



ENTRAIDE SANTE 92

GIP ESTHER

MAIRIE DE PARIS

**Partenariat GIP ESTHER
Convention 2012**

Rapport de Mission

Par ENTRAIDE SANTE 92

**A l'Hôpital Régional de Moundou
TCHAD**

Mission réalisée du 12 janvier 2014 au 16 janvier 2014

Membres de la mission :

Madame Cécile Duez : pharmacienne, hôpital Louis Mourier (APHP) Colombes 92, Corevih île de France Ouest,

Madame Mélanie Deloze : diététicienne, hôpital Ambroise Paré (APHP) Boulogne-Billancourt 92, Corevih île de France Ouest,

Docteur Laurent Raskine, microbiologiste clinicien, hôpital Lariboisière, (APHP), Paris,

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

SOMMAIRE

Résumé de la mission (mis sur le site www.entraidesante92.org).....	P 3-4
I. ETP des PVVIH et/ou BK, étude « zéro perdu de vue »	P 5-8
Suivi gynécologiques des femmes séropositives	
Evaluation/formation au niveau de la PTME	
La prison de Moundou	
II. Evaluation/formation à la nutrition	P 9-11
III. Evaluation/formation au niveau du laboratoire des mycobactéries	P 12-17
IV. Conclusion et perspectives.....	P 18
Annexe I : Programme de la mission.....	P 19-22
Annexe II : Nouvelle fiche de suivi de l'étude « zéro perdu de vue »	P 23-24
Annexe III : Fiche de rappel téléphonique	P 25
Annexe IV : Fiche par patient vu par les CPS	P 26
Annexe V : Liste des participants aux formations	P 27-29
Annexe VI : Quizz alimentation.....	P 30-32
Annexe VII : Jeu de cartes alimentation	P 33-37
Annexe VIII : Conclusion et perspectives (mission octobre 2013)	P 38
Annexe IX : Photos.....	P 39-40

RESUME DE LA MISSION

ETP des PVVIH et/ou BK**Objectifs principaux :****Evaluation/formation au niveau de la PTME****Evaluation/ formation à la nutrition****Evaluation/formation au niveau du laboratoire des mycobactéries**

Accueil toujours extrêmement chaleureux de la part du Dr Doudé et des moundoulais. Notre arrivée par l'avion du PAM fût retardée et notre programme perturbé d'emblée mais réalisé cependant dans sa totalité car nous sommes repartis un peu plus tard que prévu.

Notre équipe était composée de Cécile Duez (pharmacienne), Mélanie Deloze (diététicienne) et des docteurs François Cordonnier et Laurent Raskine (biologiste).

Notre mission a donc débuté par une soirée en compagnie de deux représentants de chaque association de patients vivant avec le VIH et le major de la tuberculose. Cette soirée avait pour but l'évaluation du lutin, précédemment créé, d'ETP sur la tuberculose. De nombreuses remarques judicieuses ont été relevées et doivent donc maintenant être prises en compte afin de faire évoluer ce lutin pour faciliter son utilisation et surtout sa compréhension par les patients. Une deuxième soirée a eu lieu avec quelques médecins généralistes de Moundou. Cette soirée a tourné autour du VIH et de la tuberculose. Les débats ont porté sur la tuberculose, son dépistage avec l'algorithme incluant le geneXpert, les nouveaux cas de résistance et l'observance.

Sur le plan de la tuberculose, Cécile et François ont rencontré le major afin de parfaire l'étude en cours sur les perdus de vue. Il a été mis en place un agenda de rdv, un téléphone avec unités pour rappeler les patients non venus, une fiche de suivi des appels passés aux patients non venus aux rdv avec sa procédure. Deux conseillères psycho-sociales (CPS) ont juste été nommées à notre arrivée et Cécile et François ont pu participer à leur formation, par le major, sur l'utilisation du lutin d'ETP sur la tuberculose. Cécile et François ont aussi travaillé, tout un après-midi, avec les CPS de l'Hôpital Régional de Moundou (HRM), du CDLS et du CND sur l'ETP avec la présentation et l'utilisation des lutins concernant la tuberculose et le VIH. Il faudra encore du temps et des formations pour que les infirmiers et les CPS s'approprient ces outils pour mieux les utiliser auprès des patients.

Ils ont également évalué, un après-midi, le parcours des femmes enceintes séropositives pour le VIH et la prise en charge du nouveau-né dans les trois centres de Moundou (HRM, CDLS et CND) en présentant aux sages-femmes et infirmières de ces 3 centres le « Guide National tchadien de délégation des tâches dans le cadre des activités pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ». Cécile et François ont constaté que dans les 3 centres, les pratiques étaient déjà exactement celles recommandées dans ce guide. Il n'y a rien eu à corriger ni à ajouter, les pratiques étant vraiment très bonnes. Seuls manquent actuellement les mesures de CD 4, de la charge virale et les traitements pédiatriques dans ce parcours, ce qui est frustrant pour le personnel soignant qui ne désire que bien faire son travail.

Cécile s'est rendue à la pharmacie des ARV de l'HRM et a fait le point avec la nouvelle infirmière (Olga), responsable de la dispensation des ARV et qui est en poste depuis plus d'un an. Olga semble curieuse, impliquée dans sa fonction et donc demandeuse de plus de formation. Un point a été fait sur le logiciel de dispensation LOGONE avec une mise à jour de certaines données. Sur le circuit des ARV, il a été, comme souvent, mis en avant des ruptures de stock qui portent cette fois-ci essentiellement sur les formes pédiatriques. La présence, depuis un mois, d'une CPS à la pharmacie est un plus mais son rôle reste toutefois à préciser.

De son côté, François a passé une partie de matinée en HDJ pour faire du compagnonnage et a aussi fait la connaissance du nouvel infirmier tout nouvellement nommé. A suivre.

François a rencontré les docteurs Kemian et Némian concernant l'étude sur les frottis de dépistage des cancers du col. Ces deux derniers doivent se rencontrer prochainement pour élaborer une nouvelle stratégie de dépistage afin d'augmenter le nombre de prélèvements.

Mélanie a fait, en collaboration avec Gilbertine (infirmière tchadienne spécialisée en nutrition), l'état des lieux au niveau de l'alimentation en visitant les cuisines du CDLS, du CND et de l'HRM (HDJ, UME et cuisine générale) et en rencontrant les personnels y travaillant. Les principaux problèmes structureux dans ces 3 lieux concernent le manque de matériel et des locaux vétustes et inadaptés pour la plupart avec des règles d'hygiène à redéfinir. Rappelons que les patients sont nourris le plus souvent par les familles sauf dans quelques unités mais que les rations d'où qu'elles viennent sont peu conséquentes et peu élaborées. Il y a donc un travail possible à effectuer à ce niveau... Mélanie a immédiatement acheté un peu de matériel pour faciliter les préparations culinaires. Elle a discuté avec le directeur de l'HRM sur la nécessité d'un 3^{ème} repas le soir notamment dans l'unité de la tuberculose d'où les patients sortent trop tôt pour cause de sous alimentation. Concernant les travaux à effectuer, certains pourraient être rapides puisque le directeur a donné son accord. Enfin, des formations sur l'hygiène (pour les ménagères) et sur l'équilibre alimentaires (pour les infirmières) ont été dispensées, les cuisinières ne pouvant y assister car ne parlant pas le français pour la plupart.

Enfin une visite de la prison a eu lieu. Plusieurs rencontres avec le régisseur de la prison et des soignants (dont le Dr Memadji) ont permis d'évoquer l'élaboration éventuelle d'une future convention tripartite prison-hôpital-Esther. Cette convention porterait essentiellement sur le dépistage et la prise en charge des patients séropositifs et /ou tuberculeux et sur la malnutrition. Actuellement, des dépistages sont réalisés et des aides aux traitements sont apportés mais il faut certainement mieux les systématiser et formaliser. Concernant la situation alimentaire de la prison, Mélanie a constaté, comme dans les centres de santé, la nécessité d'améliorer l'hygiène des cuisines, un manque de matériel et une malnutrition flagrante. François avait déjà visité la prison en 2008 et n'y a pas trouvé de changement malgré des aides financières conséquentes par l'association Prajust ces deux dernières années. Il existe certes une réelle volonté locale de tous pour faire avancer ce projet mais certainement faudra-t-il prévoir une sorte de comité d'évaluation comme cela existe dans les prisons françaises.

Quant à Laurent, il était le plus indépendant de l'équipe (sauf aux formations du soir) par le fait de sa mission au laboratoire des mycobactéries. L'évaluation lui a permis de remarquer que l'équipe du laboratoire est parfaitement opérationnelle tant sur le point de vue de la coloration à l'auramine que du geneXpert. Pour la coloration, les tests d'habilitation des 2 techniciens montrent qu'ils gèrent très bien la coloration et ont obtenu les meilleures notes aux tests. Les stocks des colorants sont suffisants pour un an. Pour le geneXpert, quelques précisions ont dû être apportées aux techniciens pour renforcer leur capacité à analyser les résultats et à bien les transcrire sur le cahier d'enregistrement. Depuis la mise en place du système, 86 tests ont été effectués : à noter un nombre importants de tests non contributifs (en particulier liés aux coupures de courant) et la mise en évidence des 4 premiers patients porteurs de souches résistantes à la rifampicine sur Moundou. Ce dernier point doit faire envisager sérieusement l'organisation de la prise en charge de ces patients au niveau de Moundou mais également au niveau National car d'autres cas existent et vont être probablement bientôt détectés.

Par ailleurs les deux appareils à CD 4 ne fonctionnent plus (l'un pour cause de rupture de réactif et l'autre en interrogation), ce qui est très pénalisant pour le suivi des patients d'autant que l'habitude de s'y référer est prise. Pour finir l'appareil de mesure de la charge virale est présent, il faut qu'il trouve sa place, ce qui ne devrait pas être trop compliqué.

Mission agréable pour tous avec la volonté de chacun de suivre ce qui a été engagé.

Préambule : Contexte du début de mission

Depuis que nous prenons l'avion du PAM pour faire le trajet de Ndjamena à Moundou (raison de sécurité invoquée concernant le voyage par la route), le voyage est évidemment plus rapide et reposant. Mais l'inquiétude demeure sur l'incertitude des horaires de cet avion. La vigilance est requise. En ce qui nous concerne, l'avion à l'aller est parti plus tard que prévu en faisant un détour par Abéché et Sarh. Ce qui d'emblée a perturbé notre programme (**Annexe I**). Retard pris sur notre programme le premier jour mais rattrapé fort heureusement au retour puisque l'avion n'est reparti qu'en début d'après midi.

Arrivée le lundi 13 janvier au soir à Moundou :

Etant arrivé tard vers 16h, nous avons vite été faire une petite visite à la prison de Moundou, ce qui nous a permis de rencontrer le régisseur et plusieurs soignants dont le Dr Memadji. Nous avons fait connaissance et pris date pour revenir visiter les lieux plus longuement la nuit tombant déjà.

Laurent de son côté a vite été au laboratoire des mycobactéries où il était vivement attendu. L'installation du matériel transporté a été tout de suite effective à la grande joie de tout le personnel du laboratoire.

Puis le programme prévu a pu débiter.

La suite du rapport se décomposera en 3 grandes parties, chacune rédigée par les différents responsables des objectifs.

I. ETP des PVVIH et/ou BK (réalisée par Cécile et François)

La première soirée du lundi s'est déroulée autour d'un repas et concernait le lutin, précédemment créé, d'ETP sur la tuberculose. Le but de cette soirée était l'évaluation de ce lutin auprès de deux représentants de chaque association de patients vivants avec le VIH [A3V (Sarah et Martine)-ACCPVV (Gilbert et Luc)-CAPI (Merci et Vladimir)], du major de la tuberculose et du Dr Doudé. Les remarques ont vite fusées et furent judicieuses. Nous les avons relevées et doivent être mises en forme pour faire évoluer ce lutin. Lutin à compléter avec celui en possession du major de la tuberculose que nous avons découvert le lendemain. L'objectif étant de créer un lutin pas trop volumineux, facile d'utilisation et de compréhension pour les patients en ce qui concerne différents points de la tuberculose : la maladie, sa transmission, comment s'en protéger et protéger les autres, la prise du traitement et le respect de sa durée.

Le mardi 14 janvier matin :

Nous avons poursuivi notre programme avec tout d'abord les quelques plaisantes formalités d'accueil et de présentation des uns et des autres (HDJ, pharmacie, laboratoire, diététicienne et directeur adjoint)

Secondairement pendant que Laurent allait dans son laboratoire, Mélanie partait « aux fourneaux » et Cécile et François rencontraient le major de la tuberculose afin de parfaire l'étude en cours « zéro perdu de vue ».

Concernant cette étude « zéro perdu de vue », nous avons :

1- vu avec le major la tenue des fiches. Celles-ci étaient bien tenues. Nous avons trouvé, comme le major, qu'il pourrait être utile de rajouter une mention sur l'hospitalisation ou non du patient et la durée du séjour. Ceci a contribué à l'élaboration d'une nouvelle fiche légèrement modifiée (**Annexe II**). Sur le nombre de perdus de vue, le major ayant été en congé pendant un mois, il n'a pas pu ce jour nous donner de chiffre d'autant qu'il n'avait pas formé ses adjoints pour la réalisation de ces fiches comme cela aurait dû être fait. Il peut et doit reprendre ces données dès le retour de ses congés. Après une vérification aléatoire, nous avons estimé entre 7 et 8 perdus de vue sur les 70 premières fiches tenues. Nous avons aussi remarqué qu'il existait souvent un décalage entre la venue réelle du patient et la date de son premier RDV prévu.

Une nouvelle rencontre aura lieu le lendemain avec le major de la tuberculose pour lui verser des indemnités d'intéressement à l'étude « zéro perdu de vue ». Ces indemnités sont directement prises en

Moundou Janvier 2014 *Entraide Santé 92*

charge par l'association Entraide Santé 92 et constituent une valorisation du travail supplémentaire que constitue cette étude. Il lui a été versé une indemnité correspondant aux 100 premiers patients suivis.

2- finalisé la procédure de rappel des patients traités avec :

- la mise en place d'un agenda de RDV (apporté de Paris),
- l'achat d'un téléphone et d'unités d'appel pour rappeler les non venus,
- la création d'une fiche de tenue des appels pour les RDV non honorés et sa procédure de nouveau

RDV. Il est convenu qu'au bout de 3 RDV de suite non honorés, le patient peut être considéré comme perdu de vue ou moins si le patient est injoignable (**Annexe III**).

3- participé à la formation des deux CPS (qui furent nommées juste à notre arrivée le mardi matin) par le major sur l'utilisation du lutin d'ETP sur la tuberculose, lutin devant faciliter les conseils apportés aux patients notamment après leur sortie de l'hôpital et aboutir à une meilleure observance du traitement sur les 6 mois que dure celui-ci. Cette durée de traitement n'est pas toujours facile à faire respecter par les patients car dès qu'ils se sentent mieux une bonne partie arrête le traitement (au moins 1/5); c'est alors la source de rechute, de décès, de résistance et de nouvelle contamination. Formation à la pratique du rappel du patient avec explication sur cette fiche de suivi. Création d'une autre fiche (**Annexe IV**) par patient vu par les CPS où il faut uniquement marqué que le patient a été vu.

Le mardi 14 janvier après-midi :

Séances concernant l'ETP pour les CPS et soignants de l'HRM, du CDLS et du CND (**Annexe V**). Nous avons travaillé avec le lutin de la tuberculose et celui d'Esther sur le VIH qui va être officialisé en avril. Ce dernier a reçu un vif succès mais nous ne l'avons pas encore diffusé bien évidemment. Plusieurs jeux de rôle nous ont permis de montrer comment utiliser ces lutins et de discuter autour de l'ETP. Prendre le temps d'écouter le patient et de ne pas délivrer de trop nombreux et trop directifs messages furent notamment rappelés comme moyens d'arriver à l'objectif fixé. **Il faudra cependant encore du temps et des formations pour que les infirmiers et les CPS s'approprient ces outils et ces techniques concernant l'ETP.**

Une deuxième soirée d'échanges a eu lieu le mardi soir au cours d'un repas avec quelques médecins généralistes (au nombre de six plus le Dr Doudé) de Moundou autour du VIH et de la tuberculose, les débats ont beaucoup concerné la tuberculose, son dépistage avec l'algorithme décisionnel incluant le geneXpert et les nouveaux cas de résistance; d'où les nombreuses discussions sur l'observance du traitement.

Le mercredi 15 janvier matin :

Compagnonnage pour François à l'HDJ avec M'Bairo l'infirmier en place depuis plusieurs années avec Paul qui continue de consulter en plus de ses nouvelles fonctions de major. M'Bairo encadrerait le nouvel infirmier arrivé à l'HDJ depuis la veille. Un travail certain de formation reste à effectuer pour ce dernier. A noter plusieurs cas intéressants qui nécessiteraient un compagnonnage plus fréquent pour évoluer dans les pratiques, ce serait bénéfique pour l'infirmier et donc pour les patients.

Par exemple, l'appareil des CD4 en panne depuis quelques mois risque de freiner la mise sous ARV de certains patients. En effet, certains réflexes cliniques peuvent se perdre très vite et l'attente des CD4 retarder la mise sous ARV de certains patients dont de toute évidence clinique, il ne faut pas attendre.

Rencontre avec le docteur Kemian (gynécologue) à sa clinique privée concernant **l'étude sur les frottis de dépistage des cancers du col chez les femmes séropositives pour le VIH.**

Les chiffres donnés sont précis et les fiches sont bien tenues. A ce jour, 68 prélèvements ont été effectués dont les résultats sont les suivants :

- 3 frottis normaux
- 15 lésions intra-épithéliales de bas grade
- 2 lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade
- 1 carcinome épidermoïde moyennement différencié mature infiltrant l'endomètre
- 1 carcinome épidermoïde bien différencié du col
- 18 prélèvements ont été envoyés au Dr Némian pour analyse

Cependant sur les 300 prélèvements prévus, cette étude avance peu pour différentes raisons inhérentes :

- 1- aux problèmes de recrutement (les patientes les plus nombreuses viennent du CND), sur 10 patientes envoyées seule 3 se présentent,
- 2- à de nombreuses infections préexistantes et des antibiotiques sont alors prescrits (ce qui représente un certain coût financier)
- 3- l'envoi dans une clinique privée avec ses pratiques contribuent aussi à une mauvaise acceptation de ce suivi par les patientes.

Le Dr Némian (anatomo-pathologiste à Ndjamenana analysant les frottis), rencontré lors de notre retour à Ndjamenana, préoccupé par le faible nombre de prélèvements effectués, **propose d'élargir aux infirmières ou sages-femmes des différents centres l'autorisation de faire des frottis dans le cadre de cette étude.**

Le Dr Némian doit descendre à Moundou pour discuter de tout cela avec le Dr Kemian.

De son côté, Cécile s'est rendue à la **pharmacie des ARV** et a fait connaissance avec la nouvelle infirmière (Olga), responsable de la dispensation des ARV, et avec la CPS de la pharmacie.

Olga est en poste depuis plus d'un an et semble impliquée dans sa fonction. Olga avait un certain nombre de questions par rapport au logiciel de dispensation des ARV (logiciel Logone). Pour rappel, diverses données relatives au patient et au prescripteur sont enregistrées dans le logiciel Logone et chaque dispensation d'ARV y est tracée. Suite à la demande d'Olga, certaines données ont été mises à jour dans le logiciel et des explications sur l'utilisation de certaines fonctions du logiciel ont été données. L'emploi du logiciel Excel® a également été expliqué à Olga.

Durant cette visite, une vingtaine de patients sont venus chercher leur traitement ARV à la pharmacie. Bien qu'une majorité de ces patients soit venue chercher leur traitement en retard par rapport à la date théorique de dispensation, Olga a dispensé les traitements sans demander d'explications sur le retard et elle n'a fait aucun rappel sur l'importance de la prise quotidienne des traitements. Ce point est donc à améliorer d'autant plus que le logiciel Logone permet de savoir facilement si les patients sont en retard ou non. En effet, lors de la dispensation des ARV, le logiciel de dispensation «fixe», selon le nombre de comprimés dispensés, la prochaine date théorique de dispensation. Le logiciel de dispensation permet donc de détecter les patients non observants. Malgré cette aide, Olga dispense les traitements ARV de la même manière entre les patients observants et les patients non observants.

L'autre point à améliorer est la détermination du rôle exacte de la CPS au sein de la pharmacie. En effet, le rôle actuel de la CPS est de donner les boîtes de médicaments à Olga quand celle-ci lit une ordonnance. Il est donc important de définir le rôle exacte de la CPS et notamment un rôle dans l'aide à l'observance thérapeutique des patients. LA CPS pourrait, par exemple, rencontrer les patients ayant des problèmes d'observance et leur faire de l'éducation thérapeutique.

Concernant le circuit des ARV, les commandes sont faites tous les 2 ou 3 mois en fonction du stock à la pharmacie et un inventaire est réalisé chaque mois.

Actuellement, la pharmacie rencontre des ruptures de stock sur les formes pédiatriques.

Le mercredi 15 janvier après-midi

Evaluation du parcours des femmes enceintes séropositives pour le VIH et la prise en charge du nouveau-né dans les trois centres de Moundou (HRM, CDLS et CND) (Annexe V) en présentant aux sages-femmes et infirmières de ces 3 centres le « Guide National tchadien de délégation des tâches dans le cadre des activités pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ». Nous avons constaté que dans les 3 centres, les pratiques étaient déjà exactement celles recommandées dans ce guide. Il n'y a rien eu à corriger ni à ajouter, les pratiques sont vraiment très bonnes. Seuls manquent dans la réalité les mesures de CD4, de la charge virale et les traitements pédiatriques ce qui est frustrant et désolant pour le personnel soignant. Celui-ci ne désirent que bien faire son travail pour une meilleure qualité de soin et de conduite à tenir pour éviter de nouvelles transmissions du VIH de la mère à l'enfant.

Jeudi 16 janvier matin :

Rencontre de tous les participants de la mission avec le directeur de l'HRM pour lui faire un retour de notre travail avec les premières constatations et les points possibles à modifier dans l'immédiat.

Tournée des différentes cuisines (HRM, CDLS et CND) avec Mélanie pour remettre aux cuisinières les ustensiles achetés après les charlottes et tabliers (apportées de Paris) remises par elle la veille. Ces dernières étaient déjà portées lors de notre passage. La mise en pratique des connaissances acquises fût rapide et concrétisée par ce matériel supplémentaire donné.

Visite de la prison :

Nous avons déjà rencontré tous les représentants de la prison de Moundou le jour de notre arrivée sans avoir eu le temps de la visiter. Puis nous nous étions tous réunis le mardi soir pour discuter étant la seule occasion de rencontrer plus longuement le Dr Memadji. Ces premières rencontres ont permis au régisseur de la prison et aux soignants de nous expliquer le fonctionnement de la prison en général et des soins qui y sont apportés. Ils ont pu aussi exprimer leur attente d'une future collaboration.

Nous percevons déjà que, outre les mesures à mettre en place pour le dépistage et pour une prise en charge des personnes vivant avec le VIH et/ou la tuberculose sur leur suivi et l'accès au traitement, un problème sous jacent essentiel concerne celui de l'alimentation.

Notre visite confirma des conditions de détention désastreuses entre le manque de place et de condition d'hygiène élémentaire. Imaginer une grande cour de 1000 m² dans laquelle vivent environ 400 détenus et pour dormir une dizaine de grande salle de 50 m² contenant chacune une quarantaine de personnes. Une des salles est réservée aux détenus malades. On peut vite imaginer que ces conditions de promiscuité et d'hygiène favorisent la diffusion des maladies entre les détenus.

Déjà une organisation médicale existe :

Premièrement la visite médicale (prise de poids et inspection) des nouveaux entrants en prison et de leur signalement en cas de problèmes médicaux. Signalement pouvant aboutir à des examens et des traitements prescrits en fonction de l'urgence ou du besoin soit par le médecin de l'hôpital (où le détenu peut se rendre avec facilité), soit par le Dr Memadji qui lui peut se déplacer ou recevoir à son cabinet privé.

Deuxièmement pour le suivi médical des détenus assuré essentiellement par les deux infirmiers sur place dans une pièce qui ne ressemble pas à une infirmerie. En complément, une visite de tous les détenus tous les 6 mois environ est assurée par le Dr Memadji dans cette pièce ou dans une autre plus grande qui sert de bibliothèque. D'un point de vue du dépistage, les examens (prise de sang et radiographie pulmonaire) peuvent être effectués à l'hôpital et la prise en charge gratuite comme pour le reste de la population. Il n'y a plus sur place de kit de dépistage du VIH. Quand à la pharmacie, elle est vide.

Enfin les cuisines se résument à un espace abrité en dehors de la cour de détention où des détenus préparent dans un grand chaudron « la soupe du jour », hygiène et manque de matériel comme de nourriture sont flagrants.

François qui avait déjà visité la prison en 2008 n'a malheureusement trouvé aucun changement et cela malgré un partenariat récent de deux ans avec l'association Prajust. Ce partenariat s'est arrêté fin 2013.

Perspectives : Evidemment jeter les bases d'une future convention tripartite prison-hôpital-Esther est utile et pourrait porter essentiellement sur le dépistage et la prise en charge des patients séropositifs et /ou tuberculeux sans oublier celle de la malnutrition qui est essentielle si l'on veut arriver aux objectifs fixés par cette convention. Nous ne pouvons cependant nous substituer au gouvernement concernant l'exiguïté des locaux et leur hygiène source de transmission de ces maladies.

Une réelle volonté locale de tous les partenaires à cette future convention existe. Cependant, il faut tout de suite l'envisager dans le cadre du déménagement très proche (quelques mois) de la prison à 10 km de Moundou et des problèmes d'accès aux soins que cela peut créer (une fourgonnette de transfert jusqu'à l'hôpital est pensée).

De plus, un comité d'évaluation (dont les membres seront importants à définir) pourrait être inclus dans cette convention comme cela existe dans les prisons françaises. Ce comité devrait se réunir 1 à 2 fois par an et être garant de l'avancement et du bien fondé des actions menées dans le cadre de cette convention.

Jeudi 16 janvier midi : départ en catastrophe pour l'aéroport de Moundou à 13h pour l'avion de 14h (annoncé la veille à 10 h puis 12h) puis ... finalement avion à 15h heure locale et non 14 h TU.

Arrivé à Ndjamena, rencontre avec le Docteur Némian, dîner puis départ pour l'aéroport.

II. Evaluation/ formation à la nutrition (réalisée par Mélanie)

Objectif : Etat des lieux sanitaire et alimentaire de l'hôpital régional de Moundou, de la prison, du CDLS et CDN

Lundi 13 janvier

- Entretien avec le régisseur de la maison d'arrêt de Moundou et ses collègues de la santé.
- Repas avec les associations et rencontre avec l'infirmière spécialisée en nutrition : Gilbertine

Mardi 14 janvier

En collaboration avec Gilbertine.

Matin :

- Entretien avec le major de la tuberculose, très intéressé par la situation alimentaire, sur l'organisation des repas dans son service : Petit déjeuner et déjeuner (uniquement pour les personnes ayant rempli un dossier social) du lundi au samedi.
- Entretien avec la chef cuisinière, visite de la cuisine du CDN :

13 340 patients et repas servis en 2013 financés par ESTHER.

Deux ménagères de l'association A3V réalisent les repas.

Repas proposés : Riz ou haricots ou bouillie avec une sauce à l'oseille ou au gombo avec huile d'arachide et poisson séché.

Un atelier culinaire par mois financé par le « projet grandir » de Sidaction pour expliquer aux parents comment nourrir leurs enfants. Repas proposé : Riz, poisson ou viande frais, oseille et huile d'arachide.

Une pièce sèche et fermée pour ranger les denrées et le matériel. Un point d'eau. Un feu protégé par une taule.

Il manque du matériel :

- pas assez d'assiettes, tasses, cuillères pour les patients, de marmites et louches pour la cuisine et de bidon pour conserver l'eau
- pas de rangement pour le matériel
- pas de tenue pour la préparation et le service des repas
- pas de bilan de santé régulier pour les ménagères
- pas de lavage des mains

- Visite de la cuisine du CDLS :

Deux ménagères. 30 à 60 repas servis par jour. Bouillie ou haricots. Un point d'eau.

Pas assez de matériel également. Pas de tenue et pas de bilan de santé régulier.

Après-midi :

- Formation aux infirmières de l'hôpital régional de Moundou sur les bases de l'alimentation :

Quizz de connaissance= pré test (**Annexe VI**)

Diaporama sur les nutriments, leurs rôles, où les trouver...

Jeux de cartes pour mise en pratique des connaissances (Annexe VII)

Cas de patients sur les effets secondaires des ARV (diarrhées, nausées, vomissements...)

Quizz de fin de session= post test (Annexe VI)

Soir :

- Dîner avec les médecins de ville.

Mercredi 15 janvier

En collaboration avec Gilbertine

Matin :

- Visite de la cuisine d'HDJ :

1 ménagère. Pas de point d'eau. Un feu sous une taule. Pas de sol cimenté. Positionnée entre les toilettes. Manque de matériel, de tenue et de bilan de santé régulier. 60 repas par jour environ. Riz + haricots.

- Visite de la cuisine centrale :

2 ménagères + 1 responsable de cuisine, habillés d'une blouse noire.

Cuisine fermée avec eau et électricité et paillasse carrelée. Présence d'une cuisinière à charbon inutilisée car charbon trop onéreux. Du coup, feu réalisé dans la cuisine qui enfume toute la pièce et a brûlé tous les murs.

Un frigo inutilisé car pas de denrées périssables.

Repas (uniquement pour les personnes ayant rempli un dossier social) :

Bouillie enrichie : farine de blé, pâte d'arachide, sucre, citron, eau

Déjeuner : riz, huile d'arachide, gombo, oignons, poisson séché

Pas de dîner par manque de budget

Approvisionnement aléatoire donc quelques fois le déjeuner est absent

Manque également de matériel et de rangement.

- Unité mère-enfant :

Les infirmières mesure et pèse l'enfant à son arrivée. Si l'enfant est malnutri, elles donnent de la farine MISOLA et du lait NIDO (en poudre) pour une semaine financés par ESTHER.

Besoin de balance pour les enfants de + 6 mois et d'outils pédagogiques.

La cuisine est fermée avec électricité et paillasse carrelée.

Présence d'un réchaud électrique hors d'usage donc feu réalisé dehors.

Manque de matériel également.

Démonstration culinaire 1/semaine pour les mères arrêtée par manque de budget.

- Pédiatrie :

Pas de budget pour l'alimentation. Les infirmières expliquent aux mères ce que doit manger l'enfant et les mères rapportent à manger à l'hôpital. Durée moyenne de séjour réduite de 1 à 2 semaines au lieu de 4 semaines.

Pas d'outil pédagogique ni de toise, pèse bébé et MUAC.

Mercredi après-midi :

- Compte rendu, formation hygiène et distribution de charlottes et tabliers jetables aux 12 ménagères et responsables de cuisine présents

- Compte rendu de l'état des lieux au directeur adjoint
- Achat de matériels au marché de Moundou : 36 assiettes, 5 seaux à couvercles pour l'eau, 70 cuillères, 50 gobelets et 5 petits bassins à répartir dans les 5 cuisines

Jeudi matin :

- Gilbertine a fait une formation sur la malnutrition aux infirmières avec le Dr Doudé
- Bilan avec le directeur de l'hôpital, se reporter à la conclusion.
- Visite de la prison :

Détenu pesé et mesuré à l'entrée, IMC calculé. Si malnutrition, une bouillie est donnée en plus dans la matinée. Sinon bouillie ou haricots le matin et déjeuner à 14-15h. Pas de repas le soir.

400 à 500 détenus.

Manque de matériel et d'hygiène.

- Distribution du matériel aux différentes cuisines

Conclusion

En accord avec le directeur :

- Recherche d'un partenariat pour la pédiatrie
- Absence de dîner à l'hôpital : recherche de fonds ou de solutions
- Manque de matériel et tenues: recherche de fonds ou de solutions
- Création d'outils pédagogiques adaptés
- Locaux : mettre un sol cimenté dans la cuisine de l'HDJ, déplacer le feu de la cuisine centrale dans le préau à côté, nettoyer et repeindre la cuisine centrale
- Bilan de santé régulier pour les ménagères

Perspectives

- Transmettre des tenues et des outils pédagogiques lors des prochaines missions entraide santé
- Suivi des travaux et de la mise en place des bilans de santé
- Perfectionnement des connaissances diététiques
- Formation du personnel sur l'hygiène
- Evaluation de la mise en place des outils pédagogiques transmis précédemment (adaptés, utilisés ou non,...)
- Création d'un potager clôturé
- Création de matériel en terre cuite provenant du Logone comme la fabrication de leurs briques ?

III. Evaluation / formation au niveau du laboratoire des mycobactéries (réalisée par Laurent)

L'objectif de cette mission était d'évaluer l'activité du laboratoire « tuberculose » après 4 mois de fonctionnement.

L'activité du laboratoire est partagée en deux parties.

Tout d'abord, assurer le diagnostic de la tuberculose par un examen direct des frottis d'expectorations des patients après coloration. Cette technique de coloration mise en place au mois de Septembre 2013, utilise un composé fluorescent l'auramine. Les frottis colorés sont examinés au microscope à fluorescence équipé d'un système LED. Cette méthode remplace maintenant en routine la coloration de Ziehl Nielsse.

Ensuite confirmer ce diagnostic par une technique de biologie moléculaire, permettant de détecter la présence du complexe tuberculosis dans les expectorations et de mettre en évidence des mutations dans un gène (rpoB) conférant la résistance à la rifampicine.

1-Observation générale sur le laboratoire :

Les locaux : Le laboratoire des Mycobactéries est donc une structure indépendante du reste du laboratoire avec une entrée spécifique, et strictement dédié au diagnostic de la tuberculose. Nous avons constaté cependant des éléments d'installation à reprendre.

- La climatisation tout d'abord ou curieusement l'eau de condensation s'écoule à l'intérieur du laboratoire et directement sur les paillasse ou se trouve d'une part le microscope et d'autre part le système Xpert. Il convient donc de remettre ce circuit d'eau dans le bon sens pour éviter des courts circuits potentiels pouvant endommager voir détruire le matériel récemment installé.
- La poignée de la porte séparant le sas d'entrée de la salle de coloration est défectueuse, et ne permet pas une fermeture adéquate.
- Les prises électriques sont pour la majorité, descellées du mur, ce qui augmente notablement le risque d'endommagement des appareils, et de risques pour le personnel.
- Il est nécessaire de prévoir des rangements sous paillasse, afin de dégager au maximum les surfaces de travail.

L'équipe : est composée de deux techniciens, Ngueitan Temadji et Alain Ngakoutou. Ces deux techniciens se répartissent le travail quotidien. Nous avons réévalué leur pratique. En particulier un test d'habilitation pour la coloration et la lecture des frottis a été proposé. Les résultats sont excellents. Cette équipe est supervisée par Honorine et Léon le responsable du laboratoire

Le matériel : Le microscope équipé d'une lumière LED, permet une bonne lecture des lames colorées et ne pose pas de problème particulier.

Le système GENE Xpert par contre est soumis à des contraintes liées aux coupures de courant. Il apparait que l'onduleur installé a une capacité très faible de générateur de secours (<5 minutes). Ceci entraîne la non réponse aux tests de détection à hauteur de 20 % de l'ensemble des tests effectués.

2-Secteur dédié au diagnostic de la tuberculose par l'examen direct des frottis d'expectoration après coloration

Organisation du laboratoire : la partie du laboratoire dédiée à la préparation des frottis et à la coloration comprend 4 postes de travail. Cette pièce est climatisée.

1- Recueil des expectorations et enregistrement



Ergonomie du guichet : Le guichet tel qu'il est installé (cf. photo) ne semble pas poser de problèmes majeurs pour le recueil des pots d'expectoration.

Les expectorations sont reçues jusqu'à 9 heures du matin. Les pots de recueils sont déposés sur la paillasse en attendant la préparation des frottis. Il serait souhaitable de les déposer dans le bac prévu à cet effet. Par ailleurs, les prélèvements arrivants après 9 heures sont en fait récupérés à l'ancien guichet et transféré ensuite au labo des BK. Ils devraient être déposés le deuxième bac (après 9 heures) et entreposés idéalement à +4°C dans un réfrigérateur (à prévoir).

Trois pots sont remis aux patients en ambulatoire. Le stock des pots ne semble pas suffisant pour les demandes, et les pots gradués (gardés pour recueil des échantillons pour le test moléculaire) seront bientôt remis aux patients pour l'examen direct.

Le cahier pour enregistrer les demandes est bien tenu et les résultats bien retranscrits.

2- Réalisation des frottis



La surface de la paillasse n'est pas vraiment lisse et même plutôt rugueuse. Il a donc été nécessaire de mettre en place un support en plastique sur lequel sont posées les lames pour la préparation des frottis. Il faut prévoir une plaque chauffante à gauche sur la paillasse, qui permettra un séchage et une fixation des frottis plus rapide et d'arrêter ou de diminuer le temps de fixation à l'éthanol (10 minutes actuellement). Cette paillasse sert également pour la préparation des échantillons en vue d'un test Xpert. Il est nécessaire de prévoir une place sous la paillasse pour le rangement du matériel (diluants et cassettes du Xpert), afin de ne pas le laisser sur la surface de travail.

Le nombre de lames fournies par le PNT n'est pas suffisant. Pour combler ce manque l'hôpital fournit des lames. La qualité est différente et une étape supplémentaire (dégraissage des lames en bain d'alcool) est nécessaire.

3- Coloration des lames

Le stock de colorant disponible est entreposé à la pharmacie. Ce stock (12 kits) permettra une autonomie jusqu'en Décembre 2014. Attention, la péremption est datée au 3 Octobre 2014. Une toile cirée a été installée sur la paillasse pour la rendre plus lisse et lavable. Cette paillasse est bien organisée pour la coloration, et nous avons ajouté des portes lames supplémentaires. Il reste un « kit » sous la paillasse pour la coloration de Ziehl. Il sera nécessaire de discuter l'arrêt définitif de cette coloration. Les techniciens, depuis la mise en place de l'auramine, n'ont pas eu besoin de contrôler les colorations par le Ziehl. Cette décision doit être prise en accord avec le PNT, qui doit évaluer la place de la coloration des frottis d'expectoration par l'auramine pour l'ensemble du pays.



4- Lecture au microscope LED

Il n'a pas été observé de difficultés pour la lecture des lames après coloration. Les deux techniciens (Nguetan et Alain) ont réussi avec succès le test d'habilitation à la coloration et lecture de 6 lames. Ils maîtrisent tous les deux, parfaitement cette technique.

Restitution des résultats : Les résultats sont reportés sur le registre et sur le bon de demande. Les résultats positifs sont écrits en rouge et sont donnés sous forme de 4 réponses (-, +, ++, +++). Le résultat +/- (frottis dit pauvre) n'apparaît pas.

Résultats observés sur la période de 4 mois :

	Dg	C2	C3	C5	C6	C8
Septembre	50/180	0/14	1/2	-	0/17	1/3
Octobre	21/180	2/27	0/2	0/7	1/17	0/1
Novembre	59/171	4/16	-	1/25	1/17	0/2
Décembre	48/138	3/19	0/3	1/5	5/18	1/2

Nbre de frottis + /Total des frottis

Conclusion : Le diagnostic de la tuberculose est porté maintenant au laboratoire des mycobactéries, sur la présence de Bacille Acido Alcolo Résistant (BAAR) après examen au microscope des frottis d'expectoration colorés à l'auramine.

Les résultats du test d'habilitation pour la coloration et la lecture des frottis sont excellents pour les deux techniciens de l'équipe. La technique est maintenant très bien maîtrisée.

La sensibilité de l'examen direct sur les expectorations analysées est de 26,6% globalement. La répartition des demandes et des résultats positifs sont assez homogènes au cours de ces 4 mois. Actuellement pour chaque patient en diagnostic primaire, 3 recueils de crachats sont analysés. Les résultats observés montrent que pour un patient BAAR + à l'examen direct, les 3 recueils sont positifs. Ce qui souligne la bonne prise en main de la technique par l'équipe.

3- Secteur dédié au diagnostic de la tuberculose par une méthode de biologie moléculaire utilisant le système Gene Xpert MTB /RIF (Cepheid)

Organisation du laboratoire : cette partie du laboratoire dédiée à la méthode de PCR par le système Xpert est indépendante et séparée par une porte vitrée de la partie coloration. Cette pièce est également climatisée



Recueil et préparation des échantillons pour le test : Les échantillons sont recueillis et préparés dans le secteur coloration. Des pots de recueils spécifiques sont utilisés permettant de mesurer le volume de l'échantillon reçu.

Mise en route du test sur l'appareil Une fois le temps technique de préparation écoulé, le test en lui-même ne pose pas de problème technique particulier pour les deux techniciens. Les résultats observés montrent cependant un taux d'erreur lié aux coupures de courant très élevé. Au vue de ces résultats de test en erreur il convient d'envisager une solution rendant plus autonome l'alimentation électrique, soit en augmentant la capacité du générateur soit en installant des panneaux solaires pour autonomiser cette partie du laboratoire.

Restitution des données : Il est nécessaire de reporter tous les résultats observés, sur le registre des données. Nous avons constatés que seuls les résultats interprétables étaient colligés. Les tests en erreur, invalides et indéterminés n'apparaissaient pas. En dehors de cela le cahier des données est parfaitement tenu. On remarque cependant beaucoup de données manquantes pour les antécédents du patient. Après vérification il apparaît que ces données ne figurent pas sur la feuille spécifique de demande.

La maintenance du système est bien réalisée et reporté sur le cahier de maintenance.

L'archivage des données doit être fait régulièrement une fois par mois. L'archivage doit être fait dans le logiciel sur l'ordinateur et également sur un cd externe, qui est à disposition. Cette phase d'archivage doit être réalisée par Léon le responsable du laboratoire. Le transfert des données pour surveillance et analyse en France pose de sérieux problème compte tenu du réseau disponible. Il a été convenu compte tenu maintenant de la capacité de l'équipe d'analyser les résultats et sous la surveillance de Léon, de transférer seulement les résultats du test ou l'on détecte une souche Rifampicine R.

Résultats observés : Sur la période de 3 mois, Octobre Novembre et Décembre, 86 test ont été effectués. Parmi ceux-ci 33 sont négatifs et 16 sont positifs. De plus 5 échantillons ont permis de détecter des souches RIF R.

Il faut noter que 32 tests ne donnent aucuns résultats. Ces résultats doivent être pris en compte et améliorés. D'une part en intervenant sur la stabilité de l'alimentation électrique. D'autre part en intervenant sur la préparation des échantillons. Un certain nombre d'erreurs sont liées au fait que les crachats sont trop épais et nécessitent d'augmenter le temps de décontamination.

Tests réalisés :

Résultats	Octobre	Novembre	Décembre	Total
M+R-	5	4	7	16
M+R+	1	2	2	5
M-R-	14	8	11	33
Erreur	13	2	5	20
Invalid	3	-	2	5
No résultats	3	-	4	7
Total	39	16	31	86

Souche Dites MDR : Il y a au total sur cette période, 5 patients pour lesquels le test répondait MDR+/ RIF R et 1 patient pour lequel le test répondait MDR+/ RIF Ind.

Parmi les 5 patients MDR+/ RIF R, le résultat pour le patient MAD mérite une attention particulière (double mutation ou fausse résistance). Une deuxième expectoration a pu être analysée en Février 2014 et les résultats confirment le premier test. Cependant l'analyse des courbes ne met pas en évidence de site de mutation.

Tableau des résultats Souches MDR

NOM	DATE	Résultats	TEC
LAR BRI	02/11/2013	MTB+/RIF R (E)	AN
TOL ETI	06/11/2013	IND (?)	NT
NEY HEL	22/11/2013	MTB+/RIF R (E)	AN
MBA NAS	05/12/2013	MTB+/RIF R (E)	AN
BRA ALB	16/12/2013	MTB+/RIF R (E)	AN
DEN ANN	06/02/2014	IND (D)	NG
MAD BER	14/10/2013	MTB+/RIF R (E/D)	AN
MAD BER	14/02/2014	? (--)	NT

Au vu de ces résultats il est important

- 1- De veiller à ce que les fiches de prescriptions des tests Xpert soient totalement remplies pour éviter les données manquantes et pour bien retrouver les patients.
- 2- De contrôler le test sur une autre expectoration pour confirmer les résultats obtenus
- 3- De procéder à une analyse rigoureuse des résultats émis par le logiciel Xpert
- 4- D'envisager une analyse plus précise phénotypique et génotypique des souches potentiellement MDR.

La prise en charge thérapeutique de ces patients est totalement différente des schémas actuels. La durée du traitement est beaucoup plus longue. Les schémas thérapeutiques doivent être mis en place après une concertation nationale et selon des recommandations établies sous l'égide du PNT.

Conclusion générale :

La mission effectuée en Janvier 2014, a permis de bien évaluer l'activité du laboratoire des mycobactéries du CHG de Moundou. Ce laboratoire est maintenant passé dans une phase active du diagnostic de la tuberculose. Les deux méthodes mise en place, la coloration des frottis à l'auramine et la recherche par PCR du complexe tuberculosis sont bien maîtrisées par les techniciens du laboratoire.

Les premières souches résistantes a la rifampicine, souches probablement MDR, ont été détectées. Il convient maintenant de maintenir les capacités du laboratoire dans ses performances de diagnostic (Approvisionnement en matériel, amélioration des capacités d'approvisionnement en électricité, installation de matériel complémentaire (plaque chauffante, réfrigérateur..).

La prise en charge des cas de MDR, doit faire l'objet d'une concertation locale mais également nationale.

La qualité du diagnostic à l'examen direct après coloration, et la recherche par PCR, doivent impliquer également en amont les prescripteurs.

Cette étape diagnostique n'est qu'une partie de la prise en charge de la tuberculose, mais les bons résultats observés permettent de penser que l'aide du laboratoire va contribuer à renforcer cette prise en charge.

IV. Conclusion et perspectives

Des conclusions et perspectives étant déjà incluses dans ce rapport à chaque sous chapitre nous ne reviendrons pas sur ce qui a été écrit.

Cependant d'un point de vue général, nous pouvons envisager pour l'avenir que si les transferts entre Ndjamena et Moundou se font régulièrement par l'avion du PAM, une augmentation en fréquence de missions peut être envisagée. Missions plus courtes il est vrai mais qui auraient néanmoins peut être l'avantage d'un meilleur suivi et d'une meilleure dynamique des projets mis en place.

Par ailleurs pour qu'il n'y ait pas trop de redite, il faut relire les importantes conclusions et perspectives du précédent rapport d'octobre 2013 (**Annexe IX**), nous pouvons les compléter suite à notre mission avec :

- 1) Sur le plan des formations, des acquis sont indéniables (citons par exemple l'évaluation du parcours des femmes enceintes séropositives) mais il reste toujours du travail, c'est bien normal ; notamment quand du personnel nouveau est affecté comme en HDJ ou à la pharmacie. Sur le plan de l'hygiène alimentaire encore plus d'autant que c'est un nouvel axe de formation.
- 2) Sur le plan des projets en cours « zéro perdu de vue », « frottis gynécologiques de dépistage chez les PVVIH », « hygiène alimentaire » et « laboratoire des mycobactéries » nous devons rappeler qu'ils sont sous tendus par nos échanges constructifs et enrichissants aussi bien pour les soignants du sud que du nord. Ils nécessitent cependant de par et d'autre des engagements qui se doivent d'être respectés par les soignants ainsi que par les représentants du gouvernement que ce soit au niveau local ou national. Nous en voulons pour preuve les problèmes inhérents au fonctionnement de l'appareil à CD4 et les ruptures d'ARV notamment pédiatriques. Il est difficilement concevable que le personnel formé et motivé n'ait pas les moyens de mettre en œuvre ses compétences acquises et cela au détriment des patients.

Enfin pour vraiment conclure, les missionnaires du nord ont tous la volonté de revenir à Moundou poursuivre leur projet en cours.

Annexe I**Programme de la mission de Janvier 2014 (1)****Objectifs
principaux :**

ETP des PVVIH et/ou BK
 Evaluation/formation au niveau du laboratoire
 Evaluation/formation au niveau de la PTME
 Evaluation/ formation à la nutrition

C : Cécile
F : François
M : Mélanie
L : Laurent

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

Lundi 13 janvier

Matin	10h30	Salutations	Directeur de l'hôpital et Dr Doudé	C F L M
	11h30	Visite des cuisines de l'hôpital		C F M
	12h15	Salutations	Différents partenaires de la pharmacie, de l'HDJ, de la tuberculose et de l'UME	C F M
Midi	12h45	Repas	Repas commun avec le directeur, le Dr Doudé et Olive (correspondante Esther à Moundou)	C F L M
Après midi	14h à 17 h	Visite de la prison de Moundou	Directeur, Docteur et Infirmier de la prison	C F M
Soirée	19h Repas	Travail sur le lutin BK et relationnel avec les associations	Le major de la tuberculose et 2 membres de chaque association (A3V- ACCPVV- CAPI)	C F L M

Mardi 14 janvier

Matin	8h - 12h	Visite/Evaluation des cuisines du CDLS, du CND et de l'UME de l'hôpital	Personnels et patients	M
	8h - 10h	ETP autour du BK	Major + 2 CPS (BK)	C F
	10h- 12h30	Evaluation/Formation	Infirmière de la Pharmacie	C
Suivis et perdus de vue/BK		2 CPS (BK)	F	
Midi	12h45	Repas	Major + 2 CPS + Infirmière Pharmacien + la trentaine de l'après-midi qui assistera à la formation sur l'alimentation et ETP	C F L M
Après midi	14h - 17h	Formation sur l'alimentation en générale et conseils devant des situations particulières	Une vingtaine de personne	M F
		ETP pour PVVIH	5 CPS de l'Hôpital + 2 CPS du CDLS et 2 CPS du CND + infirmière de la Pharmacie	C F
Soirée	19h Repas	ETP et alimentation pour PVVIH et/ou BK	Médecins généralistes	C F L M

Programme de la mission de Janvier 2014 (2)

Objectifs principaux :

ETP des PVVIH et/ou BK
 Evaluation/formation au niveau du laboratoire
 Evaluation/formation au niveau de la PTME
 Evaluation/ formation à la nutrition

C : Cécile
 F : François
 M : Mélanie
 L : Laurent

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

Mercredi 15 janvier

Matin	8h - 12h	Compagnonnage et évaluation/enquête au niveau des cuisines de l'hôpital et de l'UME	Personnels et patients	M
		Evaluation du circuit des médicaments	Pharmacies des antirétroviraux et des antituberculeux	C
		Compagnonnage HDJ	Infirmier HDJ	F
	11h - 12h	Evaluation enquête frottis de dépistage	Dr Kemian	F
Midi	12h45	Repas	Les Infirmiers (HDJ et pharmacies), les responsables cuisine et les personnes formées l'après-midi	C F L M
Après midi	14h - 15h	Formation nutrition	Le major et les 2 CPS de la tuberculose	M
	14h - 17h	Parcours des femmes enceintes séropositives et du nouveau-né	Personnels prenant en charge ces patientes à l'hôpital, au CDLS et au CND	C F M
Soirée	19h Repas			C F L M

Jeudi 16 janvier

Matin ou Midi ou Après-midi	?	Retour Ndjamen	Dr Narassem pour retour de Mission	C F L M
			Dr Némian pour étude frottis de dépistage	F
			Dr Oumar (responsable PNLT du Tchad)	L
Soirée		Repas et Retour Paris		C F L M

Laurent fait du compagnonnage tous les jours de la mission au niveau du laboratoire des mycobactéries de l' HRM

CPS : Conseiller psychosocial
 CDN : Centre Nasson Djenandoum
 CDSL : Centre Diocésain de Lutte contre le Sida
 UME : Unité Mère Enfant de l'hôpital

Programme de la mission de Janvier 2014 (3)

ETP des PVVIH et/ou BK

Objectifs principaux : Evaluation/formation au niveau du laboratoire
Evaluation/formation au niveau de la PTME
Evaluation/ formation à la nutrition

Quelques précisions :

1- **Programme de Laurent concernant le laboratoire des Mycobactéries**

1- Secteur examen microscopique et coloration des frottis à l'auramine :

- ♦ Etat des lieux : stock disponibles, techniques préparation, lecture, microscope
- ♦ Qualification (bis) du personnel par relecture de lames sur place
- ♦ Contrôle de qualité externe par 10 lames à colorer, lire et interpréter
- ♦ Contrôle de qualité interne quotidien
- ♦ Bilan après mise en route Cahiers de recueil des résultats (Nbre de lame colorées, Nbre de lames positives, Nbre de Zn).

2- Secteur Xpert :

- ♦ Habilitation des personnels (Alain, Gaétan, Léon, Honorine)
- ♦ Revue des questions concernant la technique
- ♦ Vérification machine et maintenance (Module2)
- ♦ Registre des résultats
- ♦ Analyse des résultats (erreur, invalid, no result etc..)
- ♦ Récupération et archivage des fichiers
- ♦ Revue des procédures si MTB+/Rif- ou +

2- Lundi : concernant la visite de la prison ; les objectifs sont la prise en charge des patients porteurs du VIH et / ou atteints de tuberculose, leur hygiène et leur alimentation. Cécile évaluera l'organisation de la pharmacie, François celle des soins et Mélanie l'hygiène et l'alimentation.
Enfin il faudrait essayer d'établir une convention entre l'hôpital, la prison et Esther (E.S. 92)

3- La soirée du lundi soir est consacrée au relationnel avec les associations avec en fond une évaluation par eux-mêmes du lutin d'information sur la tuberculose, voir si il faut faire des modifications.

4- Mardi matin : Mélanie évalue les cuisines (hygiène –quantité-qualité) et s'aide d'une petite enquête auprès des soignants et des malades pour savoir ce qu'il faut améliorer.

Cécile et François continuent de former les CPS sur la tuberculose à travers les messages que leur a fait passer le major.

Ensuite Cécile se concentre sur la nouvelle infirmière de la pharmacie(Olga) qui s'occupe de la délivrance des ARV.

François élabore avec les 2 CPS de la tuberculose le suivi et la recherche des perdus de vue, comment faire et avec quels moyens (téléphone...).

5- L'après-midi du mardi, de nombreux cas cliniques autour de l'alimentation et de situations particulières comme diarrhées, vomissements etc... par Mélanie et François qui sera aussi avec Cécile sur l'ETP.

- 6- Mercredi matin : rencontre avec le Dr Kemian pour comprendre les difficultés rencontrées dans l'étude gynéco concernant le dépistage des cancers du col (peu de frottis sont à ce jour effectués)

- 7- Mercredi après-midi : le parcours des femmes enceintes séropositives consiste à connaître leur dépistage (comment, où, rendu de résultat, orientation), leur prise en charge jusqu'à l'accouchement, au moment de celui-ci et après. Cela implique aussi la prise en charge du nouveau-né (reçoit-il bien un traitement, dépistage et message sur l'allaitement est-il bien délivré etc...)

- 8- Jeudi : retour (quand ? c'est variable...) de la mission auprès de Narassem (responsable Esther sur le Tchad) et rencontre avec le Dr Némian responsable de l'analyse anatomo-pathologique des frottis à Ndjamena.

Et enfin retour sur Paris par le vol de 23h55

Annexe II

Projet : zéro perdu de vue

(Fiche de recueil de données à l'initiation du traitement anti tuberculeux : un classeur avec 100 fiches a été laissé au major)

Nom prénom :

Sexe, âge :

Coordonnées du patient (e) :

Téléphone :

Adresse (village, quartier)

Coordonnée personne de confiance 1 : téléphone

Coordonnée personne de confiance 2 : téléphone

Coordonnée d'un soignant qui le connaît

Centre de santé le plus proche du domicile

Langues parlées :

Date de début de traitement :

- Nouveaux cas avec bacilloscopie positive (catégorie 1)
- les rechutes, échecs ou remises sous traitement (catégorie 2),

Échec du traitement ?	OUI	NON
Rechute après arrêt du traitement ?	OUI	NON
Récidive après guérison ?	OUI	NON
- tuberculoses extra pulmonaires ou à bacille négative (catégorie 3)

Fiche d'éducation thérapeutique

Connaissance abordée avec le patient avec le lutin à images

- | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|
| Informations données en présence d'un proche | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| La tuberculose c'est quoi ? | acquis <input type="checkbox"/> | non acquis <input type="checkbox"/> |
| Mode de transmission ? | acquis <input type="checkbox"/> | non acquis <input type="checkbox"/> |
| Le but du traitement (guérison) | acquis <input type="checkbox"/> | non acquis <input type="checkbox"/> |
| Conséquence si on arrête le traitement | acquis <input type="checkbox"/> | non acquis <input type="checkbox"/> |

La durée totale du traitement	acquis <input type="checkbox"/>	non acquis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pourquoi le traitement est long	acquis <input type="checkbox"/>	non acquis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schéma de traitement et séquence (Prise le matin à jeun) (Traitement attaque et entretien)	acquis <input type="checkbox"/>	non acquis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Effets secondaires	acquis <input type="checkbox"/>	non acquis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Attendus : urines orangées		
Non attendues : ictère, neuropathie, vomissement, allergie		
Importance de la nutrition au début	acquis <input type="checkbox"/>	non acquis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Conduite à tenir si grossesse	acquis <input type="checkbox"/>	non acquis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Au terme de l'entretien, le major pense que le patient prendra correctement son traitement

Oui

Non pourquoi _____

SUIVI DU PATIENT

Hospitalisé: Non Oui Combien de jours :

Date du prochain rendez vous : _____

Date de venue : _____ Date du prochain rendez vous : _____

Date de venue : _____ Date du prochain rendez vous : _____

Date de venue : _____ Date du prochain rendez vous : _____

Date de venue : _____ Date du prochain rendez vous : _____

Date de venue : _____ Date du prochain rendez vous : _____

SI transfert dans un autre centre : date et lieu du transfert : _____

Annexe III

Modèle de fiche à remplir par le major ou les CPS quand un d'eux rappelle un patient qui n'est pas venu à son RDV

RAPPEL TELEPHONIQUE DES PERDUS DE VUE

Numéro	Perdus 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
1	Bidegain	20/01/14	2 jours	oubli	X
2	Bidegain	25/01/14	1 jour	Enfant malade	X
3	Bidegain	02/02/14	Jour même	refus	Perdu de vue

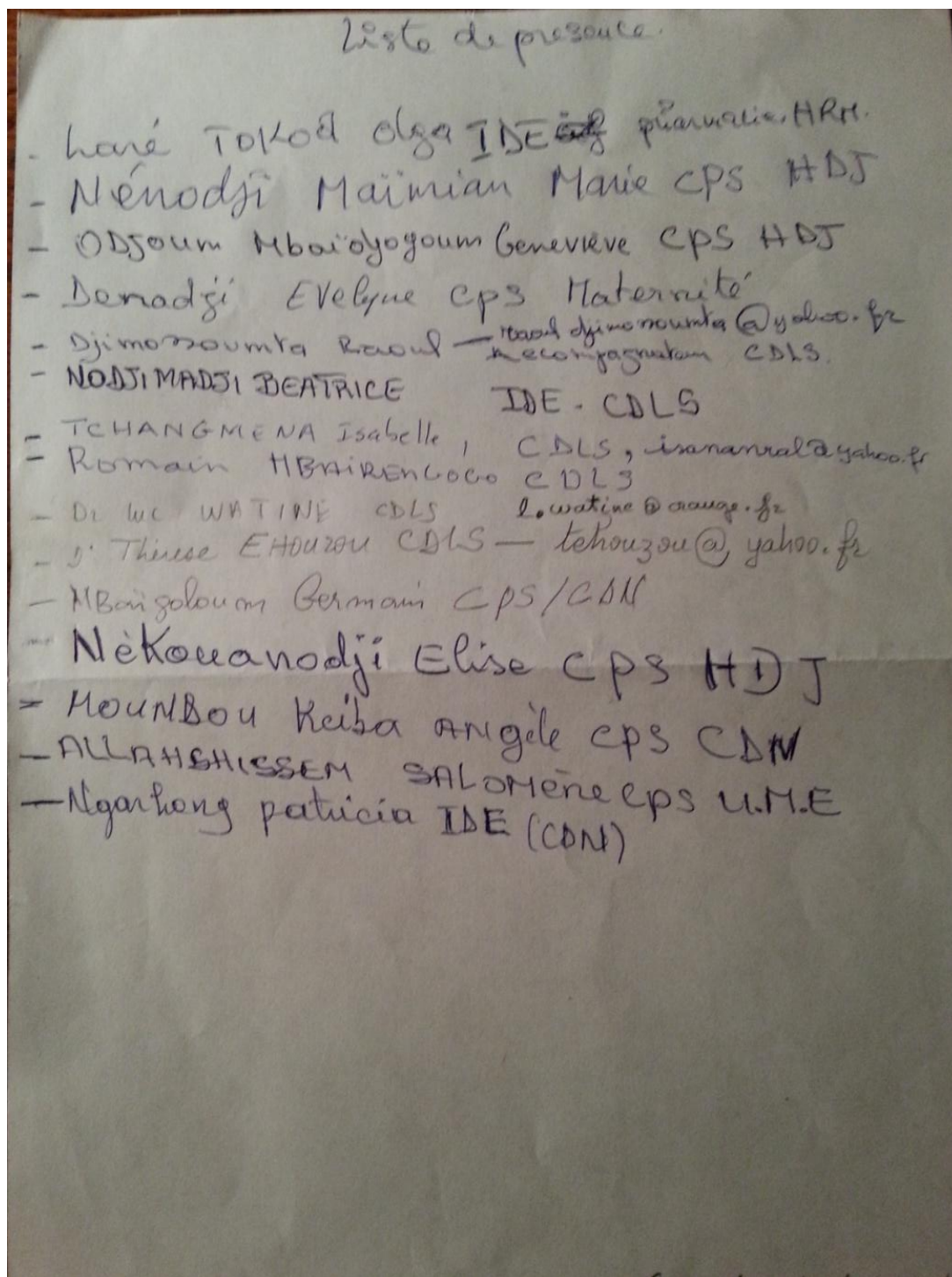
Annexe IV

Modèle de feuille à remplir par les CPS quand elles suivent un patient tuberculeux. A chaque fois qu'une d'entre elle voit le patient, elle le marque sur la feuille du patient.

NOM : Bidegain		Date de Naissance		NOM :		Date de Naissance	
PRENOM : Frédéric		01/01/1990		PRENOM :			
DATE	PAR QUI			DATE	PAR QUI		
15/01/2014	Major						
18/01/2014	CPS						

Annexe V

Liste des présents à la formation du mardi après-midi sur l'ETP suivie de celle du mercredi après-midi concernant le parcours des femmes enceintes séropositives et du nouveau-né.



Liste de présence
du 14-01-2013

01	MAYENAN	Adele	Med I	
02	Yoram	Balda	Med I	
03	Doum-Hogue	Taaronum	Mede SU	
04	Dessimaye	Mede Juliette	UME / Nutrition	
05	Lalade	Betoloum	Med II	
06	Mme Bem bayragosso	Chantal	Pediatric	
07	NGARTONON	ANICET	Nutrition/UME	
08	Mme Rudolphe	Mba Anes	Nutrition/Extone/UNE	
09	Lamadji	Blandine	CDNI	
10	REBEYE	DIANE	CDHS	
11	MBAIRO	MBOUNDO	HDS	
12	Djenoyom	Beatrice	Infirmiere	
13	Lardjine	Florence	Infirmiere	
14	Betoloum	Nai-gotombaity	Zeché	
15	Dr Bondeadoun		HDS	

- 1 Ngarhong Patricia Infirmiere a la pharmacie (CDNI)
 - 2 - Lamadji Blandine IDE Responsable Medicale CDNI
 - 3 - Dessimaye Mede Juliette SFDE UME / NUTRITE (HRM)
 - 4 - Betoloum Nai-Zeché IDE HDS / HRM
 - 5 - REBEYE DIANE CDHS
 - 6 - MBAIRO MBOUNDO HDS 66-43-71-83
 - 7 - Mme Rudolphe Mba SFDE UNE 6636 2682 Anesthésie Drmg
- ⊕ PAUL (Mayer)

Annexe VI

QUIZ ALIMENTATION

Q1. Quel est le rôle principal des glucides ?

- Développement du muscle
- Principal carburant de l'organisme
- Fonctionnement du cerveau

Q2. Quel est le rôle principal des lipides ?

- Développement du muscle
- Principal carburant de l'organisme
- Fonctionnement du cerveau

Q3. Quel est le rôle principal des protéines ?

- Développement du muscle
- Principal carburant de l'organisme
- Fonctionnement du cerveau

Q4. 1 g de glucide est égal à :

- 4 kcalories
- 9 kcalories
- 17 kcalories
- 24 kcalories

Q5. 1 g de lipide est égal à :

- 4 kcalories
- 9 kcalories
- 17 kcalories
- 24 kcalories



Q6. 1 g de protéine est égal à :

- 4 kcalories
- 9 kcalories
- 17 kcalories
- 24 kcalories

Q7. Quelle part ont les glucides dans la ration énergétique journalière ?

- 10 à 15%
- 35 à 40%
- 45 à 55%

Q8. Quelle part ont les lipides dans la ration énergétique journalière ?

- 10 à 15%
- 35 à 40%
- 45 à 55%

Q9. Quelle part ont les protéines dans la ration énergétique journalière ?

- 10 à 15%
- 35 à 40%
- 45 à 55%

Q10. Dans quel aliment ne trouve-t-on pas de glucides ?

- Mil
- Poisson
- Banane
- Sucre

Q11. Dans quel aliment ne trouve-t-on pas de lipides ?

- Melon
- Huile de palme
- Bœuf
- Pâte d'arachide



Q12. Dans quel aliment ne trouve-t-on pas de protéines ?

- Mouton
- Pâte d'arachide
- Gombo
- Lait

Q13. Quelle est la vitamine essentielle pour les os ?

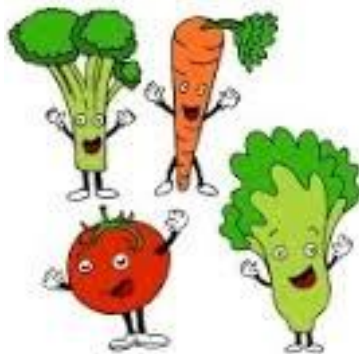
- Vitamine A
- Vitamine B
- Vitamine C
- Vitamine D

Q14. Quelle est la vitamine essentielle pour lutter contre la fatigue ?

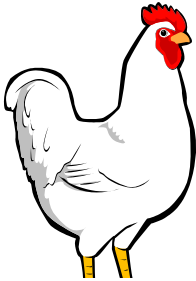





- Vitamine A
- Vitamine B
- Vitamine C
- Vitamine D

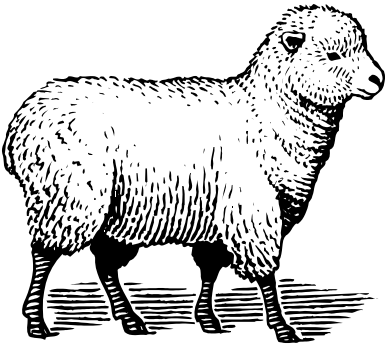
Q15. Quel aliment ne contient pas d'acides gras saturés ?

- Poisson
- Viande
- Huile d'arachide
- Huile de palme



Annexe VII

<p style="text-align: center;">Poulet</p>  <p>Energie 158 Kcal Protéines 26g Lipides 6g</p> <p>Riche en protéines animales et pauvre en acides gras saturés (à condition d'enlever la peau)</p>	<p style="text-align: center;">Goyave</p>  <p>Energie 88 Kcal Glucides 20g</p> <p>C'est un des fruits les plus énergétiques</p>	<p style="text-align: center;">Banane</p>  <p>Energie 90 Kcal Glucides 22g</p> <p>Fruit le plus sucré et riche en potassium</p>
<p style="text-align: center;">Pastèque</p>  <p>Energie 30 Kcal Glucides 6,5g</p> <p>Riche en eau, vitamines et fibres</p>	<p style="text-align: center;">Oeuf</p>  <p>Energie 160 Kcal Protéines 13g Lipides 12g</p> <p>Très bonne source de protéines animales. Le jaune contient du cholestérol</p>	<p style="text-align: center;">Orange</p>  <p>Energie 45 Kcal Glucides 8,5g</p> <p>Agrume peu sucré. Riche en vitamine C</p>

Mouton

Energie 257 Kcal
Protéines 17g
Lipides 21g

Riche en protéines animales et acides gras saturés.

Ananas

Energie 52 Kcal
Glucides 11,6g

Riche en fibres et minéraux

Tomate

Energie 19 Kcal
Glucides 3,2g

Riche en eau, minéraux et vitamines

Mangue

Energie 63Kcal
Glucides 13,6

Riche en fibres et en vitamines

Bière

Energie 38 Kcal
Glucides 3g

Boisson alcoolisée apportant des glucides simples

Huile de palme

Energie 900Kcal
Lipides 100g

Riche en acides gras saturés.
Riche en vitamine A et E

Eau

Seule boisson indispensable
Sans calories

Thé

Sans calories

Arachide

Energie 636 Kcal
Protéines 26g
Lipides 50g
Glucides 15g

Riches en protéines végétales,
acide gras insaturés, en vitamines
et minéraux

Soda

Energie 40Kcal
Glucides 10g

Très riche en glucides simples

Nido

Energie 506Kcal/164Kcal pour
30g
Protéines 25,7 g/8g
Lipides 28,1g/9g
Glucides 37,6g/12g

Riche en protéines animales

Sucre

Energie 400Kcal
Glucides 100g

Riche en glucides simples

Oignon

Energie 40 kcal
Glucides 8,5g

Riches en vitamines et minéraux

Pomme

Energie 54 kcal
Glucides 12g

Riches en fibres, vitamines et minéraux

Lait de vache

Energie 63 Kcal
Protéines 3,2g
Lipides 3,5g
Glucides 4,6g

Riche en eau et minéraux

Huile d'arachide

Energie 900Kcal
Lipides 100g

Sans cholestérol

Salade

Energie 13 kcal
Glucides 1,4g

Riche en eau, fibres, vitamines et minéraux

Lait de chamelle

Energie 70Kcal
Protéines 4g
Lipides 4g
Glucides 4g

Riche en eau et minéraux

Riz

Energie 119 kcal
Glucides 26g

Riches en glucides complexes

Café

Sans calories

Avocat

Energie 167 Kcal
Lipides 16g

Riche en acides gras insaturés.
Sans cholestérol

Pâtes

Energie 151Kcal
Protéines 5g
Glucides 30g

Riches en glucides complexes

Poisson

Energie 155 kcal
Protéines 19g
Lipides 7g

Riche en protéines animales et
acides gras insaturés

Patates douces

Energie 80Kcal
Glucides 16g

Riche en glucides complexes et
vitamines

Annexe VIII

CONCLUSION ET PERSPECTIVES (mission octobre 2013)

L'accueil toujours très chaleureux de nos partenaires malgré des conditions de vie difficiles permet aux missions de se dérouler dans la simplicité et l'efficacité. Il se peut que l'envie d'avancée des uns se heurte parfois à la susceptibilité des autres mais l'intérêt commun du malade permet de surmonter ces aspérités.

Nous espérons comme toujours que ce rapport technique soit perçu comme une aide, un outil de travail pour nos partenaires et pour assurer une continuité dans nos actions, indispensable à l'amélioration de nos pratiques.

Si l'hôpital a reçu des moyens, le nombre de médecins reste insuffisant, en particulier au niveau de l'hôpital de jour et la qualité des soins en pâtit.

Nous remercions sincèrement les acteurs impliqués et en particulier les techniciens du laboratoire et le docteur Doude pour leur disponibilité tout au long de cette formation ainsi que le directeur pour sa supervision efficace.

Pour l'avenir

Le partenariat entre l'Hôpital Régional de Moundou et le GIP Esther mis en œuvre partiellement par Entraide Santé 92 repose sur l'expression des besoins exprimés par les partenaires du sud.

L'objectif est de réduire les inégalités d'accès aux soins pour les patients par un transfert de compétence en soutien des décisions prises par les politiques nationales et selon les recommandations de l'OMS.

Le climat de confiance, l'absence de jugement, le désir mutuel de faire progresser l'hôpital de Moundou, les motivations tant au sud qu'au nord des partenaires sont des atouts forts de ce partenariat débuté en 2005.

Nous souhaitons donc poursuivre l'accompagnement des efforts accomplis par l'hôpital régional de Moundou.

Plusieurs axes nous semblent pertinents dans la lignée des actions réalisées :

- Aider les efforts du gouvernement à mettre en place la charge virale VIH à Moundou
- Poursuivre les actions d'optimisation de la prise en charge des patients tuberculeux (étude des résistances, suivi des patients sous traitement, traitement des patients avec tuberculose résistante)
- Poursuivre le compagnonnage de l'hôpital de jour par un renforcement des ressources humaines (médicale, para médicales et au niveau de la pharmacie), par l'éducation thérapeutique sous tous ces aspects
- Poursuivre l'accompagnement du laboratoire (sécurisation électrique, bon usage des examens, acquisition de nouvelles techniques)
- Aider à la décentralisation des centres prescripteurs d'ARV sur le Logone occidental, une fois la situation sécuritaire apaisée.

Annexe IX



