette dernière avant d'en effectuer la signature par chacune des parties concernées.

Etaient présents pour cet échange:

A3V: Geneviève Odjim (secrétaire), Angèle Moudou (CPS) et Evelyne Denadji (Trésorière)

ACCPVV: Marguerite Alnodji (vice présidente), Geneviève Guelmbaye (secrétaire) et Angèle Djekossé (membre)

CAPI : Merci Memti Daro (présidente), Evelyne Benaidara (secrétaire)

Absents excusés: Luc Nedoumbayel (président ACCPVV) souffrant et Sara Doumkem (présidente A3V) actuellement au village.

Petit rappel sur la convention. Celle-ci prévoit la mise en place de 20 repas par jour du lundi au vendredi soit 5 jours par semaine pour les malades souffrant de tuberculose hospitalisés à l'HRM au pavillon de la médecine 3. Ces repas seront assurés mensuellement à tour de rôle par une des trois associations de PVVIH (A3V, ACCPVV et CAPI) selon un tableau récapitulatif, joint à la convention.

Ce nouveau projet est financé uniquement par des fonds propres de l'association Entraide Santé 92. Il sera réalisé sur une période de 16 mois allant du 1/11/2017 au 28/02/2019 pour un coût total de 3 766 000 FCFA. Cette somme sera remise au Dr Doudéadoum en 3 tranches. La première tranche a été versée lors de cette mission.

Ce dernier remettra ensuite mensuellement 235 000 FCFA à l'association du mois afin d'effectuer la réalisation de ces repas. La somme sera divisée de la façon suivante: 200 000 FCFA pour les repas et les transports liés à leur confection; 35 000 FCFA d'indemnité pour la cuisinière. Celle-ci devra compléter quotidiennement un agenda remis aux associations et y indiquer son nom, le repas servi, et le signer chaque jour. Cet agenda sera gardé au pavillon de la tuberculose.

L'échange avec les associations a été constructif car il avait été préparé par nos partenaires avant notre arrivée ce qui nous a permis de finaliser cette convention dans le temps imparti. En effet, le Dr Doudéadoum avait organisé une rencontre avec ces dernières, à qui il avait remis un exemplaire de la convention. Suite à cette rencontre, les 3 associations s'étaient réunies afin de pointer les choses qui leur semblaient importantes à éclaircir avec nous.

Après un rapide tour de table, la parole a mis un petit peu de temps à se libérer. Puis les points suivants ont été listés :

- L'accord de Monsieur DOBEL, directeur de l'HRM, était incontournable pour que les associations s'autorisent à revenir au sein de l'HRM.
- Quelle cuisine de l'hôpital pourront-ils utiliser ? Celle derrière l'HDJ ou bien la cuisine principale de l'hôpital.
- Demande de masque pour la cuisinière sachant qu'elle va aller distribuer les repas auprès des patients tuberculeux et que sa pathologie la fragilise.
- Demande de tablier et torchons pour la cuisinière, éléments indispensables dans une cuisine mais également des glacières afin qu'elle puisse déplacer la nourriture jusqu'au chevet des malades.
- Les associations ont également abordé leurs inquiétudes sur les difficultés pratiques avec le personnel de l'HRM. Ils appréhendent de rencontrer les mêmes soucis déjà rencontrés lors de la distribution de la bouillie à l'ouverture de l'HDJ où le personnel réclamait quotidiennement une collation au niveau de la cuisine.
- Une autre interrogation concerne l'achat des produits ménagers tels que savon, détergeant et eau de javel. Est ce que cela est pris en charge par l'HRM ou y a-t-il un budget prévu pour ça ?
- Elles se demandent également si les repas à l'HDJ vont reprendre ?
- Dans le cadre de cette nouvelle action, elles ont déjà réfléchi à mettre en place des supervisions afin que le retour des associations à l'HRM se passe dans de bonnes conditions et que la cuisinière ne se retrouve pas seule face au personnel.
- Il existe également une cuisine pour les patients démunis repérés par les Associations. Elles se demandent si certains patients TB font parti de ce dispositif ?

Nous reprenons chaque point avec elles. La convention a été soumise à Monsieur Dobel, néanmoins nous avons prévu de le rencontrer le lendemain et la convention sera abordée avec lui.

Concernant les masques, cette requête est tout à fait justifiée. Nous en avons apporté et en laisseront aux associations afin que la cuisinière puisse avoir un masque par semaine.

Pour le tablier et les torchons, le trésorier d'ES 92 François Cordonnier présent à cette réunion valide cette demande. Par contre pour les glacières cela dépendra du tarif de ce matériel.

Concernant les inquiétudes vis à vis du personnel de l'HDJ : ces points seront abordés avec le Dr Doudéadoum afin que cela soit repris avec l'équipe de l'HDJ.

Pour l'achat des produits ménagers, la question sera évoquée avec Monsieur Dobel afin de savoir si il est possible d'obtenir certains produits sur le budget de l'hôpital.

Concernant les repas au niveau de l'HDJ, nous les informons que cela ne fait pas parti des projets actuels.

Une fois ces différents points éclaircis, une relecture de la convention avec explications sur certains items est faite et la signature est apposée par chaque partie présente avec le remplissage du planning de présence mensuelle par les associations.

Etant donné que le 01/11 est un jour férié; il est décidé que l'action débutera le jeudi 02/11 ce qui laisse du temps aux associations pour s'organiser, et nous laisse de notre côté, le temps de rencontrer Monsieur DOBEL.

Depuis la fin d'ESTHER, mise en place d'un réseau national des associations de PVVIH qui comprend 102 associations. Ce réseau national est ensuite divisé en réseaux régionaux. Les 3 associations font partie du réseau régional du Logone occidental qui comprend 22 associations.

Il existe de réelles difficultés à mobiliser des fonds pour les associations. Leur mission principale est de faire des plaidoyers auprès des partenaires tels qu'UNICEF, Fond mondial, FOSAP pour obtenir ces fonds.

Elles ont déjà obtenu la prise en charge de la scolarité des orphelins.

Les 3 associations ont toujours des locaux mais ne réalisent plus vraiment d'actions au sein de leur locaux ou ponctuellement car elles font face à des problèmes de fonctionnement importants liés à un manque de moyen.

Nous revenons sur l'éventualité de la mise en place d'une permanence associative au sein de l'hôpital qui avait été abordée en 2015. Cette permanence semble aujourd'hui plus facilement réalisable aux associations du fait qu'elles vont déjà réinvestir l'HRM par le biais des repas mis en place auprès des patients tuberculeux. Il est décidé d'aborder cette proposition avec le directeur de l'HRM et le Dr Doudéadoum afin d'obtenir d'une part leur accord et d'autre part de voir si un local serait disponible pour que les associations puissent réaliser cette permanence une fois par semaine à tour de rôle.

L'objectif serait de se faire connaître et de leur redonner une visibilité dans le parcours de soins des patients.

B- Nouvelle rencontre avec les associations afin de finaliser la mise en place des repas

Après la présentation et la signature de la convention le jour de notre arrivée, une nouvelle rencontre est organisée avec les 3 associations le mercredi 1^{er} novembre au sein de l'HRM afin de pouvoir débiter l'action dès le lendemain.

Nous reprenons avec eux l'échange que nous avons pu avoir avec Mr Dobel la veille au soir. Ce dernier est tout à fait d'accord pour que cette action soit organisée au sein de son établissement par les associations. Il met à leur disposition les cuisines de l'hôpital soit celle derrière l'HDJ soit la cuisine principale si besoin. Concernant les produits ménagers, il fournira uniquement les produits pour nettoyer la cuisine (local) mais pas les produits pour nettoyer les ustensiles. Nous avons également abordé avec le directeur et le Dr Doudéadoum le retour des associations par le biais d'une permanence hebdomadaire au sein de l'hôpital tout en posant la question d'un local disponible. Selon le Dr Doudéadoum il y aurait un local disponible mais pas au niveau de l'HDJ. Ce local se trouverait dans la continuité du bâtiment. Mr Dobel quand à lui ne semble pas opposé à cette permanence mais il n'a pas donné de réponse définitive. Les associations sont déjà satisfaites que la question est pu être abordée. Elles pensent qu'il faut attendre que les repas soient bien mis en place avant de solliciter de nouveau le directeur de l'hôpital pour ce projet de permanence associative.

Les associations nous amènent, comme convenu, les tarifs des ustensiles manquants pour la distribution des repas. Finalement l'idée des glacières a été abandonnée suite à un coût trop élevé. Elles sont remplacées par 2 récipients aluminiums.

Ustensiles manquants:

- 2 récipients aluminiums 15 000 FCFA X2

- 2 louches 1000 FCFA X2
- 1 panier pour le pain 2500 FCFA
- 4 torchons 500 FCFA pièce = 2000 FCFA
- 3 tabliers 1500 FCFA pièce = 4500 FCFA

Soit un total de 40 000 FCFA qui est remis par le Dr Cordonnier aux associations afin qu'elles puissent aller au marché chercher ce matériel.

Luc prend la parole pour les 3 associations et parle de leur place retrouvée au sein de l'hôpital. Elles souhaitent que leur retour à l'hôpital se passent au mieux et dans les meilleures conditions. De plus elles ont réfléchi à leur intervention au service de la tuberculose :

- Passage chaque matin chez le major afin de faire le point avec lui sur le nombre de patients hospitalisés pour ajuster le nombre de repas au plus près avant d'aller faire les courses quotidiennement.
- Mise en place d'un système de tickets remis aux patients le matin.
- Récupération des tickets par la cuisinière lors de la distribution des repas.

Les associations et le Dr Doudéadoum se questionnent sur le besoin de repas pour les patients tuberculeux démunis venant en consultation et qui pourraient être plus nécessaires que certains patients hospitalisés. Cette idée demande à être évaluée et alors la convention pourrait être modifiée mais à budget constant.

Les associations souhaitent qu'une rencontre avec le major de la tuberculose en présence du Dr Doudéadoum soit organisée afin qu'elles puissent se présenter et également présenter le déroulement de leur action.

Etant donné que ces deux professionnels se trouvent présents sur l'HRM, cette rencontre a pu être organisée entre ces différents acteurs dans l'après-midi même. Les associations expliquent le déroulement de leur action sur la matinée au major de la médecine 3, Mr Celestin, qui n'y voit aucun inconvénient. Le fait que les repas soient uniquement pour les patients TB et non pour le personnel est repris devant l'assemblée. Pour le lendemain, il est convenu que dans un premier temps, Luc passera récupérer la somme allouée chez le Dr Doudéadoum, puis dans un deuxième temps il passera voir le major pour faire le point sur le nombre de patients hospitalisés.

La cuisinière du mois Yvette qui est présente est donc introduite également.

L'échange se clôture par l'arrivée du matériel acheté au marché à l'hôpital.

Tout est prêt pour le début de l'action.

Notre dernière matinée nous a permis d'assister à la confection de ce premier repas.



Aux dernières nouvelles après un mois de fonctionnement, la distribution des repas se déroulent bien et les associations sont contentes d'être revenues dans l'hôpital et l'entente avec le personnel de l'HRM semble satisfaisante.

III. Compagnonnage des infirmiers et CPS de l'HDJ de l'HRM (*Emmanuelle-Céline*)

Face au chiffre inquiétant du nombre de patients résistants aux ARV de 2^{èm} ligne, et la 3^{èm} ligne n'étant pas encore disponible, l'enjeu principal de ce compagnonnage est de travailler sur l'observance thérapeutique et le parcours du PVVIH.

A) Mardi 31 octobre, 1^{ère} matinée, rencontre et observation : (Bertine/M'Baïro/Emmanuelle)

1) L'équipe de l'hôpital de jour :

1 médecin, Dr Doudéadoum, consultations mardi et jeudi matin

2 infirmier(e)s, Bertine et M'Baïro

1CPS, Elise

1 garçon de salle, Armand et 1 assistante sociale, Adèle

Présents tous les jours ouvrés

2) Organisation :

a) Salle d'attente :

Les patients attendent dehors assis sur le petit muret face aux salles de consultation.

Le garçon de salle récupère à l'arrivée de chaque patient leur carnet de suivi, sort leur dossier médical et les pèse.

b) Salles de consultations :

Il y a 3 pièces de consultation :

1cabinet médical pour le Dr Doudéadoum

2 salles de consultation infirmier(e) :

- l'une dédiée au renouvellement des ARV
- l'autre dédiée aux autres motifs de consultation

Lors de ce court séjour, Bertine a eu en charge le renouvellement des ARV et M'Baïro la consultation pour autres motifs.

3) Compagnonnage avec les Infirmiers

a). Compagnonnage avec Bertine : consultation dédiée au renouvellement des ARV

Bertine m'accueille très gentiment et prend soin de me traduire ses échanges avec les patients qui s'expriment presque toujours en dialecte.

Les patients sont nombreux et il y a une grande charge de travail.

L'examen clinique comporte systématiquement l'observation de la langue et des conjonctives des paupières inférieures.

L'ordonnance est renouvelée et notée dans le carnet de suivi du patient ainsi que sur la feuille d'observation du dossier médical.

Puis le patient est invité à se rendre chez la CPS, Elise, avant de se rendre à la pharmacie.

b). Compagnonnage avec M'Baïro : consultation dédiée aux autres motifs de consultation

Comme Bertine, M'Baïro m'accueille très gentiment et traduit les échanges.

Les motifs de consultation sont variés, il prescrit le plus souvent des antibiotiques, des antalgiques des antifongiques et/ou des examens sanguins.

Il note également le traitement dans le carnet de suivi ainsi que dans le dossier médical.

Lorsque le tableau clinique dépasse les compétences des infirmiers, ils orientent les patients vers le Dr Doudéadoum.

c). Temps d'échange :

En fin de matinée lorsque le flot des patients s'est un peu tari nous en profitons pour échanger.

- Proposition d'inclure dans les consultations la prise des constantes. A cet effet un pèse-personne, deux tensiomètres et 2 thermomètres sans contact ont été apportés. Hélas un des tensiomètres est défectueux. Bertine et M'Baïro maîtrisent parfaitement la prise de tension manuelle.

- Les fiches de surveillance que nous avons préparées depuis Paris et dont ils ont pris connaissance via le Dr Doudéadoum avant notre arrivée ne sont pas pertinentes. Ils ont donc réfléchi en équipe et pensent plus approprié d'utiliser la fiche d'observation du dossier médical déjà en place, quitte à la modifier, plutôt que de créer un nouveau support.

- En revanche l'idée de « scorer » l'observance à l'aide de 3 questions systématiques à chaque consultation est retenue. A ce jour l'item observance existant dans les feuilles d'observation est très rarement renseigné. Je leur propose donc plusieurs versions de questionnaire afin qu'ils choisissent le plus adapté. La version retenue est en **Annexe II**.

- Vous est-il arrivé d'oublier votre traitement au cours des 4 derniers jours ?
- Vous est-il arrivé d'oublier votre traitement au cours du dernier mois ?
- Dans votre vie quotidienne est-ce difficile de prendre votre traitement ?

OUI = 0 point NON = 1 point

L'avantage de ce questionnaire est qu'il est rapide et simple. On obtient un score de 0 à 3

0 indiquant une observance insuffisante et 3 une observance correcte avec possibilité de nuancer entre 1 et 2.

Il est un outil qui permet, même lorsque le temps de consultation est compté, d'aborder et d'évaluer l'observance de façon systématique.

La dernière question permet d'ouvrir si besoin, un questionnement sur la nature des difficultés rencontrées par le patient pour prendre son traitement. A cet effet un mémo de pistes à explorer a été remis à l'équipe infirmier(e), voir **Annexe III**, ainsi qu'un nouveau lutin d'éducation thérapeutique.

L'observance étant la mission de tous, le score doit être transmis à l'ensemble des intervenants (CPS HDJ, pharmacienne, CPS pharmacie) afin que chacun puisse poursuivre l'éducation thérapeutique. Nos échanges s'arrêtent ce jour sur : comment transmettre l'information ?

B) Mercredi 1er nov., 2ème matinée (Drs Doudéadoum/Cordonnier et Bertine/M'Baïro/Emmanuelle)

En ce jour férié il y a moins de patients ce qui permet un temps d'échange plus long.

1) Compagnonnage infirmiers de l'Hôpital de Jour :

a). Evaluation de l'observance : jeux de rôle avec le Dr Cordonnier dans le rôle du patient et M'Baïro dans le rôle d'infirmier pour explorer et s'approprier le questionnaire sur l'observance. Travail sur la façon d'interroger les patients pour que leurs réponses ne soient pas « pour faire plaisir » aux soignants mais reflètent bien la réalité de l'observance ou non-observance. M'Baïro utilise lors de ce jeu de rôle le résultat de la charge virale dans le processus d'évaluation de l'observance.

b). La prise des constantes : poids et température resteront les missions du garçon de salle, la tension artérielle sera prise par les infirmier(e)s.

c). Traçabilité : travail sur l'amélioration de la fiche médicale: simplification et introduction du score d'observance et de la charge virale. Fiche médicale en **Annexe IV**

d). Transmission : pour que le score du questionnaire sur l'observance soit transmis à l'ensemble de l'équipe (CPS HDJ/équipe Pharmacie) et afin que chacun(e) puisse y retravailler avec les patients, il est convenu que le score soit marqué en rouge en bas et à droite de l'ordonnance.

2) Compagnonnage avec Elise, CPS de l' Hôpital de jour (Céline-Emmanuelle)

Elise est en poste à l'HDJ depuis peu de temps (03/2017). Auparavant elle était CPS au sein d'un autre centre et travaillait auprès des enfants.

Les 2 CPS que nous avons rencontrées lors de la dernière mission sur le volet associatif Marie et Elise ne sont plus en poste à l'HDJ. L'une d'entre elle se trouve dorénavant à la maternité et l'autre a été remerciée par le réseau national, sachant que depuis le retrait d'ESTHER c'est à leur niveau que se décide les postes des CPS.

Elise est très investie dans son nouveau poste, mais sa charge de travail est trop importante pour une seule CPS. Depuis l'ouverture de l'HDJ les CPS ont toujours été deux au sein de l'HDJ ce qui semblait nécessaire face à la file active de patients reçus par jour qui est d'environ 40 patients. Après avoir effectué le compagnonnage auprès d'Elise, l'importance d'une 2ème CPS se confirme.

Elle a déjà vu le lutin VIH mais n'a malheureusement pas un exemplaire en sa possession. Deux lutins, un pour le VIH et l'autre pour la tuberculose lui sont remis afin d'avoir un support à présenter aux patients dans l'atelier "A cœur ouvert" ce qui facilitera l'interactivité avec ces derniers.

Afin de justifier de son activité, Elise doit compléter un :

- Rapport mensuel d'activité CPS (UNICEF)
- Registre ARV(UNICEF) suspendu depuis 09/2017
- Registre des nouveaux initiés (1ère ordonnance)
- Cahier des nouveaux patients dépistés CDV.
- Fiche de présence.

Elise nous explique faire remonter régulièrement ses difficultés lors des rapports mensuels en insistant particulièrement sur le fait qu'elle est la seule CPS à l'HDJ. En effet, cela signifie que si elle doit accompagner physiquement un patient aux examens ou à la pharmacie ou encore si elle doit rendre visite à un patient hospitalisé, la permanence CPS est fermée ce qui est dommageable pour les patients.

Elise nous fait également part d'un constat qu'elle a fait depuis son arrivée en HDJ. C'est l'absence de prise en charge psycho-sociale pour les enfants. En effet, l'HDJ reçoit des enfants à partir de 7 ans. Elle nous explique que pour ces derniers, l'atelier à Coeur Ouvert n'est pas adapté, car ils se retrouvent avec des adultes et elle ne peut pas aborder les mêmes choses avec ce jeune public.

Elle souhaiterait mettre en place un groupe pour enfants et adolescents entre 6 et 18 ans, en séparant au moins deux tranches d'âge (6-12 et 13-18). Elle y a déjà réfléchi et est prête à rester un après midi pour animer ce groupe. On sent que ce projet lui tient à cœur.

Elise est également en demande de formation, car on l'a mise à l'HDJ mais elle n'a pas eu de formation spécifique. Son public précédent était des enfants.

Lors du compagnonnage nous nous sommes rendu compte que l'observance était un thème fréquemment abordé par la CPS. Nous avons rencontré une femme qui avait RDV le 07/10 mais revenait le 01/11. Le traitement de la patiente avait été changé suite au problème de rupture, elle était passée d'un traitement à une seule prise le soir à un autre traitement nécessitant une prise matin et soir mais elle n'avait pas compris cette information.

Une autre patiente n'avait pas pris son traitement car trop d'effets secondaires mais elle ne voulait pas déranger le médecin avec ça.

J'ai pu participer à un atelier "A cœur ouvert" avec 27 patients (7 hommes et 20 femmes) se trouvant assis sur le muret en attente de la consultation. Sans aucun outil avec juste sa présence et sa voix, Elise réussit à capter l'attention des patients et à créer une interactivité entre ces derniers. Neuf patients prendront la parole à tour de rôle. Sur ces neuf patients, trois prendront la parole pour dire qu'ils sont en forme grâce au traitement et trois autres pour évoquer les effets secondaires liés au traitement. Cela engendra des échanges riches entre les patients qui pour certains sont traités depuis de nombreuses années (5 à 10 ans) et qui conseilleront de ce fait les patients dont la mise sous traitement est plus récente ; ils feront eux mêmes de l'éducation thérapeutique qui sera reprise par la CPS. Parmi les patients souffrant d'effets secondaires, une femme expliquera que cela dure depuis 2 ans mais qu'elle n'en a jamais parlé au médecin. Certains patients l'inviteront donc à aborder ce sujet lors de sa prochaine consultation avec le docteur. Ils lui expliquent qu'il pourra certainement faire quelque chose pour que les effets secondaires soient diminués. La CPS ira également dans ce sens.

Un patient traité depuis 2010 abordera le problème du coût des examens et des autres traitements et également le problème des ruptures récurrentes ; tout en expliquant "qu'il a bien compris l'importance des traitements et le fait de bien le prendre pour garder une bonne santé et même sa vie mais que ce n'est pas de sa faute si il n'y a pas de traitement quand il va à la pharmacie."

Une autre évoquera simplement son changement de traitement. Une dernière, sous traitement depuis 4 ans évoquera son inquiétude à déménager de peur de ne pas trouver de centre de santé et de traitement dans son nouveau lieu d'habitation. En approfondissant l'échange, elle va se mettre à pleurer et expliquer à Elise que son mari et ses enfants ont déjà déménagé mais que pour conserver son lieu de soin elle a refusé de partir. La CPS, lui demande d'aborder ce sujet avec le médecin afin de voir s'il peut la référer directement dans un centre de santé proche de son nouveau lieu d'habitation. La patiente semble un peu soulagée d'avoir abordé ce problème.

Elise a toutes les compétences requises pour être une excellente CPS. C'est une personne très à l'écoute des patients et de leurs difficultés. Elle a une capacité à les mettre en confiance afin de pouvoir remplir aussi bien son rôle d'éducation et d'information que son rôle de soutien. Dans l'atelier "A cœur ouvert", elle intervient également pour les faire interagir entre eux suscitant des échanges très intéressants.

Après avoir mis en place le système de score sur l'observance (de 0 à 3) avec les infirmiers, Emmanuelle nous rejoint pour l'expliquer à Elise. Le chiffre de l'observance noté en rouge en bas à droite sur l'ordonnance par les infirmiers lui est expliqué pour qu'elle puisse utiliser l'information lors de ses entretiens. Les questions posées par les infirmiers lui sont remises ainsi que la fiche mémo avec les pistes

à explorer pour l'éducation thérapeutique. Nous échangeons sur l'équilibre à trouver entre pointer des problèmes d'observance et valoriser les bonnes prises de traitement.



3) Rencontre avec l'Assistante sociale

Cette rencontre a été très brève et s'est réalisée le dernier jour juste avant notre départ.

Adèle, utilise toujours les fiches qui ont été mises en place au moment de l'ouverture de l'HDI. Nous n'avons malheureusement pas eu le temps de voir avec elle comment ces fiches étaient classées ensuite. Le patient passe par la permanence sociale après avoir vu la CPS. L'ordonnance est une nouvelle fois tamponnée et s'il y a la nécessité d'une notion de gratuité elle peut voir avec la direction de l'hôpital.

Nous nous excusons auprès d'Adèle qui n'a pas été incluse dans l'après midi de travail sur le parcours du patient par oubli. Nous n'avons pas eu le temps de lui présenter le questionnaire sur l'observance et le score inscrit sur l'ordonnance par les soignants afin qu'elle puisse utiliser ce score avec le patient.

C) *Jeudi 2 novembre, 3^{ème} et dernière matinée (Bertine, M'Bairo, Emmanuelle)*

Mise en œuvre pratique de l'évaluation de l'observance aux 2 consultations infirmières.

Affichage du questionnaire dans les 2 salles de consultations + un exemplaire volant plastifié comme «sous main».

Bertine et M'Bairo s'approprient aisément le questionnaire et explorent à chaque consultation l'observance avec les patients. Cela rallonge un peu le temps de chaque consultation mais semble -t-il, de façon gérable.

Le garçon de salle étant absent ce matin là, poids et température sont pris par les infirmiers et chacun va chercher ses dossiers médicaux. La tension est prise systématiquement.

Le score est « tracé » dans le dossier et transmis en bas et à droite par le biais de l'ordonnance.

Synthèse et conclusion :

- L'équipe de l'hôpital de jour est soucieuse d'améliorer sa pratique dans l'intérêt des patients. Il n'est jamais facile de changer ses habitudes de travail et ils se sont appropriés le questionnaire d'observance très rapidement. La difficulté sera peut être de maintenir cette bonne pratique dans le temps et de l'inclure de façon pérenne à chaque consultation.
- Bertine et M'Baïro seraient très désireux de pouvoir bénéficier de formations afin d'enrichir leur connaissance et compétence. De plus, les formations peuvent contribuer à maintenir et nourrir l'engagement et la motivation nécessaires à leur exercice.
- Elise est très engagée dans sa fonction mais rencontre des difficultés liées au fait qu'elle soit la seule CPS en poste à l'hôpital de jour. La charge de travail nécessiterait un 2^{em} poste de CPS. Elle souhaiterait bénéficier d'une formation autour des PVVIH. De plus elle est motivée pour créer un projet spécifique pour la prise en charge des enfants et adolescents
- Une maquette de la feuille d'observation est proposée en annexe de ce rapport. Elle nécessite d'être expérimentée par l'équipe et d'être améliorée si nécessaire. Je n'ai pas compris comment et par qui un dossier médical est créé à l'arrivée d'un nouveau patient, je ne sais donc pas si cette première étape présente des difficultés ou carence.
- Un des tensiomètres étant défectueux, il faudrait donc en apporter un autre à la prochaine mission, ainsi qu'un stéthoscope. Il serait aussi utile d'apporter un tensiomètre pédiatrique car certains patients sont très amaigris et la prise de tension avec un tensiomètre adulte s'avère impossible.
- Lors de nos échanges, M'Baïro nous a fait part d'une autre problématique importante : selon lui environ 30% des patients se présenteraient sans carnet de suivi, sans identification, et même enverraient une tierce personne à leur place pour faire renouveler leurs ARV. Un suivi de qualité et un travail sur l'observance s'avère donc très difficile dans ces conditions. Pour M'Baïro, l'une des raisons de cette situation serait la peur d'être stigmatisé. Devant l'ampleur de cette problématique, il serait nécessaire de réfléchir et d'imaginer des actions visant à diminuer le nombre de ces situations.

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

Initialement la matinée du mardi matin devait être consacrée au compagnonnage d'Angèle, la major de la tuberculose mais celle-ci était encore en congé maternité, ce n'est que partie remise. Elle est remplacée par Célestin, l'infirmier des tuberculoses résistantes. Celui-ci étant bien au fait du fonctionnement et des traitements, le compagnonnage a été remplacé par des échanges sur le fonctionnement et le recueil des données tenu avec grande précision pour les MDR .

Ensuite entretien avec les CPS de la tuberculose, Boniface et Norbert, toujours aussi enthousiastes et performants dans le suivi des patients tuberculeux malgré le fait qu'ils n'ont pas été payé d'avril à octobre. Cette situation s'est régularisée récemment, mi octobre, mais était néanmoins anormale.

Suite à la mission de juin : Le nouveau calendrier de suivi est mis en place avec des patients vus toutes les semaines pendant 2 mois après leur hospitalisation systématique de 15 jours. De plus est instaurée la prise systématique du numéro de téléphone d'une personne référente ou de confiance. L'ensemble de ses mesures contribuent aussi à la diminution des perdus de vue.

Les chiffres parlent d'eux mêmes avec jusqu' à fin octobre seulement 2,9 % de perdus de vue pour 811 nouveaux patients suivis.

Nombre de passage	Nouveaux patients traités	
Janvier	272	71
février	430	82
mars	714	88
avril	819	100
mai	699	79
juin	751	72
juillet	565	73
août	443	87
septembre	485	50
octobre	369	109
Total	5547	811
Nombre appel Tel : 76	non venus : 24	
2017- Nombre PDV (10 mois) : 2,91 % (24/811)		
Nombre PDV 2015 : 8,7 %	PDV national : 15 %	

Pour les patients tuberculeux fatigués des visites à domicile sont réalisées pour leur apporter leur traitement. Environ 2 à 3 visites par mois sont effectuées.

Pour développer leur travail, les CPS aimeraient entreprendre de la prévention pour lutter contre la transmission du bacille tuberculeux. Un des outils de prévention pensé par eux pourrait être d'aller dans des quartiers à forte endémie bien identifiés d'eux-mêmes et de divulguer de l'information et prévention par hygiaphone ou autre moyen à réfléchir. Cela leur permettrait aussi de mobiliser les parents par rapports aux enfants.

Concernant les co-infections TB et VIH, nombreuses au Tchad soit 1/3 des patients tuberculeux, il est mis en place un dépistage systématique des patients tuberculeux pour le VIH par test rapide. Si le test est positif, alors le patient est envoyé au laboratoire pour confirmation et il est dirigé vers son centre de prise en charge choisi (HRM-CDN-CDLS).

Pour les patients MDR, 1 an après la fin de leur traitement, un test sur crachat est pratiqué systématiquement. A noter qu'au cours du traitement le bilan hépatique (asat/Aalat) est effectué régulièrement car prise en charge par une ONG nommée « BASE ».

De janvier à octobre 2017 : 10 patients MDR sont suivis en ambulatoire et ont fini la phase d'hospitalisation de 4 mois.

Une patiente dénommée Blandine XDR est encore hospitalisée.

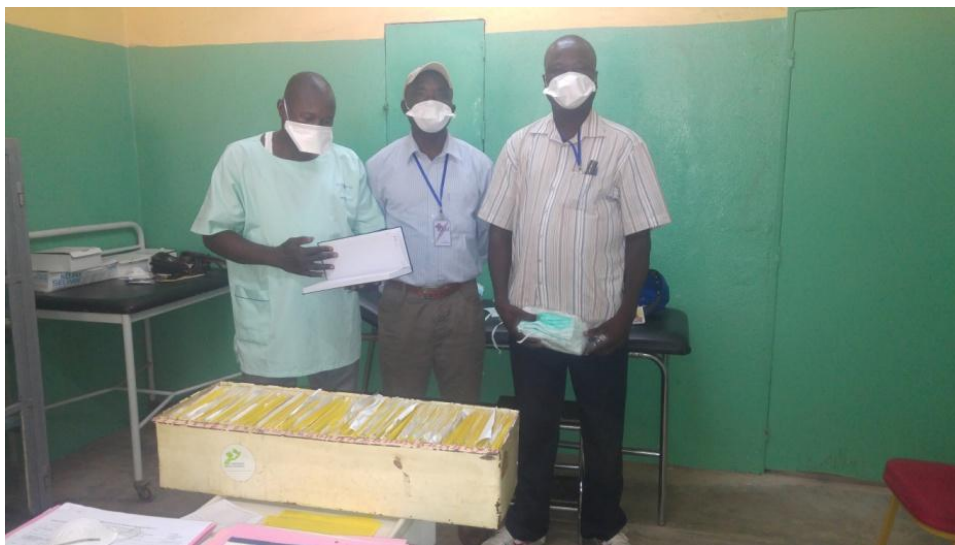
Cinq patients sont hospitalisés entre 0 et 4 mois à ce jour et un patient est décédé le 17 octobre.

Donc à ce jour 15 patients suivis dans cadre MDR + 1 XDR

Trois patients traités en 2016 ont fini celui-ci en 2017, donc au total 19 patients ont été suivi dans le cadre MDR en 2017 jusqu'à fin octobre.

Nous avons apporté de nombreux masques de protection pour soignant (type canard), il faudrait penser à emmener aussi des blouses.

Une demande de formation des CPS est aussi demandée.



V. Laboratoire, réparation du Gene Xpert pour la charge virale et Wifi (François)

L'objectif est de remettre en marche la mesure de la charge virale quantitative pour le VIH et le Wifi qui ne fonctionnent plus. L'installation du Wifi a été effectuée au sein du laboratoire de la tuberculose afin de pouvoir analyser à distance depuis la France les données du Gene Xpert enregistrées et comprendre certaines pannes potentielles.

L'accès à internet pour lequel ES 92 paye depuis 6 mois un abonnement à un réseau ne fonctionne plus malgré les frais engagés pour une maintenance auprès d'un technicien local.

Les installateurs du réseau ou de la maintenance ont de plus modifié les paramètres du Gene Xpert qui ne fonctionne donc plus pour la charge virale mais reste fonctionnel pour la tuberculose.

Le premier novembre tout le monde est sur le pont au laboratoire : Nguetan (le biologiste) encadré de ses supérieurs Timothée et Honorine la nouvelle responsable du laboratoire ainsi qu'Ahmed (le technicien responsable du contrat de maintenance) venu de Ndjamena tout spécialement.

Aussi après les mises à jour du logiciel Gene Xpert sur clef Usb préparée par Laurent Raskine, quelques échanges supplémentaires en direct avec Laurent disponible en France et l'appui du technicien, l'appareil Gene Xpert est de nouveau fonctionnel pour la charge virale. C'est très bien pour un meilleur suivi des PVVIH d'autant qu'il reste sur place **10 boîtes de 10 cassettes à utiliser avant le 11 février 2018** pour mesurer la charge virale quantitative.

Le Wifi quand à lui est enfin réparé et peut fonctionner mais le contrat de maintenance beaucoup trop cher pour une utilisation trop rare n'est pas mis en place le jour même. Une simple clef USB avec connexion Internet peut être installée et un paiement à l'unité peut alors être envisagé pour nos différentes missions.

Le tout a été assez long mais l'objectif atteint grâce au concours de tous.



Résultats du Gene Xpert à ce jour pour la TB, attention il ne reste qu'une boîte de 10 cassettes

Laboratoire Tb HRM. Tests Xpert MTB/RIF 01/2017- 10/2017	
Nombre total de Tests réalisés	143
Nombre de tests MTB -	64
Nombre de tests MTB +/- RIF -	55
Nombre de tests MTB +/- RIF +	24
Nombre de tests refaits	2
Nombre de tests : Erreur, Indéterminé, Invalide	4

Sinon quelques données relevées à la demande de Laurent concernant le bon fonctionnement du laboratoire :

. pour la collecte des crachats et préparation des frottis, des collecteurs et lames sont disponibles notamment à N'djamena, par contre il manque des masques

. pour la coloration à l'auramine ; les stocks sont suffisants jusqu'à mai 2018, les anciens kit ont été utilisés et il n'en reste pas de périmés. Voir la toile cirée sous les bacs à remplacer.

VI. Enquête sur la qualité du suivi des patients. (Céline)

ES 92 décide de pratiquer une enquête à l'HDJ sur la qualité actuelle du suivi des PVVIH. Cette enquête est une sorte d'audit qui permettra au mieux d'évaluer secondairement le nouveau parcours de soins des PVVIH et le projet ZPV-VIH mis en place.

Le Dr Doudéadoum a sélectionné trois enquêteurs. Il s'agit de Djiraibe, Noël et Esther tous trois étudiants.

L'enquête leur est présentée en totalité. Les points leur posant problème sont réexpliqués afin que l'enquête puisse être réalisée de façon complète et dans les meilleures conditions possibles. Une supervision est réalisée sur la première matinée auprès et de chaque enquêteur ce qui favorise les échanges et les réponses aux questions très pertinentes qu'ils ne manquent pas de poser. Ces enquêteurs sont très investis et veulent rester le plus fidèle au questionnaire malgré la traduction en gambaye qui n'est pas toujours évidente. La plupart des patients présents ce jour participeront à l'enquête (38 questionnaires remplis). Ayant appris que l'HDJ devait être fermé le 01/11 nous leur demandons de revenir le 02/11 ce qu'ils acceptent. Par ailleurs, l'un d'entre eux, Noël acceptera de venir le 01/11, il réalisera 9 questionnaires.

Méthode de l'enquête : Questionnaires effectués sous forme d'entretiens directifs avec des questions fermées et ouvertes proposées aux patients en fin de consultation passant à l'HDJ au cours de ces trois jours. Au total 68 patients sur environ une centaine ont accepté d'y répondre. De toute façon, il n'était pas possible d'en faire plus, le questionnaire durant environ 20 mn. La traduction et la personnalité de chaque enquêteur au cours d'entretiens plutôt directifs peuvent induire quelques biais dans les réponses données.

A la fin de la première journée, avec Emmanuelle nous faisons un point avec les trois enquêteurs afin de faire ressortir les idées principales émergentes suite au questionnaire.

Les résultats de l'enquête portent sur **68 patients** passés à l'HDJ lors de notre mission.

a- Tout d'abord quelques informations générales de cette population enquêtée

Total	Homme	Femme	Âge : 20 ==> 68 ans				
			21-25	26-30	31-35	36-40	41-45
			8	5	14	19	8
68 patients	22	46					
			46-50	51-55	56-60	61-65	68
			6	4	0	3	1

	Célibataire	Divorcé	Marié	Veuf
68 patients	11	4	40	13

nb d'enfants	0	1	2	3	4	5+6+7+8	> 10
0==> 12	12	8	13	9	4	17	5
nb d'enfants DCD = 21	11 familles avec 1 enfant décédé et 5 familles avec 2 enfants décédés						

Habitat		Moundou	Village		Collectif	Individuel
		36	17		53	12
Inconnu		15			2	

Temps estimé pour venir à l' HRM entre 0 et 3 h						
entre 0 et 10 mn	15 mn	20 à 25 mn	30 mn	45 mn	1 heure	2h
25	7	5	11	5	5	8

Niveau scolaire		Primaire	secondaire	Bac +	non scolarisé		nsp
		29	15	8	12		4

Activité	Activité		Sans activité		nsp
68 patients	45		22		1

information de sa maladie	Oui	Non	A qui ?	Famille	Famille et autre	Famille et entourage	Entourage seul
	62	6	➔	27	12	16	3

Association	Non Connue	Connue	Laquelle ?	ACCPVV	A3V	CAP1
	48	5	>>>>	3	7	0

b- Le suivi des patients

Patients suivis à l'HDJ depuis quand...								
2006/2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
19	10	2	2	6	6	7	4	10
Patients sous ARV : Tous moins 1								
Patients sous ARV depuis leur première venue à l' HDJ								

Arrêt au cours de la dernière semaine	Non	Oui	Pourquoi ?	Décalage horaire	Cas sociaux	Déplacement	Oubli	Rupture
	42	26	>>>>	6	5	5	4	4

Arrêt au cours du dernier mois	Non	Oui	NSP	Pourquoi ?	Décalage horaire	Cas sociaux	Déplacement	Oubli	Rupture	Eff Sec
	20	36	12	>>>>	2	4	3	6	14	4

Personne de confiance	Non	Oui	NSP	La famille le plus souvent		
	51	15	2	1 désignée à la pharmacie		

c- L'éducation thérapeutique

Vous a-t-on déjà présenté le lutin VIH ?	Non	Oui	Qui ?	IDE	Cps seul	Pharmacie	Soignants
	23	45	>>>>	38	4	1	2

Vous a-t-on déjà présenté d'autres outils ?	Non	Oui	NSP	Qui ?	IDE	Cps seul
	19	44	5	>>>>	40	2

Connaissez-vous "à cœur ouvert" ?	Non	Oui
	12	56

Pouvez-vous aborder tous les sujets à l'HDJ ?	Non	Oui
	11	54

Tous les sujets peuvent être abordés facilement 60 fois sur les 68 patients **sauf sur les effets secondaires et le désir d'enfant dont ils ne peuvent parler 29 fois sur les 60 réponses colligées**

Souhaitez-vous aborder d'autres sujets ?	Non	Oui	Lesquels ?	Avenir/projets	Sexualité
	31	30	>>>>	10	20

Parfois sujets non abordés par causes de manque de temps (7) ou confidentialité (4)

Ensuite concernant les questions à réponses ouvertes, les réponses sont difficiles à mettre en chiffre, aussi :

b) Quels sont les freins à un meilleur suivi

18 fois il n'y a pas de freins

41 c'est surtout l'absence de médicaments

12 fois venir à l'hôpital est difficile

5 fois s'absenter du travail est un problème et 4 fois de venir et faire garder ses enfants aussi

4 fois il est perçu des menaces verbales sur la prise des médicaments

c) Citez 3 points négatifs

14 réponses pointent le coût des examens et les autres médicaments que les ARV

16 fois il est répondu de « venir pour rien » (quand pas d'ARV) est très pénalisant

48 fois on retrouve l'absence ou le retard dans délivrance des ARV

d) Citez 3 points positifs

33 réponses pour remercier des bons conseils délivrés

8 fois sont cités les encouragements des soignants et la gratuité des soins

30 fois sont particulièrement signalés les encouragements venant du médecin

e) Les points à améliorer

Les **68** patients positionnent en premier la mise à disposition des ARV

1 l'augmenter de l'augmentation des soignants

42 parlent d'une prise en charge alimentaire et de la gratuité des médicaments et examens

A la lumière de ces réponses, nous pouvons constater que certainement tous les patients interrogés ont été un jour au l'autre confrontés à l'absence de médicament non de leur fait. Il est évidemment dommageable que ce soit le cas d'autant que nous parlons observance régulièrement.

Il n'est pas non plus toujours facile de se rendre à l'hôpital pour chercher son traitement, notamment tous les mois et en plus quand le patient vient pour rien car il n'y a plus d'ARV, cela doit d'une part agacer et d'autre part démotiver le patient. Ensuite sur les repas alimentaires, certainement beaucoup ont connu les bouillies de l'HDJ et regrettent qu'il n'y en ait plus rien. Quand à la gratuité des examens et traitements, cela démontre bien le niveau de pauvreté dans lequel ils vivent.

Dans l'ensemble les patients ne critiquent pas la prise en charge des soignants et remercient plutôt ceux-ci. Ils apprécient beaucoup les conseils et surtout les encouragements du Dr Doudéadoum qui valorise notamment leur bonne observance.

VII. Parcours de soins du PVVIH et mise en place du projet ZPV-VIH le mardi après-midi : (Céline-Emmanuelle-François)

Présents :

- Les 2 infirmiers de l'hôpital de jour : Bertine et M'bairo
- La CPS de l'HDJ : Elise
- L'infirmière de la pharmacie : Olga
- La CPS de la pharmacie : Geneviève
- Le major de la TB : Célestin
- Les 2 CPS TB : Boniface et Norbert
- L'équipe d'ES 92 : Céline, Emmanuelle et François

A) Introduction :

Présentation du déroulé de l'après-midi avec pour objectif un meilleur suivi des PVVIH et pour l'atteindre nous travaillerons sur le parcours du PVVIH et la mise en place du projet Zéro Perdu de Vue pour les PVVIH (ZPV-VIH).

En 2008, une mission d'ES 92 avait évalué par rapport à la file active 39,7% de perdus de vue soit les non venus après 1 mois de la date prévue.

Par meilleur suivi, nous entendons notamment du côté des soignants un parcours du patient plus efficient (tenu des dossiers, remplissage de la fiche de suivi, recherche et rappel des perdus de vue) et du côté des patients optimiser l'observance pour éviter les échappements thérapeutiques et donc les résistances.

Nous avons pu communiquer officieusement les premiers résultats partiels des 54 génotypes techniqués en France (Professeur C. Delaugerre de L'hôpital Saint Louis AP-HP) à partir de prélèvements effectués sur des moundoulais. Au vu de ses premiers résultats inquiétants sur les résistances à Moundou, chaque soignant peut prendre conscience de la situation et se mobiliser sur les causes de ruptures de traitement et l'observance pour ne pas arriver à cette situation d'échappement thérapeutique. Cette situation est dramatique au Tchad puisqu'il n'y a pas de 3ème ligne de traitement (les anti-intégrases) aussi de nombreux patients ont un avenir de vie compromis.

Retour sur le travail effectué en amont par les intervenants d'ES 92 qui ont travaillé sur de nouvelles fiches de suivi du PVVIH. Nos partenaires moundoulais nous ont renvoyé gentiment à nos réflexions car évidemment à plus de 6 000 km notre vision n'était pas celles de nos partenaires moundoulais. C'est très bien ainsi... nous repartirons sur Paris avec nos fiches.

Néanmoins cela a permis de retravailler les fiches de suivi du dossier médical, sorties à chaque consultation, qui ont été simplifiées et sur lesquelles un questionnaire de score d'observance à été introduit. (Annexe II)

B) Travail de la première partie

1. Questions concernant les représentations de l'observance et de la non observance du point de vue des soignants et des CPS puis échanges autour des réponses.

Synthétiquement les représentations sur l'observance se résument en grande partie au **respect** des rdv, à la bonne prise des ARV et des règles de prescription. La non observance, quant à elle se caractérise par la **négligence** avant tout, soit : non suivi des consignes, non respect des horaires de prises, venues irrégulières. Les causes identifiées de mauvaise observance sont nombreuses et sont les mêmes que celles retrouvées dans l'enquête qualité effectuée auprès des PVVIH. Ces causes vont des problèmes pour se rendre à l'hôpital (distance, travail, argent) aux effets secondaires et aux ruptures d'approvisionnement.

Nous avons discuté autour de ces termes de négligence et respect qui évoquent plus une relation basée sur l'injonction avec le risque que le patient ne la respecte pas ; nous avons alors pu repositionner les valeurs de l'éducation thérapeutique soit plus d'écoute, de participation active du patient, d'autonomie et de recherche commune pour trouver, avec le patient, les solutions adaptées à son quotidien pour être plus observant.

2. Pré conclusion : retour sur la nécessité de travailler chacun sur l'observance mais **avec** le patient.

C) Deuxième partie

1. Présentation par l'équipe de la tuberculose (Célestin, Norbert et Boniface) du projet zéro perdu de vue pour un patient TB (ZPV-TB). Cette équipe va nous faire partager l'historique de la mise en place de ce projet, son fonctionnement actuel avec les adaptations récentes du protocole de suivi et de ses excellents résultats. L'expertise de cette équipe et ce projet, même si la tuberculose est une maladie aiguë avec un traitement de durée limitée à 6 mois, peuvent servir d'appui à la réflexion concernant le projet ZPV-VIH.

2. Puis travail en sous groupe pour réfléchir sur le parcours du PVVIH ; un sous groupe composé par les infirmiers (M'Bairo, Bertine, Célestin, Olga, Emmanuelle) et un autre par les CPS (Elise, Geneviève, Boniface, Norbert et Céline).

D) Troisième partie : Elaboration du parcours du PVVIH et du projet ZPV-VIH

Mise en commun des réflexions et décisions de chaque sous groupe qui permettent l'élaboration du parcours du PVVIH. (Annexe V)

Avec la réalisation du Parcours de soins du PVVIH, mise en place du projet ZPV-VIH avec notamment la procédure de rappel téléphonique ; par qui, quand et avec quels moyens ?

Fiche de parcours du PVVIH ci-dessous sur laquelle nous pouvons remarquer :

a. Que le garçon de salle à l'accueil fait le travail d'un infirmier mais cela semble essentiel dans la mesure où il le fait depuis très longtemps donc en a les compétences et soulage ainsi le travail infirmier.

b. Dans le parcours chaque poste est bien défini, chacun s'y reconnaît et est reconnu par les autres dans sa fonction.

Le projet ZPV-VIH consiste aussi avec le parcours de soins du PVVIH à introduire plus de questionnement autour de l'observance ou non du patient (voir nouvelle fiche de suivi du dossier en Annexe IV) et mieux définir chaque étape. Le rappel téléphonique se fera au niveau de la pharmacie par la CPS car c'est la pharmacienne en remplissant sur le logiciel Logone la date de retour qui s'engage à la marquer aussi sur l'agenda fourni par ES 92.

c. L'association ES 92 a fourni à la CPS de la pharmacie, Geneviève, un téléphone avec des unités pour qu'elle puisse contacter les patients non venus. Elle doit aussi remplir une fiche (Annexe VI) des appels téléphoniques.

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 si possible 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 dans les 48 H, aidés dans cette tâche par la CPS de l'HDJ quand c'est possible.

Fiche des appels téléphoniques remplie à chaque appel.

VIII. Mise en place du projet de recherche d'enfants autour d'un cas de TB le mercredi après-midi : (Emmanuelle-François)

La mairie de Paris soutient Expertise France pour la mise en place d'un programme de dépistage et prise en charge pédiatrique de la TB.

ES 92 a donc pour mission la mise en place d'un projet de repérage, de dépistage et enfin de traitement des « enfants contacts » d'un cas de tuberculose.

Ce projet fait partie d'un des moyens pour atteindre l'objectif de l'OMS d'ici 2035, soit :

Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose d'ici 2035 : cibles et indicateurs



Vision pour 2035

Un monde sans tuberculose

Zéro décès et plus de morbidité ni de souffrances dus à la tuberculose.

But

Mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose

Indicateurs

- Réduire de 95% d'ici à 2035 le nombre de **décès par** par rapport à 2015.
- Réduire de 90% d'ici à 2035 le **taux d'incidence de la tuberculose** par rapport à 2015.
- D'ici à 2035, plus aucune famille ne supporte de **coûts catastrophiques** liés à la tuberculose.

Pour plus d'information se référer sur le site de l'OMS au document suivant :

Lignes directrices concernant la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose OMS 2016

Présents le mercredi après-midi :

- Le Docteur Doudéadoum
- Les 2 infirmiers de l'hôpital de jour : Bertine et M'bairo
- La CPS de l'HDJ : Elise
- Un représentant du CDLS
- Un docteur de pédiatrie ainsi qu'une infirmière
- Le major de la TB : Célestin
- Les 2 CPS TB : Boniface et Norbert
- L'équipe d'ES 92 : Emmanuelle et François

Présentation du projet par le Dr Doudéadoum, il insiste sur son utilité et son côté novateur au Tchad. Puis chacun se présente et décrit rapidement la prise en charge des patients tuberculeux dans son service.

Ensuite chacun réfléchit à ce qu'il peut faire et mettre en place à son niveau. Evidemment ce travail de repérage, dépistage et traitement est une charge supplémentaire qu'il faudra prendre en compte.

Tous les présents sont intéressés à trouver des idées pour effectuer une sensibilisation de masse ; ils demandent par exemple à faire passer des informations dans les quartiers directement, par les chefs de village, par les écoles, par les lieux de culte et aussi par la radio locale.

Pour une prévention plus individuelle, chacun s'accorde à dire qu'il peut au minimum questionner le sujet tuberculeux plus précisément sur son entourage : qui vit sous le même toit et notamment combien d'enfants. On pourra se référer au guide du Sénégal où six questions importantes sont posées à tout cas index avant de débiter son traitement

1. Le patient est-il BAAR (+) ?
2. Combien d'enfants de 0 à 14 ans vivent dans le ménage ?
3. Quel est l'âge de ces enfants ?
4. Ces enfants sont-ils malades ou sains ?
5. Y'a-t-il d'autres personnes dans la maison qui toussent, adultes comme enfants ?
6. Y'a-t-il d'autres personnes qui toussent dans l'entourage ?

A la suite de ce questionnement, deux attitudes se dessinent en fonction du lieu d'habitation, soit :

1- Le patient habite hors Moundou :

- a- Sensibiliser le patient ou l'accompagnateur pour que sa famille ou l'entourage vivant sous le même toit se rende au centre de santé pour une prise en charge. Insister sur les enfants de moins de 10 ans,
- b- Faire un courrier pour le centre de santé
- c- Téléphoner au centre de santé (avoir le numéro de téléphone des centres ou de son référent).

2- Le patient habite Moundou :

- a- Référer enfant, famille et entourage à un référent se trouvant alors à l'hôpital (Infirmier et/ou CPS formés à cette prise en charge). Le référent prescrira le dépistage.
- b- Faire des visites à domicile (VAD), pour mener une enquête « familiale » et sensibiliser sur un dépistage, en insistant toujours sur les enfants.

⇒ puis si le diagnostic est positif [voir les méthodes de diagnostic : crachat, Gene Xpert ou radio, il n'y a pas d'IDR au Tchad] le patient sera alors envoyé au service de la tuberculose.

⇒ Si le diagnostic est négatif et que l'enfant a moins de 5 ans, en fonction de l'état clinique, il peut être mis en place un traitement préventif sur 6 mois si asymptomatique, ou curatif si il existe des signes cliniques.

⇒ Ces protocoles ne sont donnés qu'à titre indicatif et sont donc à repreciser quand le projet verra le jour. De plus la radiographie pulmonaire est payante à ce jour et peut freiner la demande de dépistage.

Tous les soignants sont sensibles à cette recherche d' « enfants contacts » mais en toute logique cela demande des moyens, entre autres ; un CPS ou Infirmier, une salle de consultation, une moto pour effectuer les VAD, un téléphone, etc...

IX. Pharmacie, audit et analyse des données du logiciel Logone *(Françoise)*



Impression très positive à mon arrivée à la pharmacie qui est propre et bien rangée, sans cartons vides qui traînent.

Olga a pris beaucoup d'assurance et est plus à l'aise dans sa fonction. Du reste dans le parcours de soins du PVVIH, elle assumera à sa demande la tenue de l'agenda des RDV avec la CPS Geneviève.

Au niveau des ARV au cours des 6 derniers mois, il y a eu encore quelques ruptures d'approvisionnement: Abacavir depuis début 2017, Truvada et Duomune pendant 2 semaines et enfin Viraday pendant 3 semaines. Evidemment ces ruptures et changements ne facilitent pas l'observance, d'autant que les prescripteurs doivent en cas de rupture changer de molécules, ce qui est une cause de non connaissance du traitement.

Il y a bien une porte de séparation entre la pharmacie et la salle d'ETP de Geneviève mais je ne l'ai jamais vu fermé pour une meilleure confidentialité des entretiens.

L'analyse du logiciel Logone effectué avec Olga va peut être nous permettre d'avoir un indicateur sur les passages à la pharmacie et donc des perdus de vue. Cet indicateur pourrait nous permettre de mieux évaluer les mesures mises en place, notamment la recherche des dossiers de non venus par le Dr Doudéadoum et ses infirmiers et le nouveau parcours de soins du PVVIH avec son agenda permettant des rappels téléphoniques. L'analyse des données demande un peu de temps, donc n'apparaît pas dans ce rapport.



Olga, la pharmacienne



Geneviève, la CPS avec Céline et Emmanuelle

X. Conclusion et recommandations

La Convention entre ES 92 et les associations de PVVIH signée pour la mise en place de repas à servir pour les patients tuberculeux hospitalisés est certainement un plus qui contribuera à la guérison des patients. Celle-ci pourra être réévaluée lors de la prochaine mission, notamment en ce qui concerne de servir des repas à des patients nécessiteux, de passage en consultation, sans perdre de vue que la convention est dédiée en premier lieu aux patients hospitalisés.

Le compagnonnage des infirmiers et CPS de l'HDJ de l'HRM s'il a permis de préciser la fonction de chacun et son rôle dans le parcours de soins du PVVIH mis en place a été un peu court dans le temps. Ce compagnonnage mériterait d'être reconduit sur une période un peu plus longue et d'évaluer ainsi le nouveau parcours de soins du PVVIH. Ce compagnonnage par un infirmier pour les infirmiers facilite les échanges et permet sûrement d'aborder les problèmes d'observance avec plus de simplicité. Tous les partenaires du parcours de soins sont particulièrement sensibilisés à l'observance en prenant connaissance des résultats partiels donnés concernant les résistances aux ARV. Malheureusement celles-ci sont nombreuses et il n'existe pas de 3ème ligne de traitement au Tchad. Cette situation compromet l'avenir de nombreux patients.

La CPS, quant à elle, fait un travail remarquable bien qu'elle soit seule. Elle a aussi un projet de création d'un groupe spécifique pour les enfants et adolescents qui serait effectivement bienvenu.

Le service de la TB, suivi du projet ZPD-TB et MDR, toujours performant permet après adaptation progressive du projet ZPD-TB de n'être plus qu'à 2,91% de perdus de vue sur 811 patients suivi cette année jusqu'à fin octobre 2017.

Le laboratoire bien tenu avec Honorine devenu responsable de celui-ci ne pouvait plus mesurer la charge virale pour le VIH. La réparation du Gene Xpert en permettra de nouveau la mesure. Pour le suivi des patients, c'est un véritable apport, notamment pour « débusquer » les patients non observants pas toujours évident à repérer. Quant au Wifi, il peut être utile au coup par coup lors de nos passages, ce sera possible

Pour l'enquête type audit sur la qualité du suivi des PVVIH à l'HDJ, elle est surtout utile pour faire le point et progresser dans le suivi. Les patients racontent bien leur difficulté par rapport aux ruptures de traitement, mais comment être observant s'il n'y a pas d'ARV dans les pharmacies. Un axe sur lequel le gouvernement tchadien devrait être attentif s'il ne veut pas que les patients meurent de nouveau en grand nombre car arrivant au bout des thérapeutiques actuelles.

Le nouveau parcours de soins du PVVIH et la mise en place du projet ZPV-VIH permettront nous l'espérons de diminuer les perdus de vue. Nous l'évaluerons lors d'une prochaine mission et peut être aussi grâce au logiciel Logone de la pharmacie.

La mise en place du projet de recherche d'enfants autour d'un cas de TB est novateur au Tchad, les protagonistes multiples allant du service de pédiatrie à celui de la tuberculose sont motivés mais reconnaissent tous qu'il faudra des moyens supplémentaires humains comme un infirmier ou CPS formé qui deviendra le référent dépistage et diagnostic.

La Pharmacie, bien tenue avec du personnel motivé prend sa part d'action notamment dans le projet zéro perdu de vue pour le VIH. De la pharmacienne part tout le processus de rappel des patients perdus de vue. Ce projet sera lui aussi évalué lors de notre prochaine mission et adapté s'il le faut.

Beaucoup de demandes de formation de la part de nos partenaires à tous les niveaux. C'est légitime et certainement faut-il y répondre pour viser toujours de meilleures compétences des soignants et donc l'amélioration du suivi des patients atteints de tuberculose et/ou du VIH. Conserver leur motivation intacte peut être aussi une visée de ces formations. Notre association peut y contribuer directement en finançant partiellement ou en totalité des formations spécifiques organisées par de plus grosses structures.

programme de la mission d'octobre 2017 (1)

Compagnonnages des infirmiers VIH de l'HDJ par infirmière du Nord
 Compagnonnage de la major TB par médecin + Audit du Projet ZPV tuberculose
 Mise en place avec les associations des repas pour les patients TB par l'AS du nord
 Mise en place des projets ZPV-VIH et recherche enfants en contact avec patient TB

C : Céline
E : Emmanuelle
F : François

Objectifs principaux :

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

Lundi 30 octobre

Matin		Ndjamena et avion à 14 h 30		C E F
Après-midi	17h-18h30	Mise en place des repas pour les patients TB	Représentants des 3 Associations (A3V- ACCPVV- CAPI)	C E + F
Soirée	19h Repas	Repas	Représentants des 3 Associations (A3V- ACCPVV- CAPI)	C E F

Mardi 31 octobre

		Présentation équipes et mission au Directeur		C E F
Matin	8h - 12h	Compagnonnage HDJ	Major TB (Angèle)	F
		Compagnonnage infirmiers HDJ	Infirmiers HDJ (Bertine +Mbaïro)	E
		Enquête qualité suivi PVVIH	Enquêteurs x 3	C
	11h - 12h	Audit Pharmacie	Infirmière et CPS pharmacie	F
Midi	12h30	Repas (1 sandwich + 1 boisson +1 dessert)	Infirmiers + CPS HDJ (4)+ enquêteurs (3)+ Infirmiers + CPS Pharmacie (2) + Major et CPS TB (3) +Doudé et nous soit 16 au total	C E F
Après-midi	13h30-14h	Laboratoire, état des lieux, Charge virale(wi-fi)	Personnels laboratoire	F
Après midi	14h - 17h30	Echange de pratique des suivis des PVVIH à l'HDJ, Mise en place du projet ZPV-VIH à l'HDJ et des fiches de suivi	Infirmiers (2)+ CPS de l' HDJ(2 ou3) + Major + CPS TB(2) + Infirmier(1) + CPS Pharmacie (1)	C E F
Soirée	19h Repas	Repas	Directeurs (Dobel + Modobé) + Doude	C E F

Mercredi 1er novembre

Matin	8h - 12h	Compagnonnage HDJ	Medecin ou infirmier	F
		Compagnonnage infirmiers HDJ mise en place des fiches de suivi	Infirmier (Bertine et Mbaïro)	E
		Enquête qualité suivi PVVIH	Enquêteurs x 3	C
	11h - 12h	Suivi ZPD-TB	Major + 2 CPS (BK)	F
Midi	12h45	Repas	Même que mardi + prescripteurs antiTB du CDLS et CND	C E F
Après-midi	13h30-14h	Laboratoire, état des lieux, Charge virale(wi-fi)	Personnels laboratoire	F
Après-midi	14h - 17h30	Etat des lieux de la prise en charge de l'entourage d'un patient tuberculeux, notamment les enfants	Services adultes et enfants des TB, délégation régionale, prescripteurs antiTB du CDLS et CND	C E F
Soirée	19h Repas	Retour sur repas TB et qualité suivi VIH	Infirmiers HDJ et MajorTB + CPS HDJ et TB	C E F

Jeudi 2 novembre

Matin	6h ou plus tard	Retour Ndjamena		
Après-midi	?	Rencontre lors du retour sur Ndjamena	Dr Narassem pour retour de Mission	C E F
			Dr Oumar (responsable PNLT du Tchad)	F
Soirée	20 h	Repas et Retour Paris		C E F

CPS : Conseiller psychosocial

QUESTIONNAIRE SUR L'OBSERVANCE

1 - Au cours des 4 derniers jours, y a-t-il eu une ou plusieurs fois où vous n'avez pas pris votre traitement ?

Oui = 0 point

non = 1 point

2 - Au cours de ce dernier mois, y a-t-il eu une ou plusieurs fois où vous n'avez pas pris votre traitement ?

Oui = 0 point

non = 1 point

3 – Dans votre vie quotidienne, est-ce difficile de prendre régulièrement votre traitement ?

Oui = 0 point

non = 1 point

QUESTIONNAIRE SUR L'OBSERVANCE

1 – Vous est-il arrivé **d'OUBLIER** votre traitement depuis la dernière consultation ?

Si oui à votre avis pourquoi ?

1. Le rangez-vous toujours au même endroit ?
2. Le prenez-vous lors des repas ?
3. Devez-vous le cacher à votre entourage ?
4. Associez-vous la prise du traitement avec un autre geste quotidien ?



pistes à explorer

2- Avez-vous rencontré des **DIFFICULTÉS** à prendre votre traitement au cours de ce dernier mois ?

Si oui lesquelles ?

5. Rythme de vie ?
6. Effets secondaires ?
7. N'être pas sûr de son utilité ?
8. Etre obligé de penser chaque jour à la maladie ?



pistes à explorer

3 - Avez-vous parfois été **EMPÊCHÉ** de prendre votre traitement au cours de ce dernier mois ?

Si oui pourquoi ?

- Rupture de traitement à la pharmacie ?
- Déplacement ?



pistes à explorer

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/...../...../...../.....

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

RAPPEL TELEPHONIQUE DES PVVIH PERDUS DE VUE

Code patient	Nom du patient perdu de vue	Date de Rappel	Nombre de jour après le RDV prévu	Motif de non venue au RDV	Noter sur l'agenda le nouveau RDV



LE LOGONE OCCIDENTAL



ENTRAIDE SANTE 92

CONVENTION

Entre

L'association **Entraide Santé 92** dont le siège est 23 rue des jardins, 92420 Vaucresson, France

Représentée par son trésorier, le Docteur François Cordonnier,

Et

Les associations de PVVIH du Logone Occidental

- A3V
- CAPI
- ACCPVV

Il a été convenu ce qui suit

ARTICLE 1 : Objet de la convention

L'objectif de cette convention est, en accord avec le directeur (Monsieur DOBEL) de l'hôpital régional de Moundou (HRM), la mise en place de repas pour les malades souffrants de tuberculose hospitalisés à l'HRM. Il s'agira de réaliser 20 repas par jour du lundi au vendredi. Ces repas seront assurés à tour de rôle mensuellement par une des trois associations de PVVIH du Logone occidental (A3V, ACCPVV et CAPI) selon le tableau ci joint.

ARTICLE 2 : Obligation des cosignataires

Obligation des associations de PVVIH du Logone Occidental

Chacune de ces associations est responsable mensuellement et à tour de rôle de cette activité et répondra individuellement de la mise en œuvre de cette dernière en fonction du tableau défini en annexe 1

Obligation de l'association Entraide Santé 92

Entraide Santé restera à l'écoute des difficultés des associations dans la mise en œuvre de ces repas.

Une rencontre avec les associations sera systématique lors des missions d'Entraide Santé 92 à Moundou.

ARTICLE 3 : Financement

- Entraide Santé 92 versera la somme globale de 3 766 000 FCFA correspondant à des paiements mensuels de 235 000 FCFA sur 16 mois. Cette somme sera versée au Dr DOUDEANOUM en trois tranches. Ce dernier remettra à chaque association la somme de 235 000 FCFA mensuelle pour la réalisation des repas sur un mois en fonction du tableau établi ci joint. Cette somme sera répartie de la façon suivante :
- 200 000 FCFA pour les repas et les transports liés à la confection de ceux-ci.
 - 35 000 FCFA pour l'indemnité versée à la cuisinière.

ARTICLE 4 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de seize (16) mois à compter de la date de sa signature. L'action débutera le 01/11/2017 et se terminera le 28/02/2019.

ARTICLE 6 : Litiges


Les litiges, non réglés à l'amiable, survenant du fait de l'exécution de la présente convention seront portés devant les tribunaux tchadiens compétents.

ARTICLE 7 : Résiliation de la convention


Entraide Santé 92 se réserve le droit de résilier la convention de plein droit en cas de manquements graves et/ou répétés des associations de PVVIH. Les montants engagés seront régularisés à la date de la résiliation.

Fait en 3 exemplaires à Moundou le 30 octobre 2017

Association ACCPVV,
Représenté(e) par

Alnodji Marguerite


Association CAPI
Représenté(e) par

QUE NE RUCI NENTII
DANU 

Association A3V
Représenté(e) par

Odyoum Mbaïdyogoum Geneviève


Entraide Santé 92

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



ANNEXE 1 : Planning conventionnel des repas avec indemnités mensuelles de 235 000 FCFA perçues par les 3 associations

PERIODES	Associations		
	ACCPVV	A3V	CAPI
NOVEMBRE 2017	x		
DECEMBRE 2017		x	
JANVIER 2018			x
FEVRIER 2018	x		
MARS 2018		x	
AVRIL 2018			x
MAI 2018	x		
JUIN 2018		x	
JUILLET 2018			x
AOUT 2018	x		
SEPTEMBRE 2018		x	
OCTOBRE 2018			x
NOVEMBRE 2018	x		
DECEMBRE 2018		x	
JANVIER 2019			x
FEVRIER 2019	x		
Moundou le 30 octobre 2017		Association CAPI <i>Merci</i> Représenté(e) par <i>MENTI DARO</i> <i>[Signature]</i>	
Association A3V Représenté(e) par <i>Odyoum Haidjogoum</i> <i>Genevieve</i> <i>[Signature]</i>		Association ACCPVV Représenté(e) par <i>Alnoorji</i> <i>Marguerite</i> <i>[Signature]</i>	



Dr Doudeadoum



M. Dobel (directeur) et membres d'ES 92

