



ENTRAIDE SANTE 92

GIP ESTHER

MAIRIE DE PARIS

**Partenariat Expertise France (Pôle santé : Gip Esther)
Convention 2014 0155**

Rapport de Mission

Par ENTRAIDE SANTE 92

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

Mission réalisée du 08 février 2015 au 12 février 2015

Membres de la mission :

Madame Stéphanie Bauler : pharmacienne, hôpital Ambroise Paré (APHP) Boulogne Billancourt 92, Corevih île de France Ouest,

Madame Céline Levacher : assistante sociale, hôpital Louis Mourier (APHP) Colombes 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 4-5

Le rapport se décomposera en 4 grandes parties, chacune rédigée par les différents responsables.

I. Compagnonnages au CDN et CDLS : Dr François Cordonnier P 6-7

- Compagnonnage au CDN
- Compagnonnage au CDLS
- Formation à l'ETP
- Etude « zéro perdu de vue »

II. Programme de la pharmacienne : Stéphanie Bauler-Pharmacienne P 7-11

- Formation à l'ETP
- Pharmacie des ARV
- Circuit du PVVIH à l'HRM

III. Rencontres de Céline LEVACHER- Assistante sociale avec : P 11-16

- Les associations de PVVIH
- Les CPS
- L'assistante sociale
- Narassem de Esther-Tchad

IV. Programme du Dr Laurent Raskine : Laboratoire et PEC de la tuberculose P 16-18

- Laboratoire
- Tuberculose et Projet « Zéro Perdu de vue »
- Rencontre avec les deux nouveaux CPS du service de Médecine 3
- Tuberculose MDR pris en charge à l'HRM
- Réunion du Comité Technique National

V. Conclusion et perspectives P 19

Annexe I : Programme de la mission P 20-21

Annexe II : Listes des participants aux formations ETP..... P 22-24

Annexe III : Dossier médical de l'HRM..... P 25-26

Annexe IV : Proposition de protocole pour la réalisation d'une solution de Névirapine. P 27

Annexe V : Analyse de l'étude « zéro perdu de vue » P 28-34

Annexe VI : Photos P 35-37

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 Ndjamena)
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'isoniaside)
UME : unité mère-enfant
VAD : visite à domicile
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Les 3 associations de PVVIH à Moundou partenaires du Gip Esther et d'ES 92 :

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



RESUME DE LA MISSION

ETP des PVVIH et/ou BK , compagnonnage au CDLS et CND Evaluation/formation au niveau du laboratoire, des pharmacies

Objectifs principaux : (circuits des ARV et antiBK)
Audit du Projet tuberculose et évolutions

L'horaire d'arrivée par l'avion du PAM fût respecté ce qui tout de suite nous permis d'entamer nos civilités et notre programme. Accueil toujours très sympathique du Dr Doudé et des moundoulais. Nous rencontrâmes le nouveau directeur, Monsieur DJAOU-YAN FADANDI dans l'après midi même qui tenait à nous accueillir. Homme chaleureux et à l'écoute qui a mis à notre entière disposition pendant tout le séjour sa voiture avec chauffeur ou lui-même.

Notre équipe était composée de Stéphanie Bauler (pharmacienne), Céline Levacher (assistante sociale) et des docteurs François Cordonnier et Laurent Raskine (biologiste).

Notre mission a donc débuté par la rencontre avec nos différents partenaires hospitaliers comme prévu et pour Céline par la rencontre avec les associations de PVVIH.

Nous avons immédiatement finalisé sur place le programme prévu, l'organisation des deux après-midi d'ETP, ainsi que les soirées de rencontre-informations-formations.

Commençons par les soirées.

La première soirée se passa entre le nouveau directeur, le Dr Doudé et nous quatre. Moment important pour se connaître mutuellement et rappeler les bases de notre partenariat. Il ne nous a pas caché que le budget tchadien serait en baisse d'environ 40% (causes la guerre et la baisse du prix du pétrole), ce qui ne sera pas sans conséquence sur l'hôpital de Moundou.

La deuxième soirée fut l'occasion de discuter avec les associations et quelques CPS sur leur place respective et de leur relation entre eux, ce qui n'est plus aussi simple. La mise en place des CPS formées et payées par Esther dans un but de soutien avec de meilleures compétences n'a sûrement pas été suffisamment claire sur la place de chacun et en tous les cas les associations se sont senties déposséder de leur rôle (d'autant qu'il n'y a plus de contrat entre l'hôpital et elles et que les visites sont faites par les CPS).

La troisième soirée a eu lieu avec des médecins (de ville et de l'hôpital) de Moundou, une dizaine. Les débats, après une présentation de qualité par le Dr Raskine des TB-MDR, ont été de grande qualité avec des réflexions pleines de bons sens quand à la prise en charge, notamment sur la durée d'hospitalisation et l'aide sociale, certainement à apporter.

Concernant les deux après-midi de formation en ETP avec les personnes ayant suivi la formation par Esther sur l'utilisation des mallettes d'ETP avec leurs outils créés par Esther. Double objectifs de ces après-midi : mettre en pratique la formation suivie par les soignants et CPS et diffusion de cette mallette aux autres personnes pouvant s'en servir et faire partager les pratiques en ETP. Ce fut enrichissant pour ceux ayant suivi la formation pour qu'ils se familiarisent mieux avec ces outils en l'expliquant aux autres soignants même si ils l'avaient déjà utilisé pour certains. Pour les autres, ils découvraient et étaient très intéressés et même impatients de mettre en place cette ETP à travers la mallette et quelques outils simples d'utilisation sans besoin de grande formation.

Concernant la tuberculose et l'étude « zéro perdu de vue » : Nous avons rencontrés longuement le major de la tuberculose et les deux nouveaux CPS affectés. Nous avons beaucoup insisté sur la relation entre le major et les CPS qui doit être étroite au quotidien. C'est-à-dire que nous avons acheté un agenda pour inscrire la date de retour des patients et s'ils ne sont pas venus ; que cette information soit donnée aux CPS dès le lendemain pour une recherche immédiate. Nous avons récupéré les fiches de l'étude « zéro perdu de vue », plus des 2/3 que nous avons analysé avec des résultats qui ne sont pas à la hauteur de ce que l'on pouvait attendre ; par contre cela a permis d'identifier clairement le « comment faire » et des pistes pour mieux faire, il reste aussi la volonté que cela soit appliqué (voir l'analyse complète en annexe V).

Concernant la pharmacie : Le circuit des médicaments est bien en place par contre il existe encore des ruptures d'ARV. Si bien souvent ces ruptures sont le fait d'un défaut d'approvisionnement au niveau régional ou national on peut se poser la question d'une gestion adéquate des stocks sur le plan local. Par ailleurs la connaissance des ARV n'est pas facile non plus pour une infirmière de formation devenue subitement pharmacienne. Le rôle dans toute sa globalité de la pharmacienne comme dans l'ETP du patient peut en pâtir. Une double formation de la pharmacienne en gestion et ETP serait souhaitable dans les plus brefs délais. Quand à la place de la CPS dans la pharmacie, certainement est-elle à redéfinir et ne pas se réduire à un rôle de portage de carton. L'ETP fait aussi partie de ses fonctions.

Concernant le laboratoire : celui fonctionne bien sur les CD4 et le geneXpert, 2 nouveaux cas de tuberculose résistante ont été détectés, le technicien de Bebalem a eu son accréditation. Malheureusement l'appareil à charge virale n'est toujours pas fonctionnel, il manque quelques aménagements...mais cela depuis la dernière mission ; c'est vraiment dommage.

Un compagnonnage réalisé par François au niveau du CDLS et CDN a permis de resserrer nos liens et de faire le point sur leur situation respective avec pour les deux structures des problèmes communs avec manque de moyens humains et de budget. Au CDN, une reconnaissance de la structure comme d'utilité publique pourrait permettre d'avoir des budgets pérennes. Le développement de différents projets autour de la PTME et du suivi des enfants pourrait permettre aussi de trouver des subventions auprès d'ONG. Le CDN est débordé par le nombre de patient aussi il limite volontairement la file active pour conserver leurs qualités identifiées par eux-mêmes par l'accueil, l'écoute et la confidentialité principalement. Y contribuent aussi leurs réunions à cœurs ouverts, l'ETP, les activités proposées et le club des adolescents avec la consultation d'annonce aux enfants. Il existe une très bonne relation avec le Dr Doudé et le CDN continue de suivre leur patient quand ils sont hospitalisés. Au CDLS, leur indépendance est plus grande avec moins de problématique de budget cependant mais toujours une crainte d'un non renouvellement sous la même forme. Le CDLS fonctionne avec 4 centres de santé décentralisés ce qui finalement ne fait pas baisser leur taux de perdu de vue à 6 mois par rapport aux autres centres puisqu'il avoisine aussi les 40 %. Par ailleurs ils ont un logiciel de gestion très performant différent de celui du Logone avec des analyses statistiques possible. Il ne leur a pas été conseillé de changer pour le moment lors du dernier audit à ce sujet.

L'étude de dépistage du cancer de l'utérus par frottis chez les patientes VIH + ; difficile de la boucler et même de récupérer les résultats. François a rencontré trop rapidement les docteurs Kemian et Nemian et récupérer auprès d'eux des lames et des fiches mais l'étude n'est pas finie (240 effectués sur 300). Cette étude devrait se terminer en juin. Le retour sur l'apport de cette étude auprès des femmes par les associatifs ou patientes même n'est pas très contributif.

Enfin une visite très rapide de la nouvelle prison de Moundou a eu lieu. L'espace est beaucoup plus grand avec donc moins de promiscuité et de risque de transmission de certaines maladies. L'organisation médicale sur place est la même mais l'éloignement de l'hôpital pose clairement les difficultés d'accès aux soins simples en dehors de situation urgente ou critique et encore. Difficultés notamment car un unique véhicule pénitentiaire sert aussi bien aux transports des détenus vers le tribunal que vers l'hôpital. Il serait bien que l'association ARAP avec son nouveau président obtienne un appui financier type Prajust « 2 ». Dans ce cas nous pourrions envisager d'élaborer une convention tripartite prison-hôpital-Esther (Expertise France), qui pourrait porter essentiellement sur le dépistage et la prise en charge des patients séropositifs et /ou tuberculeux sans oublier celle de la malnutrition.

Mission sympathique avec la volonté de chacun de suivre ce qui a été engagé.

I. Compagnonnage au CDN et au CDLS (François Cordonnier - Médecin)

La matinée du mardi fut consacrée au compagnonnage au CDN :

Tout d'abord une rencontre avec le directeur du centre M. Modobé qui m'expliqua les récentes difficultés rencontrées, notamment les problèmes de financement du centre. Ces problèmes de financement seraient sans doute moins importants si cette structure était reconnue d'utilité publique, ce qui permettrait un financement plus pérenne. Cela n'empêcherait pas pour autant d'avoir des projets avec des financements émanant d'ID, de Sidaction, d'Esther et de l'AFD.

Les problèmes de financement ne permettent pas actuellement d'employer Victor un infirmier de qualité à plein temps, c'est dommageable pour lui et le CDN

De plus ce centre loue actuellement ses locaux ce qui ne lui permet pas d'avoir de perspective d'agrandissement et limite sa file active ; manque de place aussi pour de nouveaux projets prioritairement vers les femmes et les adolescents : développement de la PTME ce qui permettrait aux personnes de ce centre de ne plus être adressées à l'HRM et celui du suivi des enfants.

La force de ce centre est dans l'accueil, l'écoute, la confidentialité et la confiance mise en pratique à travers différents ateliers que sont : l'ETP, à cœur ouvert, le club des adolescents (avec annonce des séropositivités).

Actuellement la file active pour 2014 du CDN est de 1485 adultes dont 1235 sous ARV et de 140 enfants de moins de 15 ans dont 92 sous ARV.

La délivrance des ARV se fait pour 3 mois pour les patients dit observant et de 1 mois sinon ou en cas de stock insuffisant

Il existe aussi un grand nombre de perdus de vue (non vus au bout de 6 mois) soit 788 (53%). Pour identifier les perdus de vue les RDV sont marqués sur un agenda (ce qui permet aussi de limiter les consultations journalières) et d'identifier les perdus de vue rapidement. Le rôle des associations est important pour les retrouver, faut il encore les mobiliser à revenir.

Ensuite j'ai suivi la consultation avec le Dr Philippe, jeune médecin arrivé il y a 8 mois et qui finalement va rester après avoir reçu une lettre de mutation il y a un mois ; c'est une bonne nouvelle pour le centre et lui-même et sa famille.

L'amélioration des compétences de ce médecin passera par des formations et du compagnonnage plus soutenu que je n'ai eu le temps de faire. A la fin des consultations nous avons été visités les patients du CDN hospitalisés à l'HRM. Ceci se fait régulièrement puisque le CDN prend en charge l'hospitalisation de ses patients (prescriptions et médicaments), il s'installe alors un échange entre les médecins de médecine et le médecin du CDN.

Cela permet de préciser que les relations avec le Dr Doudé sont excellentes et d'une grande aide pour le CDN.

La matinée du mercredi fut consacrée au compagnonnage au CDLS :

Début de matinée avec la responsable du CDLS qui me fait visiter le centre puis nous échangeons sur la situation. Après des explications sur l'origine de ce centre, son appartenance à une plus grande communauté, ce qui marque son indépendance et aussi ses moindres soucis budgétaires à priori.

Ce centre est le point focal de 4 autres centres périphériques (bientôt 5)

La gestion du suivi des patients est informatisée grâce à un logiciel personnel qui est très performant, ce pourquoi ce centre n'utilise pas Esope.

La file active 2014 est de 736 dont 589 sous ARV et de 1109 (avec les 4 autres centres) dont au total 902 sous ARV.

Les perdus de vue définis toujours comme non vus à 6 mois représentent 40 %. Une des remarques faites est que le nombre de perdus de vue diminuerait certainement si il n'y avait pas de rupture d'approvisionnement trop souvent pour les ARV car l'observance tant prônée est discrédité par ces ruptures.

A noter que s'il y a bien une gratuité pour les ARV cela n'est pas vrai pour les médicaments des infections opportunistes.

A la différence du CDN, ce centre n'a pas la possibilité de réaliser les CD4.

Ce centre fait aussi de l'ETP même si son indépendance fait qu'il n'y a pas de CPS au CDLS, ce qui est normal puisque les CPS émanent directement d'un financement d'Esther. Cependant ayant eu l'occasion de suivre notre formation avec les mallettes d'ETP, il serait bienvenu que l'on puisse leur en donner.

Ensuite j'ai suivi la consultation du Dr Watine Luc (médecin français retraité qui effectue des missions régulières 3 ou 4 fois par an). Celui-ci écoute et examine.

Une partie de mon temps fut consacré notamment à l'étude « Zéro perdu de vue » dont vous trouverez le détail en annexe V et une autre partie importante de mon temps à seconder la pharmacienne les après-midi sur les formations en ETP.

II. Programme de la pharmacienne : Stéphanie Bauler

Lundi 9 février

Arrivée à l'hôpital de Moundou à 13h.

13h-17h : Rencontre avec le nouveau directeur de l'hôpital puis visite de l'hôpital et rencontre avec les différents soignants. Peu de personnes sont présentes, nous récupérons les fiches de l'étude « zéro perdus de vue » pour commencer l'enregistrement des données.

Mardi 10 février

8h-12h : Compagnonnage pharmacie : dispensation, organisation et gestion des stocks

12h-13h : visite de la nouvelle prison

14h-17h : Formation ETP – utilisation de la mallette Esther - VIH

Mercredi 11 février

8h-12h : Compagnonnage pharmacie : dispensation, organisation et gestion des stocks

14h-17h : Formation ETP – utilisation de la mallette Esther – VIH

Jeudi 12 février

8h-9h : retour sur la mission avec le directeur de l'hôpital

9h-10h : bilan pharmacie avec la CPS

Formation à l'ETP en coopération avec Céline et François :

Programme de la formation :

Après-midi 10 février :

- Pré-test « connaissance sur l'ETP » : 6 questions Vrai/Faux à répondre de manière individuelle en 10 minutes
- Présentation de l'ETP pour répondre au pré-test par Stéphanie. Suivi de la présentation de la mallette par l'équipe moundoulaise formée en octobre puis utilisation de la mallette par groupe

Après-midi 11 février:

- 2 cas cliniques joués par 4 éducateurs formés par Esther en octobre : identification des « erreurs » d'ETP par les personnes suivant la formation.
- 4 groupes de 4-5 personnes pour utiliser les différents outils de la mallette
- Retour de chacun sur les messages clés à faire passer au patient durant une session d'ETP
- Post-test et bilan (place de la mallette en HDJ dans le bureau de MBairo)

Formation menée par Blandine (infirmière CDN), Mbaïro (infirmier HRM), Anicet (éducateur HRM), Sabine (CPS Bebalem), Evelyne (CPS Maternité), Isidore (infirmier Bebalem)

Annexe II : liste des personnes présentes à la formation

Bilan de ces deux après-midis de formation :

Les principes de l'ETP ont été très bien intégrés et acquis par les soignants formés en octobre 2014 par Esther. Les équipes de Bebalem et du CDN utilisent au quotidien les outils de la mallette Esther pour l'éducation thérapeutique des PVVIH. Leur partage d'expérience était un vrai plus pour la formation menée à l'HRM.

A l'HRM, la mallette n'est pas encore utilisée. Deux mallettes (adulte + enfant) se trouvent en HDJ dans le bureau de Mbaïro, et deux mallettes (adulte + enfant) se trouvent à l'UME.

Cependant il était important de familiariser ces soignants avec les outils de la mallette pour une utilisation facilitée.

Les principaux intervenants pour l'ETP des PVVIH sont essentiellement les CPS qui ont un local dédié pour les consultations ETP. Les CPS de l'hôpital étaient très contents et satisfaits de la formation.

Les points clés identifiés par les soignants ayant suivi la formation comme indispensables à être acquis par le patient après une première session d'ETP sont :

- Respecter les heures de prise
- Prendre le médicament à vie
- Prévention : protéger les autres

La fiche ETP mise en place par Entraide Santé/Esther en 2008 n'est plus utilisée. Pourtant elle reste présente dans les dossiers des patients pour lesquels elle avait été remplie. Il n'y a plus de fiche à disposition, d'où l'absence dans les nouveaux dossiers.

Proposition : Cette fiche pourrait être simplifiée en conservant dans un premier temps le volet social. Ce document pourrait être transmis aux CPS à titre de diagnostic éducatif qu'ils pourraient utiliser pour adapter leur session d'ETP auprès des PVVIH. En effet, à l'heure actuelle, aucune information n'est transmise de façon formelle aux CPS qui rencontrent régulièrement les patients mais n'ont pas en leur possession les préoccupations ou particularités des patients sur lesquelles il faut insister et faire un suivi.

Pharmacie des ARV :

Personnel de la pharmacie :

Olga : Infirmière/pharmacienne

Geneviève : CPS pharmacie

Ouverture de la pharmacie des ARV :

Lundi au Vendredi de 8h à 14h

J'ai pu passer seulement 2 matinées à la pharmacie dont une seule avec Olga qui a du s'absenter à Ndjamena pour raisons personnelles durant notre mission. Je vais donc présenter les points essentiels sur lesquels travailler pour améliorer la dispensation des traitements et la gestion de la pharmacie.

Médicaments disponibles au 10 février 2015 à la pharmacie des ARV :

AVOCOMB® (zidovudine, lamivudine, névirapine)

DUOMUNE® (Lamivudine, tenofovir)

KALETRA® (lopinavir/ritonavir)

TRUVADA® (tenofovir, emtricitabine)

Névirapine 200mg cp

Zidovudine cp et sirop
Lamivudine cp et sirop
Abacavir 300mg cp
Efavirenz 600mg cp
Atazanavir/Lopinavir 300mg cp
Didanosine cp

Médicaments en rupture ou en risque de rupture au 10 février 2015 :

Risque de rupture : TRUVADA®, DUOMUNE® (stock insuffisant pour tenir jusqu'à la fin de la semaine, commande urgente à lancer)

Rupture : VIRADAY® (emtricitabine, tenofovir, efavirenz), DUOVIR® (lamivudine, zidovudine).
Médicament plus en stock, pas d'information sur la prochaine disponibilité à la PRA de ces traitements.

Médicaments retrouvés périmés dans la pharmacie ARV :

50 flacons de VIRAMUNE Sirop (péremption 01/2015) et 175 flacons de VIRAMUNE sirop (péremption 03/2015), 1 carton d'Abacavir cp (péremption 01/2015, médicament non utilisé car les médecins pensent que ce médicament est en rupture alors qu'il y a un stock conséquent dans la pharmacie)

Approvisionnement en AVOCOMB et NEVIRAPINE 200mg CP en quantité importante

Médicaments des IO: (fournis par Esther ? A éclaircir) sont en partie en rupture (albendazole, ciprofloxacine, amoxicilline)

Bilan sur l'organisation de la pharmacie ARV :

La gestion des stocks devrait être optimisée dans la pharmacie. En effet, la présence de médicaments périmés doit être proscrite et le stock mieux rangé pour éviter des erreurs de dispensation. Les boîtes de DUOMUNE étaient rangées sous l'étiquette TRUVADA et une erreur de dispensation a été arrêtée à temps. Nous avons donc rangé le stock dans un premier temps.

Les commandes sont réalisées tous les 2-3 mois selon les besoins. Il n'y a pas un planning de commande ni un suivi des reliquats des commandes. La totalité des commandes est rarement honorée par la PRA, ce qui peut engendrer des ruptures si le suivi n'est pas fait.

Il n'y a plus de fiche de stock par le manque d'approvisionnement en fiches. Elles ont enfin été reçues et remises en place pour avoir un bon suivi des stocks.

Le logiciel Logone est sous utilisé et mal connu, le stock « informatique » ne correspond pas au stock réel. Les inventaires qui étaient réalisés tous les mois auparavant ne sont réalisés plus qu'une à deux fois par an. Olga n'a pas pu me montrer les consommations journalières ou hebdomadaires en ARV.

Environ 70 patients par jour viennent s'approvisionner à la pharmacie. Seulement 1 mois de traitement est dispensé du fait de ruptures fréquentes à la CPA de NDjamena. Actuellement, peu de conseils sont donnés aux patients lors de la dispensation.

L'organisation actuelle de la pharmacie ne permet pas de réaliser l'éducation thérapeutique lors de la dispensation.

Lorsqu'un médicament est en rupture, la pharmacie renvoie le patient en HDJ pour réaliser le changement de prescription. Le médecin ne remplace pas forcément par l'équivalence stricte disponible, ce qui fait d'emblée passer le patient en 2^{ème} ligne de traitement. Devant une inefficacité thérapeutique, il n'y aura donc plus d'alternatives pour ce patient.

Pour les médicaments « 3 molécules en 1 » comme le VIRADAY, l'équivalence en 2 médicaments est disponible à la pharmacie, soit Tenofovir/Emtricitabine + Efavirenz. Pourrions-nous envisager la substitution par la pharmacie sans passage par l'HDJ pour les médicaments pour lesquels l'équivalence stricte est disponible ?

Propositions :

- Il faudrait penser à un autre local pour permettre d'un côté la dispensation et de l'autre la consultation d'ETP, en priorité pour les initiations de traitement.
- Le rôle de la CPS reste toujours à définir, il faut qu'elle prenne place pour l'ETP des patients non observant. Il n'y a toujours pas de conseils donnés aux patients, ni de suivi des patients non observant. Une collaboration entre Geneviève, CPS pharmacie, et Olga, infirmière/pharmacienne doit être précisée pour améliorer la dispensation des traitements et la gestion du stock.
- Une évaluation du circuit d'approvisionnement devrait être réalisée lors d'une prochaine mission pour définir les points critiques des commandes/réceptions des ARV (CPA-PRA-Pharmacie HRM). Il est indispensable de bien identifier ce circuit pour éviter et anticiper les ruptures de traitement.
- Une formation sur la gestion des stocks et les médicaments ARV doit être proposée à Olga pour améliorer la gestion de la pharmacie et la dispensation des traitements. Le logiciel Logone permet un suivi de l'observance des patients, outil qui n'est que peu utilisé.

Outils à mettre en place pour la pharmacie :

- Tableau avec la liste des médicaments dispensés à cocher pour le suivi des consommations
- Utiliser le logiciel LOGONE pour suivre les consommations
- Liste des médicaments avec DCI et équivalences possibles, et liste des médicaments disponibles pour la commande
- Liste des effets secondaires possibles avec recommandations à donner au patient par molécule
- Remplir quotidiennement les fiches de stock
- Revoir le rangement du stock : dans un premier temps : Noter sur tous les cartons le nom du médicament et sa date de péremption : ranger tous les cartons par DCI et afficher le nom du médicament par colonne.

Circuit du PVVIH à l'HRM :

En HDJ :

Consultation : 70-80 patients par jour

Circuit lors d'une 1^{ère} consultation :

- Dépistage
- Consultation et examens à réaliser
- Rencontre avec les CPS d'HDJ : ETP, annonce
- Consultation avec les résultats d'examens, décision de mise (ou pas) sous traitement
- Rendez-vous avec les CPS d'HDJ
- Dispensation du traitement à la pharmacie des ARV si initiation du traitement
- RDV à J14 : examens de suivi de la tolérance du traitement (agenda donné pour suivi des perdus de vue).

Circuit lors d'une consultation (hors 1^{ère} fois) :

- Passage au secrétariat
- Paramètres et carnet de santé pris
- Consultation
- Rendez avec les CPS
- Examens/consultation/CPS
- Dispensation des traitements ARV

Consultation avec les CPS :

Le carnet de santé rose est rempli par le médecin/infirmier uniquement lors des consultations. Le CPS vérifie la régularité des venues du patient, mais ne note pas de commentaires (si problème d'observance, effet secondaire...). Les patients qui ne sont pas venus depuis au moins 6 mois sont considérés comme perdus de vue, et sont ensuite recherchés par les CPS.

Dossier médical : Dossier ETP, fiche de suivi et fiche médicale (**Annexe III**)

A la fin de la consultation, le dossier du patient est récupéré par la secrétaire qui enregistre les données dans le logiciel ESOPE.

A la MATERNITE :

10 accouchements par jour.

1 CPS recruté par l'UNICEF, en fin de contrat

Lors d'un dépistage positif pendant un accouchement, le traitement ARV donné à la mère est VIRADAY® ou Truvada/Efavirenz. La première dose est donnée en salle d'accouchement, la mère peut ensuite s'approvisionner à la pharmacie des ARV.

Proposition d'écraser les comprimés de Névirapine dosés à 50mg (vérifier si approvisionnement possible de ce dosage) quand pas de Névirapine sirop disponible. (**Annexe IV**): Comment réaliser une solution de Névirapine à l'aide de comprimés en cas de rupture de la forme sirop.

Seule la première dose d'ARV est donnée à la mère et à l'enfant, qui sont ensuite pris en charge à l'UME.

A l'Unité Mère-Enfant (UME) :

VIRADAY® encore en stock fournis par l'UNICEF (via Job, coordinateur PTME)

1 CPS en UME

L'UME dépanne en sirop de Névirapine les patients quand le flacon n'a pas été donné à la maternité (en particulier pour les enfants nés à la maison).

Il n'y a pas de rupture de traitement à l'UME car les médicaments sont fournis directement par l'UNICEF. Il faudrait voir avec eux quel est leur circuit d'approvisionnement puisqu'ils arrivent à obtenir du VIRADAY qui est en rupture à la pharmacie ARV.

III. Rencontre avec les associations de PVVIH, les CPS et l'assistante sociale de l'HRM. Entrevue finale avec Narassem de Esther-Tchad (Céline LEVACHER- Assistante sociale)

Dès notre arrivée sur l'HRM la mission était attendue par les associations. Après avoir salué dans un premier temps le nouveau directeur, chacun s'est dirigé vers ses partenaires hospitaliers.

Au niveau associatif, malgré l'heure avancée de l'après midi tout le monde était présent (Président ACPVV, Présidente A3V, Présidente CAPI, CPS, et personnel de Bebalem).

Après des salutations chaleureuses qui s'imposaient suite à mes 4 années d'absence ; nous avons commencé à étudier le programme qui leur avait été remis le matin même (sachant que Luc, souffrant, n'avait pu se connecter avant notre arrivée)

Ils ont vite manifesté leur surprise de ne pas avoir une après midi consacrée aux associations, sachant qu'ils n'étaient pas inclus dans la formation sur la mallette ETP. De plus, le mardi était consacré au retour avec les CPS du service médecine 3 et également au retour sur l'impact de l'étude gynécologique.

Il avait été demandé à chaque association de désigner 3 ou 4 femmes qui avaient bénéficié du frottis. Les présidents ont alors pu expliquer que cela serait difficile dans le sens où ils n'ont pas été clairement informés de cette étude. Donc il n'y eu pas de retour par méconnaissance de cette étude par les associations et par l'impossibilité de retrouver rapidement des participantes à celle-ci.

Après quelques échanges informels où un certain malaise était déjà pesant ; le président d'ACPVV a pris la parole pour demander un tour de table car il lui était difficile de parler sans savoir qui était à côté de lui. Après ce tour de table effectué, la parole pu enfin se « libérer ». Les échanges furent vifs entre les CPS et les associations mais toujours très respectueux dans la tradition tchadienne.

Les présidents ont fait remonter leur incompréhension face aux CPS positionnés au sein de l'hôpital par ESTHER qui ne faisaient selon eux plus remonter d'information à leur « base » (association). Tout en expliquant que ces CPS étaient issus et formés par les associations avant d'être formés et mise en place par ESTHER, et qu'il ne fallait pas l'oublier.

Cette nouvelle situation ajoutée à la fin de la convention signée précédemment avec l'HRM et, non renouvelée en 2012, a entraîné le retrait progressif des associations au sein de l'hôpital.

Ils ont pu exprimer leur crainte a entrer en relation avec l'administration de l'hôpital sachant qu'ils n'ont plus, selon eux, de légitimité à intervenir.

Les CPS quand à eux, expriment une difficulté de positionnement ainsi qu'une surcharge de travail avec un manque de matériel récurrent...

Par ailleurs, leur difficulté de positionnement est renforcée par le fait qu'à ce jour, ils n'ont aucun contrat ni avec l'HRM ni avec ESTHER mais sont cependant rémunérées par ESTHER (cf voir plus bas)

Les personnels de Bebalem, présents lors de ces échanges étaient surpris par cette situation car chez eux d'autres CPS existent en plus de Sabine qui est la CPS nommée par ESTHER et tous ont l'air de trouver leur place. L'exemple de Bebalem est intéressant même si il n'est pas réellement transposable à Moundou vu la différence du type de structure.

Il en ressort que les associations s'interrogent sur leur place au sein de l'hôpital et se sentent déposséder de leur missions dévolues.

De plus, il est important de souligner que nous avons constaté qu'un manque de communication s'est installé entre les CPS et les associations. Situation d'autant plus préjudiciable, qu'ils sont censés être des partenaires et collaborer ensemble dans l'intérêt des PVVIH.

Les autres points aussi évoqués sont : - rupture nationale d'ARV de Novembre à Février

- examens labos payants pour PVVIH décidés par le ministre de la santé en octobre 2014. Associatifs et CPS demandent à ce qu'une liste soit affichée à l'entrée du laboratoire précisant les examens payant et leurs tarifs.

Après ce bon débriefing il est décidé par tous (les CPS, associatifs et ES92) de réfléchir sur la place de chacun avant le repas du lendemain auquel participera le Dr Doude.

Je leur exprime également le ressenti du médecin qui a l'impression que les associations ne réfèrent plus de patients sur l'hôpital.

Enfin, ce premier contact me permet de découvrir qu'un fossé semble s'être creusé entre les partenaires depuis la dernière mission sociale qui a été effectuée en décembre 2010, et les Présidents associatifs ont clairement exprimé qu'ils attendaient la venue d'une mission sociale pour pouvoir aborder librement les difficultés rencontrées.

Pour eux, les missions précédentes étaient à viser médicale et ils ne se sont pas autorisés à interpeller les partenaires présents.

Mardi matin : compagnonnage avec les CPS (Marie et Elise) en HDJ

Elles sont présentes de 7h à 14h et reçoivent la majorité des patients vus en consultation médicale.

Leurs missions sont :

- l'animation de « A coeur ouvert »
- les consultations

- l'ETP
- la recherche des perdus de vues
- les visites à domicile (VAD)

Les outils mis en place par ESTHER sont :

- Fiche groupe de parole
- Fiche de recherche de perdus de vue
- Fiche de VAD
- Rapport mensuel d'activités

Le premier constat est un manque cruel de matériel. En effet, le registre mis en place dès le début de la permanence associative à l'ouverture de l'HDJ est terminé depuis environ 1 an et demi ; malgré des demandes répétées sur leur rapport mensuel d'activité transmis à ESTHER, il n'a malheureusement pas été renouvelé à ce jour. Ce que nous avons donc décidé de faire lors de la mission.

Ce registre permettait d'avoir des renseignements administratifs sur le patient consigné à un même endroit. Actuellement, elles utilisent des feuilles volantes ce qui est beaucoup moins pratique pour elles avec un risque important de pertes d'informations.

Elles ont également un cahier pour les visites à domicile et utilisent un autre cahier par les 2 côtés pour les patients venus et ceux nouvellement dépistés.

Depuis leur mise en place par ESTHER en 2012; elles se sentent délaissées. Elles ont l'impression de n'être ni encadrées ni soutenues cependant elles ont eu un premier responsable Paulin qui n'est pas resté sur l'HRM, puis Djob le responsable du CDV et actuellement, elles sont gérées par un responsable situé au CDN.

De plus, elles verbalisent clairement « Lors des missions ESTHER / ES 92 personne ne vient nous voir ».

Par ailleurs, il n'existe à ce jour aucun échange formalisé entre les différents CPS de l'hôpital. On a pu constater que chacun est confronté aux mêmes difficultés et ne sait comment les faire remonter.

A ce jour, 8 CPS ont été mis en place sur l'hôpital :

- 2 en HDJ
- 2 Médecine 3 (tuberculose)
- 1 UME
- 1 Maternité
- 1 Pharmacie
- 1 CDV

Ces CPS ont été formés par ESTHER en fonction de leurs compétences. Ils sont rémunérés 76 000 FCFA plus 12 000 FCFA (6000 pour déplacement et 6000 pour communications) mais ne sont pas sous contrat.

Cette absence de contrat est la première difficulté tant en termes de repères que de légitimité.

La seconde difficulté est l'attribution d'une nouvelle fonction : la recherche des perdus de vue qui se concrétise par des VAD qu'elles effectuent la plupart du temps sur le week-end.

Cet élément a entraîné l'incompréhension des associations dont la recherche de perdus de vue et les VAD constituaient une part importante de leur travail. Ce dernier était facilité par leur localisation au sein des différents quartiers.

Au décours de la matinée nous apprenons qu'elles n'ont pas été inscrites pour la formation des 2 après midi sur l'ETP et l'utilisation de la mallette ESTHER. Elles sont néanmoins disponibles et motivées pour y participer sachant qu'elles n'ont eu à ce jour aucun retour de la formation par les participants de la formation effectuée à Ndjaména. Elles n'ont pas encore vu ces fameuses mallettes.

Nous reprenons ce point avec François et Stéphanie et avec l'accord du Dr Doude décidons de les inclure sur cette formation ; ainsi que les CPS intervenant en médecine 3 (Norbert et Boniface). Ils manifestent eux aussi une grande motivation à y participer même si ils ne sont informés qu'au dernier moment.

Point avec la permanence sociale (Oulda)

Il n'y a plus qu'une seule AS pour tout l'HRM. Elle intervient en HDJ en collaboration avec les CPS (par exemple pour négocier des repas avec la cuisine pour les patients hospitalisés sans famille).

Cette collaboration s'avère meilleure depuis la formation par ESTHER des CPS et qui les a nommé ce qui supprime la rotation qui existait avant avec les associations.

Ce nouveau fonctionnement a permis à l'équipe médicale et paramédicale de l'HDJ de les identifier facilement et de travailler en collaboration avec elles.

Oulda n'a pas été incluse sur la formation ETP et n'est malheureusement pas disponible sur les 2 prochains après midi car elle n'a pas eu le temps de s'organiser.

Néanmoins, elle aurait été intéressée d'y participer sachant que sa dernière formation sur l'ETP date de 1989 à SARH. Elle a d'ailleurs conservé un livret qui lui avait été remis « Question réponse sur le SIDA » qu'elle utilise régulièrement quand elle reçoit les patients.

En effet, elle est souvent sollicitée par l'infirmier Mbairo lorsque les patients ne sont pas observants. Elle est donc amenée à faire fréquemment de l'ETP.

Dîner avec les Associations, CPS, personnel de Bebalem et le Dr DOUDE

Malgré l'absence de lumière et un générateur extrêmement bruyant cet échange entre les uns et les autres a été une nouvelle fois constructif.

Avec le Dr Doude, désigné comme régulateur, qui avait bien cerné le malaise et les difficultés existantes entre les deux partenaires.

- Problème de communication et d'échange
- Absence des associations au sein des centres de Santé
- Diminution des personnes référées des associations vers l'HRM

On a pu reprendre qu'avec l'évolution de la prise en charge des PVVIH, le rôle et la place des associations évoluent aussi.

A titre d'information, François a repris l'exemple Français. Dès le début du Sida, nous pouvons dire que les associations ont exercé une « pression positive » pour la prise en charge des PVVIH. A ce jour elles ont développés des activités spécifiques (groupes de paroles, alphabétisation, couture, éveil sportif, etc ...) essentiellement en dehors de l'hôpital tout en gardant une permanence hospitalière (hebdomadaire le plus souvent). Cette permanence permet d'être mieux identifiés par les patients et les soignants et est un véritable premier point de rencontre entre les associations et le patient.

Cet exemple peut être adapté et transposable au Tchad mais il peut surtout permettre une réflexion au sein des associations.

Les présidents estiment qu'il n'existe plus de transmission d'information de la part des CPS ce qui empêche l'orientation des PVVIH vers les associations.

On peut imaginer qu'avec l'évolution de la prise en charge des PVVIH au Tchad, les associations sont peut être moins bien identifiées et connues des nouveaux patients.

Par ailleurs, l'HDJ est bien identifié par la plupart des nouveaux patients ce qui explique que beaucoup y arrivent directement sans être référés par les associations.

A la fin de la discussion, les présidents sont prêts à aller vers les CPS et à les soutenir y compris pour le matériel.

Le Dr Doude réaffirme sa confiance et son soutien aux associations, en précisant qu'ils peuvent intervenir sur l'hôpital pour venir voir les patients et qu'il souhaiterait que les associations participent à nouveau au comité PTME. Par contre, il est très clair sur le fait qu'il n'y a pas de local disponible pour les associations.

Il estime néanmoins qu'ils sont un maillon essentiel dans la prise en charge des PVVIH.

En tant que partenaires extérieurs, nous avons le sentiment que la mise en place de CPS nommés par ESTHER au sein de l'hôpital et surtout la rupture de communication ont engendré un sentiment d'exclusion chez les associations.

Propositions :

- Mener une réflexion sur la nouvelle place que pourrait occuper les associations (évolution de leur champ d'intervention en adéquation avec les besoins des PVVIH)
- Présence des associations de nouveau sur l'hôpital afin d'être identifiées, reconnues et sollicitées.
- Favoriser la reprise de collaboration entre les CPS et les associations
- Réunion de tous les CPS de l'HRM 1 fois par mois afin de faire remonter leurs difficultés, et d'échanger entre eux.

Ce point a été abordé avec le surveillant de l'hôpital (Paul) qui va organiser cette rencontre.

- Changer le nom de la permanence (permanence des CPS et non plus permanence associative) pour clarifier la position de chacun.

Participation à la formation sur l'utilisation de la mallette ETP

Cette participation m'a permis de constater que les jeux de cette mallette sont pour la plupart très simples d'utilisation et peuvent faciliter les échanges entre soignants et patients mais aussi parmi les groupes de patients.

Ces jeux sont très interactifs et dynamiques permettant de soulever des questions essentielles telles que l'observance, la connaissance de la maladie, les modes de transmissions ou encore le rejet par la famille etc...

La mallette se décompose de la façon suivante :

- Le classeur imagier
- Jeux de plateau
- Le planning thérapeutique
- Les photos expression
- Questionnaire vrai faux
- Livre de contes (enfants)

Dans le contexte actuel de l'hôpital de jour où un seul infirmier assure la consultation d'environ 70 patients par jour, il ne peut avoir recours à cet outil que trop rarement ce qui remet les CPS et les associatifs au premier plan pour l'utilisation de cette mallette.

Les CPS, pourraient alors envisager d'utiliser certains jeux dans le cadre de leur animation « A coeur ouvert » ce qui faciliterait peut être la participation des PVVIH présents.

Les associatifs pourraient eux utiliser ses outils dans leurs locaux.

Les CPS comme les associatifs disposent eux du temps suffisant pour l'utilisation de ce nouvel outil qu'est la mallette ESTHER

Rencontre avec Narassem d'Esther-Tchad :

Cette rencontre improvisée avant notre départ nous a d'une part, permis de faire remonter les difficultés que nous avons constaté lors de cette mission et d'autre part, d'échanger sur ces difficultés et d'avoir des informations complémentaires.

Nous avons appris par Narassem qu'un contrat pour les CPS de l'HRM est prévu, *il sera signé entre l'hôpital et le CPS mais ESTHER restera l'organisme payeur.*

Par ailleurs, des réunions étaient prévues entre les différents CPS ; point qu'elle va revoir avec le responsable Diambu situé du CDN.

Elle a aussi pu nous expliquer que jusqu'ici l'utilisation de la mallette n'était envisagée que pour les personnes ayant bénéficiées de la formation à Ndjaména.

Après l'avoir utilisé nous même, nous avons pu lui renvoyer que cet outil était simple d'utilisation et qu'il pouvait être utilisé par tous (infirmier, CPS, associatifs, pharmacie).

Nous abordons en dernier le fait que les VAD effectuées par les CPS pourraient être réattribuées aux associations ce qui leurs permettrait de retrouver une place en lien avec l'HRM autour de la prise en charge des PVVIH.

Nous remercions particulièrement Narassem et le Dr Doude pour leur accueil, leur écoute, leur disponibilité, et surtout leur volonté de toujours améliorer la qualité de la prise en charge globale, médicale et sociale, des PVVIH à Moundou.

IV. Programme laboratoire et prise en charge tuberculose (Dr Laurent Raskine)

1-Laboratoire:

Le laboratoire dans son ensemble a bien été réorganisé par Léon. Les salles ont été réaménagées et sont bien entretenues. Il serait souhaitable peut être de revoir l'efficacité des différents secteurs compte tenu du matériels et des réactifs disponibles. Concernant le secteur du laboratoire pour la mise en place de la charge virale, aucune avancée n'est visible. Le matériel attendu n'est pas livré. Dans ces conditions, le technicien Thimoté formé maintenant depuis presque un an, va perdre tout le bénéfice de cette formation. Il sera nécessaire d'envisager une mise à niveau lors du démarrage de ce secteur.

Pour Le laboratoire des mycobactéries, nous avons constaté des éléments d'installation à reprendre. (Termes du compte rendu de la mission de Janvier 2014 repris in extenso et malheureusement encore et toujours d'actualité) : La climatisation tout d'abord ou curieusement l'eau de condensation s'écoule à l'intérieur du laboratoire et directement sur les paillasses où 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. Nous avons constaté l'arrêt pour panne du climatiseur dans la salle de microscopie. 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 le risque pour le personnel. Il est nécessaire de prévoir des rangements sous paillasse, afin de dégager au maximum les surfaces de travail. Ce laboratoire est toujours opérationnel, mais nous recommandons une maintenance et une vigilance dans l'entretien.

Deux nouveaux techniciens (Flora et Hervé) sont affectés à ce secteur, et ont passé le test d'habilitation pour la coloration et la lecture des lames. Les résultats sont encourageants mais pas totalement satisfaisant. Nous avons pu leur faire une formation sur le Xpert au cours de notre passage. Le technicien de Bebelem, Jean, a lui aussi passé ce test avec succès ainsi qu'Alain. Le nombre et les résultats observés pour les examens directs sur le registre du secteur coloration sont constants par rapport aux résultats antérieurs. (Décembre 297 et Janvier 302 examens réalisés)

Après une interruption de Septembre à Janvier, faute de cartouche (restées à Ndjaména) les tests de résistance sur Xpert ont repris. Deux nouveaux cas de MDR ont été détectés. La mise en place d'un générateur prévient les pertes de cassettes par rupture d'alimentation. Cependant, des délestages maintenant quotidiens de courant sur tout l'hôpital, rendent le travail très difficile quel que soit le secteur du laboratoire (travail interrompu les après-midi et repris après 18 heures).

2- Tuberculose et Projet « Zéro Perdu de vue » :

Nous avons rencontrés longuement le major de la tuberculose. Les fiches de l'étude « perdus de vue » en cours ont été récupérées et seront transcrites sur un tableur (2/3 des fiches prévues) avec des résultats qui a

première vue ne sont pas à la hauteur de ce que l'on pouvait attendre. Le major a bien sûr, une position centrale dans la prescription des examens complémentaires (selon l'algorithme défini), la mise en route du traitement et le suivi des patients. Le registre des patients est très bien tenu. Les éléments importants dans le succès de ce projet sont la qualité des fiches remplies, la bonne coordination avec les CPS dans la transmission des listes de patients et le retour des données recueillies. Nous pensons qu'il serait souhaitable d'envisager une décentralisation du suivi des patients traités en s'appuyant sur le maillage déjà en place des centres de santé à Moundou et dans tout le Logone Occidental (cf le rapport d'étude de Frédéric Bidegain). Cette stratégie est d'ailleurs inscrite dans le projet quinquennal du PNT. Pour cette raison et pour faire part également de notre passage à Moundou, nous avons sollicité une rencontre avec le Dr Tasnal, délégué régional à la santé. Nous avons pu évoquer au cours de cet entretien (accompagné du nouveau directeur de l'hôpital) la nécessité de prévoir le remplacement du Major de la tuberculose et la décentralisation de la prise en charge des patients traités. Malheureusement, le délégué régional malgré son avis favorable sur ces points de vue, ne semble pas disposer des compétences en personnel et des moyens nécessaires pour répondre à cette demande.

3- Rencontre avec les deux nouveaux CPS du service de Médecine 3

Cette rencontre a permis dans un premier temps de faire connaissance avec Norbert et Boniface arrivés récemment au sein du service de Médecine 3 (octobre 2014). Les CPS nous ont fait part de leur difficulté de positionnement dans la structure du service et vis-à-vis des associations, de leur interrogation sur leur statut et du manque de moyens matériels pour conduire à bien leur mission (cf le compte rendu de Céline). Ils interviennent sur différents axes. L'éducation thérapeutique, la recherche des perdus de vue, et l'orientation



individuelle des patients. L'ETP est réalisée d'emblée avec les malades dans la file d'attente de consultation, et ce début d'intervention permet entre autre d'expliquer la nature des examens complémentaires comme la radio ou le recueil des expectorations. L'ETP est réalisée également à l'aide du lutin élaboré au cours des missions précédentes. Cette formation (cf photo ci jointe, carte de visite de Norbert) permet de prendre en charge des groupes de 3 ou 4 personnes pendant 30 à 45 minutes. La recherche des perdus de vue a été longuement discutée. Les visites à

domicile ou dans les quartiers sont bien programmées. Les appels téléphoniques et les déplacements nécessitent un engagement financier qui ne doit pas être à la charge du CPS. La coordination avec le major ne semble pas optimisée. Nous avons beaucoup insisté sur la relation entre le major et les CPS qui doit être étroite et quotidienne. Une simple liste de patient ne suffit pas pour la mise en route de la recherche des perdus de vue. Nous avons redéfini ensemble la stratégie à adopter. Un agenda (acheté et fourni au cours de la mission) est mis à disposition des CPS, sur lequel sont inscrits le nom et le téléphone des patients non venus le jour de la date prévue. Cette information est transmise aux CPS en temps réel par le Major, dès le lendemain pour initier la recherche immédiate. Nous avons pu constater par ailleurs, le manque de matériel pour mener à bien le travail, en particulier le manque de masque de protection (type FFP2). Ces masques sont nécessaires aux CPS compte tenu du risque de transmission auquel ils s'exposent auprès des patients contagieux. Un lot de ces masques est disponible à Ndjamena il serait souhaitable de les faire parvenir rapidement à Moundou. Il est important de souligner ici, que nous avons constaté le sérieux et la conviction que déploient Norbert et Boniface pour prendre en charge les patients. Un soutien et un accompagnement des deux CPS dans la durée doit être un objectif des missions ultérieures, compte tenu en particulier de la perspective à court terme du départ à la retraite du major.

4- Tuberculose MDR pris en charge à l'HRM :

Le fait nouveau est la prise en charge à l'hôpital de Moundou des cas de tuberculose MDR. Les kits de traitement pour 30 patients sont déposés dans le service de médecine 3. Il serait nécessaire d'assurer le stockage dans les meilleures conditions (pharmacie ?). Actuellement 7 cas sont pris en charge sur l'hôpital et 4 à l'extérieur. Au total, en prenant en compte les cas traités à Ndjamena, il y a 20 patients sous traitement court de 9 mois au Tchad. Les traitements au moins pour les 4 premiers mois sont administrés sous DOT, par l'infirmier, les patients étant hospitalisés. Nous avons pu nous entretenir avec lui et bien réexpliquer les

procédures d'administration et la surveillance qu'impose un tel traitement. Les examens biologiques de contrôle sont pris en charge par l'hôpital et nous pouvons ici en remercier chaleureusement le directeur. Une soirée a été consacrée pour les médecins de Moundou sur le thème de la prise en charge de la tuberculose multi résistante. Le diagnostic et la prise en charge des tuberculoses MDR à Moundou est une responsabilité importante pour le personnel soignant. Nous devons apporter un soutien constant, en particulier auprès du Dr Doude pour l'aider dans cette prise en charge.

5- Réunion du Comité Technique National pour la prise en charge des tuberculoses MDR au Tchad dans le cadre du PNT, (Ndjamena, le 12/02/2015). L'ordre du jour était le suivant :

- Contexte actuel
- Réponse à la problématique des MDR
- Parcours pour le schéma court de traitement des MDR
- Etat de MEO des Recommandation du Comité de Liaison ESTHER
- Nouvelles Recommandations des missions d'assistance technique de l'OMS

La discussion a porté sur les points suivants :

Protocole traitement 9 Mois : Il a été réaffirmé que le choix du protocole court 9M a été adopté par le Tchad suite à l'atelier TB Esther en mai 2014, et validé par le courrier officiel du MSP.

La question de la prise en charge thérapeutique des patients détectés : nous sommes heureux déjà de savoir que 30 kits MDR ont pu être débloqués par le MSP.

Il conviendra de ré évaluer le nombre de kits nécessaires, s'assurer de la disponibilité des molécules de façon à ce que tout cas détecté soit traité. Pour cela, le PNT/Tchad doit persévérer à trouver un financement pour ces médicaments. Ce protocole de traitement doit s'accompagner d'une étude observationnelle afin de mesurer l'impact et la réussite du traitement.

Ce traitement court doit également avoir l'approbation du comité national d'éthique.

Guide national de prise en charge des patients MDR pour les praticiens : ce guide est effectivement à produire rapidement. Les éléments de son contenu sont déjà en grande partie disponibles (validés par le PNT lors de l'atelier National de mai 2014). L'équipe Esther a relaté les difficultés actuelles Tchad / Fonds Mondial (note conceptuelle VIH/TB). Dans ce contexte qui ne préfigure pas de déblocage immédiat, voir pas avant la fin de l'année 2015, nous pensons indispensable d'avancer « main dans la main » avec le PNT pour l'adaptation et la rédaction de ce Guide de prise en charge. Aussi nous proposons qu'Entre-Aide Santé 92 par le compagnonnage puisse apporter son appui et sa supervision par échanges à distance.

Prise en charge du suivi biologique : la nouvelle Direction de l' HRMoundou a accepté suite au plaidoyer de Dr Narassem et Dr Doudé de prendre en charge ce coût pour les patients. Alors que ce n'est pas le cas pour la prise en charge des patients MDR a L'HGRN.

A la question, faut-il prévoir un « dispositif pour la collecte/acheminement à Moundou de crachats suspects de l'HGRN », la réponse est non selon nous.

Il semble légitime d'acquérir (partie tchadienne) un Gene-Xpert pour NdJamena pour faire le diagnostic sur place. Mais cela supposera : identifier le site, former les techniciens, et prévoir l'achat des réactifs afin d'être opérationnel rapidement.

Contrôle qualité et expertise des souches par le laboratoire de Bactériologie de l'hôpital Lariboisière France : Le laboratoire pourrait aussi expertiser les souches RIF-R de N'Djamena. Mais les contraintes sont nombreuses ! Recueil des crachats, conservation et envoi vers la France et le coût. Le projet Esther /Mairie de Paris à Moundou pour 2015 avait provisionné un budget pour environ 15 souches. Une solution financière pérenne mérite d'être discutée car un engagement national tchadien (MSP, Fonds Mondial ... ?) s'imposera. On propose d'envisager un partenariat avec le Laboratoire national de référence TB du Cameroun (Centre Pasteur de Yaoundé) pour l'expertise et la formation des techniciens du futur LNR Tchadien. La mise en place d'un LNR au Tchad ne pourra être opérationnelle avant 12 à 18 mois, si toutes les conditions sont réunies.

V. Conclusion et perspectives

Des conclusions avec des points d'amélioration ou préconisations existent déjà dans les sous parties, je ne les reprendrais pas toutes.

Cette mission est d'abord très bien partie avec des horaires d'avion de la PAM respectés et un accueil toujours aussi chaleureux localement et aidant notamment du nouveau directeur.

Cette mission a permis comme souvent de soulever quelques dysfonctionnements qui malheureusement sont souvent les mêmes. Ils concernent les ruptures aussi bien en médicaments à la pharmacie qu'en réactifs au niveau du laboratoire. Ces ruptures semblent cependant un peu moins fréquentes.

Sur le plan tuberculose, ça marche.

Quand aux aménagements pour la charge virale, ils sont toujours en cours, c'est vraiment dommage.

Nous avons eu une certaine surprise car la venue de l'assistante sociale a permis de mettre à jour les problèmes relationnels entre les associations et l'hôpital, des solutions existent pour les aplanir, chacun (associations, soignants et CPS) devant évoluer avec des missions à affiner devant des prises en charges des PVVIH qui changent. Pour les soignants le Dr Doudé en a pris compte, pour les CPS c'est fait aussi par Gip-Esther à travers Narassem. Enfin pour les associations, c'est plus à elles de trouver leur nouvelles places mais des voies leur ont été données et leur rôle est toujours aussi important, notamment dans l'accompagnement à domicile et la recherche des perdus de vue que ce soit sur la tuberculose ou le VIH.

Au niveau de la pharmacie, une organisation différente pour une gestion des stocks plus performante et un lieu différent serait nécessaire pour une meilleure ETP du patient. La place de la CPS reste à mieux définir. Une double formation de la « pharmacienne » en logistique et ETP semble essentielle.

Sur les formations en éducation thérapeutique (ETP) au travers de ces fameuses mallettes d'Esther, elles ont été les biens venues pour approfondir ou initier leur mise en pratique. Au CDN et à Bebaem, l'utilisation de ces mallettes avait déjà commencé avec succès et intérêt. A l'HRM c'était moins évident et au CDLS, il n'avait pas participé à la formation.

Pour le projet « zéro perdu de vue » lire l'annexe V et ses conclusions. Les résultats (51,7 % perdus de vue) si ils ne sont pas à la hauteur des espoirs peuvent s'améliorer sans aucun doute si quelques règles de bonnes pratiques deviennent effectives avec une volonté non feinte.

L'étude gynécologique sur le frottis de dépistage des cancers de l'utérus chez les femmes VIH devrait enfin prendre fin en juin prochain. L'impact sur cette population de l'utilité du dépistage ne semble pas perçu suite à cette étude.

Quand au compagnonnage, il reste essentiel pour améliorer la prise en charge de la PVVIH. La consultation et le suivi est très différent en fonction du lieu et des pratiques de chacun, ne serait ce que par le temps passé avec le patient. Le manque de moyen humain notamment n'explique pas tout.

Au final, notre objectif dans les missions d'ES 92 est d'œuvrer pour que la prise en charge de la PVVIH à Moundou et sa région soit aussi bonne que possible. Cela passe par l'amélioration des pratiques de tous les intervenants du soignant à l'administratif sans oublier les associatifs. Nous ne pouvons que remercier nos partenaires de la confiance qu'ils nous accordent en nous laissant voir ces pratiques pour s'appuyer sur nos remarques et alors mieux avancer.

Annexe I

Programme de la mission de Février 2015 (1)

Objectifs principaux :

ETP des PVVIH et/ou BK , compagnonnage au CDLS et CND
 Evaluation/formation au niveau du laboratoire, des pharmacies
 (circuits des ARV et antiBK)
 Audit du Projet tuberculose et évolutions

C : Céline
 F : François
 L : Laurent
 S : Stéphanie

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

Lundi 9 février

Matin	10h30	Salutations	Directeur de l'HRM et staff + Dr Doudé	C F L S
	11h30	Visite des différents services	partenaires HDJ- Service de la tuberculose- Pharmacie-Laboratoire	C F L S
Midi	12h45	Repas		C F L S
Après midi	14h-16h	Analyse des fiches de recueil BK	Major + 2 CPS (BK)	F S
		Rencontre associations et laboratoire	représentants associations et labo	C L
	16h à 18 h	Visite de la nouvelle prison de Moundou ou rencontre avec le Dr memadji en soirée	Dr Memadji	F S
Soirée	19h Repas	Repas	Directeur de l'HRM + staff + Dr Doudé	C F L S

Mardi 10 février

Matin	8h - 12h	Compagnonnage au CDLS ou CND	Medecin ou infirmier	F
		Compagnonnage HDJ - médecine	Assistante sociales -CPS	C
		Compagnonnage pharmacie	Infirmière de la Pharmacie + CPS	S
		Compagnonnage laboratoire	Laborantins	L
	11h - 12h	Analyse logiciel Esop	HDJ : secrétaire + médecins	F
Midi	12h30	Repas	Assistants sociaux et CPS + Infirmière Pharmacie ARV + la vingtaine de l'après-midi qui assistera à la formation sur l'utilisation de la valise ETP	C F L S
Après midi	14h - 17h30	Utilisation de la valise d' ETP VIH	Une vingtaine de personne + Infirmière et CPS de la pharmacie ARV	F S
	14h - 15h30	Analyse des fiches de recueil BK	Major + 2 CPS (BK)	C L
Soirée	19h Repas	Retour de PEC à l'HRM +CDLS +CND des PVVIH	Associations (A3V- ACCPVV- CAPI)	C F L S

Programme de la mission de Février 2015 (2)

Objectifs principaux :

ETP des PVVIH et/ou BK , compagnonnage au CDLS et CND
 Evaluation/formation au niveau du laboratoire, des pharmacies
 (circuits des ARV et antiBK)
 Audit du Projet tuberculose et évolutions

C : Céline
 F : François
 L : Laurent
 S : Stphanie

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

Mercredi 11 février

Matin	8h - 12h	Compagnonnage au CDLS ou CND	Medecin ou infirmier	F
		Evaluation du circuit des médicaments	Pharmacies des ARV et des antituberculeux	S
	11h - 12h	Etude perdus de vue, mise au point	Major + 2 CPS (BK)	C +L
		Evaluation enquête frottis de dépistage	Dr Kemian	F
Midi	12h45	Repas		C F L S
	14h - 17h	Utilisation de la valise d' ETP VIH	Une vingtaine de personne	F S
	14h - 15h30	Retour de l'étude gynéco	2 ou 3 par association + CPS ou autres des 3 hôpitaux de moundou qui ont participé à l'étude	L C
Soirée	19h Repas	Thème autour BK ou VIH ou Ebola	Médecins généralistes HRM et libéraux	C F L S

Jeudi 16 janvier

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

CPS : Conseiller psychosocial
 CND : Centre Nasson Djenandoum
 CDLS : Centre Diocésain de Lutte contre le Sida

Annexe II

Listes des présents à la formation des mardi et mercredi après-midi sur l'ETP

Nom	Prénom	Fonction	Lieu d'exercice
1/ Nékouanodji	Elise	C.P.S	HDJ
2/ Nénodji	M. Marie	C.P.S	HDJ
3/ Benadji	Evelyne	ep.s	Maternité
37 Mariam	Kindi	SFDE	Maternité
47 Nékouandé	Florance	ATS Iacch	Maternité
5/ Romain ou BAH	accompagnateur	accompagnateur	CDLS
06/ Bonifaz ou	NADJI	C.P.S	Medecine III
07. Mbairi Koumbeye	Vladimir	C.P.S	CDN
08. Lare Olga		Infirmière pharmacie	HRM
09 Nodjiassem	Mbaïgangdjim	C.P.S Med III	HRM
10 Tuekalang	Edith	Adjointe surveillance	HRM Med I
11 WATINE	me	medecin	CDLS
12 Djatoura	Jairus	Med II major	HRM
13 YORAM	BALDA	Med I infirmière	HRM
14 KANASSI	Rose	Unité Mère-enfant Gage-femme	HRM (UME)
15 ALLAHSHISSEM	SALOMENE	ep.s	URMIE
16 - Odyoum	Gemeviève	C.P.S	pharmacie
17 Moundou	Keiba	ep.s	CDN
18 Ngourhong	patricia	I D E	CDN
19 Ndolesonodji	Sabine	C.P.S	Bebalem
20 KALTOUM A	ASSANE	Med II infirmière	HRM
21 MADJI Reta	clemence	Med II infirmière	HRM

Formulaires

Nom	Prénom	Fonction	lieu d'exercice
1) Lamadji	Blandine	IDÉ	surveillante (CDN)
2) Mbairamtar Béramgato	Tsidore	IDÉ	Responsable du centre Bébalém
3) Benadji	Evelyne	CPS	Maternité
4) Nodde gonodji son	Sabine	CPS	CDV Bébalém
5) NGARTONON	ANICET	Animateur	Unité mère-enfant
6) Obaino	Ndoundo	IDÉ	Oboundou

HOPITAL REGIONAL DE MOUNDOU

HOPITAL DE JOUR/PROJET ESTHER


SERVICE COMPTABILITE

Liste de présence du 11-02-2015

N°	Nom et prénoms	Lieu du service	Contact	Emargement
01	Ngonhony patricia	CDM	63 83 75 10	
02	MOUNDOU Koisa	CDM	66 47 27 05	
03	MBAICEMBA B. Sidre	Bébalém	66 95 99 67	
04	Ndolégonodji Sabine	Bébalém	62 51 19 21	
05	NERAMBAYE Jean	Bébalém	66 37 77 18	
06	Oetjoum Geneviève	Pharmacie/HDS	66 57 31 99	
07	Denadji Evelyne	Maternité	66 37 13 59	
08	Mbaino Nalouido	HDS / RDE	66 43 72 83	
09	WATINE Luc	CDLS		
10	ALLAHSUSSEMSILOHENE	U.M.E	62 44 80 40	
11	NGARTONON Anigt	U.M.E	66 38 07 99	
12	Nodjiamon Mbejjang	Med III	63 83 29 52	
13	KALTOUNA ASSANE	Med II	66 19 19 45	
14	MBAIKAKAMBEYE Vladimir	CPS	91 25 11 00	
15	BONIFACE NADJI	CPS MED.III	63 73 70 03	
16	NéKouanodji Elise	CPS HDJ	68 24 39 91	
17	NENODJI M. MARIE	CPS HDJ	66 32 48 18	
18	MEKALANGEDIAH	Med I	66 60 53 43	
19	MEKONIDENE FLORENCE	maternité	66 77 28 17	
20	YORAM BALDA	Med I	66 23 40 39	
21	Madjirota N. Clemence	Med II	66 26 50 21	
22	Djetoura Jarvis	Med II	66 41 97 84	
23	Lamouodji Blandine	CDM	66 42 99 02	
24				
25				
26				
27				
28				
29				

Annexe III

Dossier médical – Hôpital de Moundou

 **HOPITAL REGIONAL DE MOUNDOU**
HOPITAL DE JOUR (code ARV/HDJ/____/____/____)
DOSSIER MEDICAL INITIAL DE LA PVIH

1. Infirmier du jour : _____ Date de l'établissement du dossier: ____/____/____
Référé (e) : Oui Non Si oui, Provenance : _____
Nom et Prénoms du Médecin traitant : _____

2. Identification du patient N° de code du patient : 2 / 0 / ____ / ____ / - HDJ - ____ / ____ / ____

Nom : _____ Prénoms : _____
Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M F Profession : _____
Type d'employeur : Etat Privé Informel Autres, préciser : _____
Adresse : _____ Tel. : _____
District de Moundou Hors District Hors Délégation
Situation matrimoniale : Marié -Foyer monogame -Foyer polygame
Célibataire Veuf (ve) Divorcé(e) Concubin(e) Fiancé(e)
Enfants à dépister : _____ Age du dernier enfant vivant : _____ ans. Est-il dépisté ? Oui Resultat : Non
Niveau d'instruction : Aucune Primaire Secondaire Supérieur
Si Enfant, renseignements sur les parents : Père: vivant décédé Mère: vivante décédée
Préciser la personne s'occupant de l'enfant : _____

3. Statut virologique et immunitaire
3.1 - Sérologie VIH positive
Circonstance de dépistage : AES Grossesse Suspicion clinique Dépistage volontaire
Don de sang Conjoint positif Enfant positif Mère Positive Autres, préciser : _____
Date de la découverte : ____/____/____ Test confirmé Oui Non
Type de virus : VIH1 VIH2 VIH1+VIH2
3.2 CD4 valeur exacte : a) en valeur absolue _____ /mm³ b) en pourcentage _____ Date du comptage : ____/____/____
3.3 Charge virale : Valeur exacte _____ / mm³ Date de prélèvement ____/____/____

4. Examen clinique initial
4.1. Antécédents :
Alcoolisme : Oui Non
Tabagisme : Oui Non
Hépatite : Oui Non
Zona : Oui Non Si oui, à quelle date : ____/____/____
Tuberculose : Oui Non Si oui, à quelle date : ____/____/____
Date de la dernière règle : _____
Traitement ARV antérieur : Oui Non Si oui, préciser : a) Date de début : ____/____/____ b) date de fin : ____/____/____
c) ARV utilisés : _____
Autres traitements en cours : Oui Non si Oui citer : a) _____ b) _____ c) _____
Hospitalisation antérieure : Oui Non Si Oui, motif : _____

SI Enfant,
Chez la mère : -PTME Oui Non -Traitement ARV pdt la Grossesse : oui non Si oui préciser : Quand ____/____/____
b) ARV utilisés : _____

Chez l'enfant : Sevrage : Oui Age : ____/____/____ Non Préciser mode d'alimentation : _____
Traitement ARV antérieur : Oui Non Si Oui, a) Début : ____/____/____ b) Fin : ____/____/____ c) ARV utilisés : _____
Autres traitements en cours : Oui Non Si Oui, citer : a) _____ b) _____ c) _____

4.2. Motif de visite : Suivi sans ARV Initiation ARV Suivi avec ARV

3 : Signes généraux

Poids (kg) : Taille (m) : IMC (P/T²) : PC : cm Temp : °C Pouls : TA :

Classification :

4.4. Signes physiques

Symptômes/ signes/ maladies	Réponse		Observations Description
	Oui	Non	
> Grossesse			Age gestationnel :
> Adénopathie extra inguinale			Siège ?
> Fièvre			Depuis quand ?
> Diarrhée			Depuis quand ?
> Amaigrissement			Si oui, poids antérieur
> Toux/dyspnée			Depuis quand ?
> Dysphagie			
> Céphalées rebelles			
> Zona			Depuis quand ?
> Prurigo			Depuis quand ?
> Autres dermatoses			Préciser
> Anémie			
> Ictère			
> Candidose buccale			
> Candidose œsophagienne			
> Tuberculose			
> Autres pleuro pneumopathies			
> Atteinte hépatique			
> Splénomégalie			
> Toxoplasmose			
> Troubles sensitivo moteurs			Préciser
> Troubles de la croissance			
> Lymphome			
> Sarcome de Kaposi			Siège ?
> Cryptococcose neuro-méningée			
> Troubles psychiatriques sévères			
> Autres			

5. Classification selon OMS : Stade I Stade II Stade III Stade IV

6. Para clinique

Hémoglobine : g/dl	Lymphocytes : /mm ³	Créatininémie: mg/l	Amylasémie ui/l
Leucocytes : /mm ³	Plaquettes: /mm ³	Glycémie g/l	Recherche de BAAR
Polynucléaires neutrophiles /mm ³		Transaminases SGPT..... ui/l SGOT..... ui/l	

7. Entretien psychosocial : Oui Non Education thérapeutique : Oui Non

8.1. Le patient est-il éligible ? Oui Non

8.2. Protocole thérapeutique proposé
ARV, Posologie : 1) 2) 3)

8.3. Autres prescriptions :

9. Date de démarrage des ARV : / /

Annexe IV

Proposition de protocole pour la réalisation d'une solution de Névirapine

PTME NEVIRAPINE

SIROP NEVIRAPINE

solution 10mg/mL

Administrer avec seringue graduée en mL

COMPRIMES de 50mg

Administration ARV aux nouveau-nés en remplacement de Nevirapine sirop

1 comprimé de NEVIRAPINE 50mg à écraser et à diluer dans 5mL d'eau:

solution 10mg/mL

Administrer avec seringue de 5mL graduée en mL (à acheter)

Jeter la dose restante dans la seringue. Recommencer chaque jour

Âge du nourrisson	Posologie quotidienne	En mL
De la naissance ^a à 6 semaines ^b <ul style="list-style-type: none">• Poids de naissance 2000 à 2499 g• Poids de naissance \geq2500 g	10 mg une fois par jour 15 mg une fois par jour	1mL 1,5mL
>6 semaines à 6 mois ^c	20 mg une fois par jour	2mL
>6 mois à 9 mois	30 mg une fois par jour	3mL
>9 mois jusqu'à l'arrêt de l'allaitement au sein	40 mg une fois par jour	4mL

* Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant : vers un accès universel. Programme VIH-SIDA, World Health Organization, Mise à jour 2010.

Annexe V

Analyse de l'étude « ZERO PERDU DE VUE »

Etude portant pour le moment sur la période de juillet 2013 à juillet 2014 avec 390 fiches analysées sur les 500 prévues (dernières fiches en cours de finalisation à l'HRM). L'objectif est de repérer les perdus de vue, de mettre en place les outils de rappel et de suivi pour diminuer leur pourcentage qui est d'environ 30 % au Tchad et même plus à Moundou.

Pour rappel au Tchad l'incidence de la tuberculose est de 151/100 000 et à Moundou environ le double soit 324/100 000. Au Tchad, seulement 56 % des cas de tuberculose sont dépistés avec un taux de succès de guérison de 70%.

Par ailleurs ils n'existaient pas de cas de tuberculoses multi résistantes mise en évidence au Tchad.

1) Age le la population étudiée :

Age moyen sur 368 fiches : **34 ans** (de 14 mois- 75 ans avec pic à 29 patients de 25 ans)

années	[0 - 4]	[5 - 9]	[10-14]	[15-19]	[20-24]	[25-29]	[30-34]	[35-39]
Nb patient	2	1	1	14	48	81	70	44
années	[40-45]	[45-49]	[50-54]	[55-59]	[60-64]	[65-69]	[70-74]	[75-79]
Nb patient	46	17	17	10	9	2	0	1

2) Lieu d'habitation :

Difficile d'analyser, il faut que cela soit fait par un moundoulais

3) Personne de confiance :

Non : 169

Oui : **221**

Sur ces 221 patients avec personne de confiance seulement 57 sont classés guéris sur 101 classés guéris au total ; puis 56 C2 neg sur 86 et enfin 30 C5 neg sur 47 (cf plus loin)

Il faudrait savoir combien d'appel téléphonique chez ces personnes ? à priori pas beaucoup car nous n'avons pas vu les fiches de recueil d'appel téléphonique prévues pour cet usage.

4) Appartenance à un Centre de Santé :

Difficile d'analyser, comme le lieu d'habitation ; il faudrait que cela soit fait par un moundoulais

5) Langues parlées :

Arabe : 13 Arabe + Ngambay : 11 Arabe + Ngambay + Français : 13 Arabe + Français : 4

Français : 9 (peut être seule par manque de précision)

Ngambay : 196

Ngambay + Français : 84

Différents dialectes : 20

Non Remplie : 32

6) **Associé VIH :**

Non renseigné : 259 Oui : 39 Non : 92 soit 131/390 (33%)

D'après les études seulement 50 % des personnes tuberculeuses sont dépistées pour le VIH au Tchad. A Moundou 33%, Il faut sûrement plus encourager le dépistage dans cette population tuberculeuse que l'on sait plus touchée par le VIH

7) **Mois d'inclusion dans étude, soit mois de début de traitement :**

2013	juillet	août	septemb.	octobre	novemb.	décemb.	
	1	1	18	41	22	24	
2014	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet
	60	38	24	33	33	53	42

A suivre prochainement les inclusions à partir d'août 2014 pour atteindre les 500 fiches prévues

8) **Nouveaux cas avec bacilloscopie positive :**

276 nouveaux 61 non nouveaux 53 cases non remplies

Parmi les 61 cas non nouveaux, on trouve 51 cas de rechute, échec, récurrence et TEP sur les 92 cas prévus (cf ci dessous)

9) **Classification des rechutes, échecs ou remises sous traitement et tuberculoses extra pulmonaires (TEP) :** 92 cas à classer au total, 10 cas non remplis

Echec : 17

Rechute : 41

Rechute ou échec : 3

Récurrence après arrêt traitement : 8

Tuberculoses extra pulmonaires (très majoritairement bacilles négatives) : 23

10) **ETP pratiquée en présence d'un proche :**

Presque tous les patients ont suivi l'ETP (379 sur 390), c'est formidable !

Cette information d'ETP a été donnée avec un proche dans : oui 74 **non : 276** non remplie : 40

Sur les 74 patients dont l'information a été donnée avec un proche, 14 sont déclarés guéri/101 possible, 22 sont C2 neg/86 possible et 4 sont C5 neg/47 possible. On n'a pas l'impression que cette information donnée en présence d'un proche favorise vraiment l'observance donc la guérison.

11) **Score acquis des connaissances suite à cette ETP délivrée :**

Sur 382 patients analysables, on comptabilise un point par acquis soit un maximum de 10 acquis par patient (cf questionnaire en annexe 1)

Acquis	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
Nb Patient	128	26	42	58	57	41	15	6	6	0	0

Le score total est de 2893 points soit en **moyenne 7,6 points donc acquis par patient.**

Par rapport au nombre des acquis par patient, le taux d'observance et/ou guérison paraît faible

12) Avis du major au terme de l'entretien sur le suivi du traitement par le patient :

230 avis sont donnés favorables, **seuls 8 avis sont défavorables** et 161 avis ne sont pas définis
Sur les 230 avis favorable, 72 sont classés guéris/ 101, 51 sont C2 neg/86 et 31 sont C5 neg/47. Finalement il y a quand même les 2/3 de guéris dans ceux qui ont reçu un avis favorable
Sur les 8 avis défavorables il y a 3 classés guéris, 4 C2 neg et 1 non défini
Sur les 128 qui ont obtenu 10 seuls 25 sont classés guéris, 10 C5 neg et 25 C2 neg
Sur les 26 qui ont obtenu 9 **seuls 5 sont classés guéris**, 2 C5 neg et 8 C2 neg
Sur les 58 qui ont obtenu 7 : 22 sont classés guéris, 11 C5 neg et 9 C2 neg
Sur les 57 qui ont obtenu 6 : 15 sont classés guérie, 5 C5 neg et 16 C2 neg
Sur les 6 qui ont obtenu 2 : 3 sont guéris et 2 sont C5 neg

13) Le patient a été hospitalisé ou non et nombre de jour d'hospitalisation :

Oui : 156

Non : 73

Non défini : 161

Sur 156 patients hospitalisés, le nombre de jour d'hospitalisation ne porte que sur 139 patients, soit au total 3196 jours et donc une **moyenne d'hospitalisation de 23 jours par patient.**

Le nombre de jour d'hospitalisation vont de 2 jours à 60 jours avec un nombre de patient d'environ de 1 à 3 pour chaque nombre de jour d'hospitalisation sauf pour :

14 jours d'hospitalisation : 11 patients

15 jours.....: 31

21 jours.....: 10

30 jours..... : 15

45 jours..... : 6

60 jours..... : 5

Donc le plus grand nombre de patients concerne la durée d'hospitalisation de 15 jours

14) Nombre de venue en consultation et venue régulière :

Nb venue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
													vide	14
Nb Patient	16	26	33	41	42	52	89	28	28	12	4	3	1	2

La venue régulière est notée 203 fois sur les 390 fiches et 187 sont non définies.

Sur ces **203 venues régulières, 86 sont déclarés guéris, 31 C5 neg** et 9 C2 neg.

Ces résultats sont logiques dans la mesure où la majorité des guéris 86/101 se retrouvent dans ceux qui viennent régulièrement.

Dans ceux qui sont notés être venus régulièrement, le tableau ci-dessous montre bien que venir régulièrement n'est pas équivalent à venir le plus souvent, le pic de régularité se situe à 6 fois. Cela s'explique par le fait qu'ils sont normalement guéris à ce stade mais on s'aperçoit que sur ces 77 qui sont venus régulièrement et 6 fois, il y n'en a que 34 de déclarés guéris, 14 C5 neg et 16 C2 neg.

Nb venue R	4	5	6	7	8	9	10	11	13
Nb Patient	21	30	77	25	25	9	4	2	1

15) Résultats finaux de l'étude PDV en termes de guérison :

Il est notifié sur les fiches de patient analysées soient 390 : **Guéri : 101**

- Nombre de BK négatif à 2 mois de traitement, **C2 neg : 86**
- Nombre de BK négatif à 6 mois de traitement, **C5 neg : 47**
- Nombre de BK positif à 2 mois de traitement, C2 pos : 12
- Nombre de BK positif à 6 mois de traitement, C5 pos : 3
- Nombre patients décédés, DCD : 2
- Nombre patient MTN + RIF - : 2
- Nombre patient MTB + RIF + : 8
- Nombre de patient transféré : 13
- Nombre de non notification : 116
- **PDV : 202/390 = 51,7%**

Pour la première fois 8 cas de tuberculose multi résistantes (MTB+RIF+) ont été mis en évidence au Tchad grâce à l'installation du geneXpert au laboratoire de l'HRM.

Analyse finale et propositions :

Faible pourcentage de patient guéri malgré l'étude mise en place. Puisque **uniquement 101 sont déclarés guéris sur 390 (26%)**. Cependant on pourrait ajouter à ce chiffre de 101 les 45 déclarés négatifs à la 5^{ème} consultation en considérant soit que les patients allaient bien et ne sont pas revenus, soit qu'il y a un problème de déclaration. **Cela porterait alors à 146 guéris sur 390**, soit un taux de guérison de **37,4%**.

De toute façon ces chiffres de guéris restent faibles et certainement faut-il mettre en place des moyens de suivi et de rappel des PDV plus efficaces et volontaristes.

Déjà lors de la mission de janvier 2014 un agenda à été mis à la disposition du major et des CPS pour l'identification des PDV et leur rappel (téléphone fourni) immédiat sans attendre la fin du mois ; mais les CPS venaient juste d'être nommés. Il faudra contrôler les fiches de rappels de suivi en cas de non venus tenues par les CPS (Annexe 2), voir leur nombre et surtout si l'appel a été fait dès le lendemain de la constatation de non venue comme préconisé.

Certainement aussi faut-il prendre du temps pour bien remplir les coordonnées administratives du patient et de sa personne de confiance pour le retrouver facilement. S'appuyer aussi sur le centre de santé du patient et sur les associations de malades dès que le patient ne vient pas à sa consultation.

Les informations données au début du traitement considérées comme une séance d'éducation thérapeutique doivent être reprises régulièrement par le major et les CPS à chaque consultation. L'ETP doit s'inscrire dans le temps. Les résultats montrent que 86 patients sont négatifs à la deuxième consultation sans faire partie des guéris mais ne reviennent pas après, **aussi cette 2^{ème} consultation est un moment clef du suivi sur laquelle l'ETP doit insister.**

Au final : cette étude, même si elle n'a pas donné les résultats escomptés, a permis de bien identifier les problématiques du suivi et des perdus de vue. Elle permet donc de parfaire les outils mis en place et leur bon fonctionnement ainsi que d'y apporter de nouvelles solutions comme un intéressement pour entretenir la motivation du patient à l'observance et celle du soignant au soutien durant toute la période de traitement. L'idée, comme pour les ARV, de décentraliser la délivrance des traitements antituberculeux à tous les centres de santé comme cela a déjà été proposé est certainement une solution pour aussi diminuer les perdus de vue.

Toutes ces améliorations devraient contribuer à diminuer les perdus de vue (51,7%) et donc augmenter le taux de guérison qui n'est au mieux que de 37,4% à Moundou et son agglomération.

Annexe ancien rapport 2014

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"/> <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 Attendus : urines orangées Non attendues : ictère, neuropathie, vomissement, allergie	acquis <input type="checkbox"/>	non acquis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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"/> <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 : _____

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 : _____

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

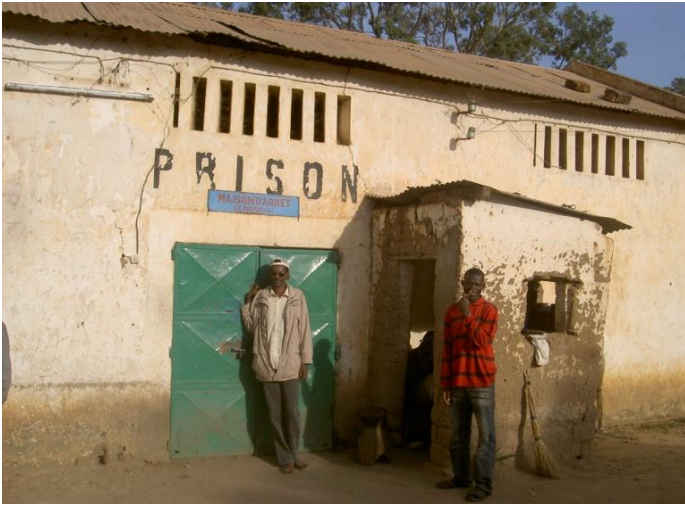
Extrait du rapport de la mission de janvier 2014 :

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 VI



2014



2015

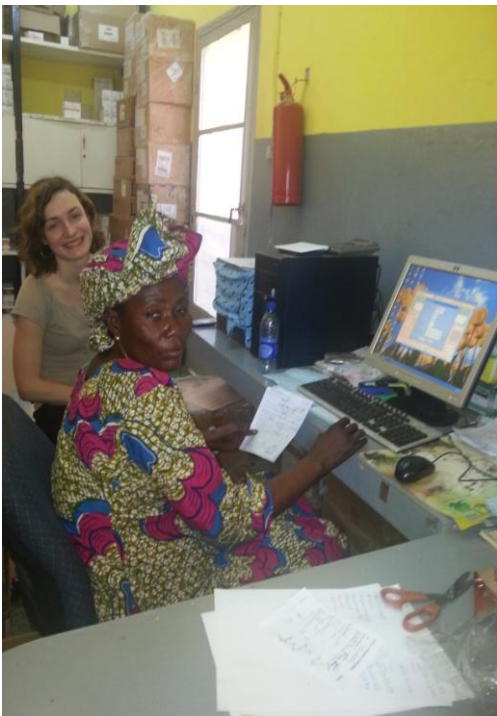


Bk crachats déposés au labo par les patients dès le petit matin



Appareil à charge virale non fonctionnelle mais présent (2013)

Pharmacie



Formation nocturne des médecins



Formation à l'éducation thérapeutique avec la mallette



Fin Mission Moundou Février 2015
Fin Mission Moundou Février 2015