



ENTRAIDE SANTE 92



GIP ESTHER



Convention Gip Esther /Entraide Santé 92 : 2014 0155

## Rapport de Mission

Hôpital Régional de Moundou  
Région du Logone occidental -TCHAD

### Intervenants d'Entraide Santé 92 :

#### Mission du 5 au 9 juillet 2015 :

Madame Céline Levacher, assistante sociale, CHU Louis Mourier, APHP, Colombes (92700), Corevih Ile de France Ouest.

Docteur François Cordonnier, CHI Poissy-St-Germain-en-Laye 78, Corevih Ile de France Ouest.

Docteur Emmanuel Mortier, CHU Louis Mourier, APHP, Colombes (92700), Corevih Ile de France Ouest.

#### Mission du 5 au 12 juillet 2015 :

Docteur Laurent Raskine, GH Lariboisière-St Louis, APHP, Paris.

# 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

## Sommaire

P 4 : Contexte et objectifs de la mission

P 5 : Calendrier de la mission

P 7 : Hôpital Régional de Moundou et Prise en charge des PVVIH

P 11 : Les conseillers psycho sociaux

P 15 : Les associations de PVVIH

P 18 : Dépistage et suivi des patients tuberculeux

P 22 : Atelier national sur la tuberculose résistante

P 24 : Etude sur le suivi gynécologique des femmes séropositives

P 25 : Conclusion et perspectives

P 27: annexe 1 : algorithme de suivi des patients tuberculeux pour rechercher les perdus de vue

## **Contexte**

Le Tchad vit actuellement une vague d'attentats suite à l'implication du pays dans la lutte contre Boko Haram.

A l'hôpital régional de Moundou, l'appareil à CD4 (BD) est en panne depuis 8 mois. Un réparateur est attendu prochainement.

Les tests de dépistage du VIH sont en rupture depuis 2 mois.

Depuis une dizaine de jour, certains antirétroviraux (Viraday, truvada, efavirenz) sont en rupture totale ; 512 patients reçoivent cette combinaison de traitement.

A l'hôpital de jour, une nouvelle infirmière (Bertine) est venue épauler le seul infirmier (Mbairo) qui assurait la prise en charge de plus de 800 patients sous antiviraux sous la supervision du Docteur Doudéadoum.

L'hôpital de Moundou a un local nouvellement équipé d'une connexion internet mise en place par le Ministère de la Santé.

Les 10 conseillers psycho sociaux (CPS) ne reçoivent plus leur indemnité depuis plus de 2 mois, les fonds pour l'aide direct aux plus indigents (traitement des infections opportunistes, collation alimentaire) sont stoppés.

A noter, qu'un hôpital évangélique s'est ouvert dans la ville de Moundou et assure les urgences traumatologiques, soulageant d'autant l'hôpital régional de Moundou.

## **Objectifs de la mission**

Les objectifs de cette mission étaient de poursuivre le compagnonnage médical et social (dernière mission en février 2015), en particulier :

- Assurer un compagnonnage avec les 10 conseillers psycho sociaux de l'hôpital (2 au service tuberculose, 1 en pharmacie, 1 au centre de dépistage, 1 en maternité, 1 à l'unité mère enfant, 2 en hôpital de jour, 2 au centre Djendaoum Nasson) et élaborer avec eux un lutin d'éducation thérapeutique sur les messages importants à transmettre aux patients sous antirétroviraux,
- Poursuivre le projet de diminution des perdus de vue des patients traités pour une tuberculose,
- Poursuivre le compagnonnage du laboratoire de la tuberculose. Essai de réalisation de la charge virale VIH à partir de l'appareil Gen Expert (réussi),
- Evaluer la prise en charge des 20 cas de tuberculose MDR à l'HRM (Fiche de recueil des données, effets secondaires du traitement, suivi des patients),
- Terminer l'étude du dépistage du cancer du col utérin chez 300 femmes séropositives,
- Rencontrer les 3 associations de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et analyser avec elles leurs activités et leurs rôles dans le parcours des patients.

**Calendrier de la mission** : Arrivée le dimanche 5 juillet au soir à Ndjamena (nuit à l'hôtel Central)

**Lundi :**

- Rencontre et mise au point avec le Docteur Narassem Mbaidoum, coordinatrice santé Expertise France au Tchad
- Vol pour Moundou (arrivée à 13 heures)
- Rencontre avec la direction de l'hôpital de Moundou
- Travail avec les 10 CPS sur leurs activités : présentation de leurs activités, difficultés rencontrées,
- Evaluation du laboratoire tuberculose. Secteur coloration, tout est en place et performant. Par contre, arrêt des tests Xpert depuis le 25 juin, en raison d'un bug informatique. Panne non signalée par les techniciens. Début du dépannage localement et après contact avec la hot line Cepheid. (David)
- Dîner avec les représentants des 3 associations de PVVIH.

**Mardi matin :**

- L'équipe s'est répartie dans les différents services : assistante sociale avec les CPS de l'hôpital de jour, médecins avec les CPS et le personnel soignant du service de la tuberculose, médecin biologiste au laboratoire tuberculose pour poursuivre la réinstallation du Gene Expert, avec l'appui d'un informaticien consultant (Ahmed Adoum), médecin en HDJ pour le compagnonnage médical et en pharmacie.

**Mardi après-midi :**

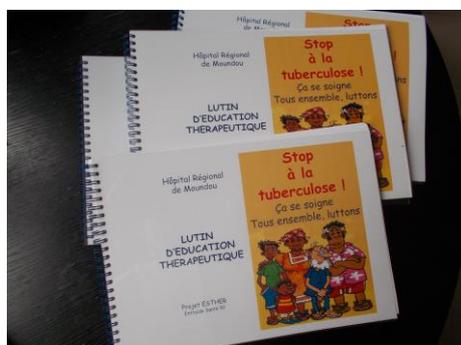
- Présentation de la mallette d'ETP aux associations
- Dîner avec des médecins de Moundou : échanges de cas cliniques du nord et du sud

**Mercredi Matin :**

- Rencontre avec le délégué régional de la santé.
- Echange entre l'assistante sociale et les membres des associations de PVVIH
- Compagnonnage d'un médecin à la pharmacie des ARV
- Compagnonnage d'un médecin au Centre Djenadoum Nasson
- Evaluation de la prise en charge des patients atteints de tuberculose multi résistante (protocole court de 9 mois)

**Mercredi après-midi :**

- Réalisation des textes pour le lutin d'éducation thérapeutique sur le VIH avec les 10 CPS selon le modèle du lutin sur la tuberculose



Lutin d'éducation thérapeutique sur le thème de la tuberculose

- Réalisation des premières charges virales VIH sur le Gene-Xpert (6 Tests seront réalisés : 2 patients indétectables, un patient < 40 copies, 3 patients avec une charge virale quantifiée)
- Dîner avec la direction de l'hôpital (Directeur, Directeur adjoint, Dr Doudé)

**Jeudi matin :**

- Compagnonnage des CPS en HDJ pour l'utilisation de la mallette d'ETP
- Achat de papeterie, téléphone, pour les CPS du service de la tuberculose
- Vol Moundou Ndjamen : arrivée à 13 heures

**Jeudi après-midi :**

- Rencontre avec le docteur Oumar, coordonnateur du programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) : perspective de collaboration avec le PNT pour l'installation d'un Gene- Xpert dans le Laboratoire National de Référence à Ndjamen. Evocation d'une possibilité de collaboration Sud /Sud avec le Centre de référence de la tuberculose situé au Centre Pasteur de Yaoundé.
- Rencontre avec Mme Christelle Amigues au SCAC pour présenter les points forts de la mission et les perspectives du partenariat,
- Restitution avec le docteur Narassem Mbaidoum de la mission de Moundou (dîner)
- Départ sur Paris, sauf Laurent Raskine.

**Vendredi et Samedi (Dr Laurent Raskine)**

Atelier national : Validation du guide de prise en charge des cas de TBMR au Tchad.

**Départ sur Paris le Dimanche 12 Juillet**

## **L'hôpital régional de Moundou (Dr Mortier)**

Dirigé depuis 6 mois par un nouveau Directeur (Monsieur Djaou Yan Fandandi) secondé par Monsieur Abdelkerim Boukar, l'hôpital a vu en quelques années certaines améliorations

- Construction d'une maternité de grande taille (par l'ONG BASE sur financement AFD),
- Réfection du bloc opératoire,
- Allées dans l'hôpital en partie recouvertes pour se protéger du soleil et de la pluie,
- séparation par grillage des zones d'hospitalisation et de passage des visiteurs pour rendre les zones d'hospitalisation moins passantes (sécurité),
- Construction du laboratoire tuberculose.

L'hôpital est globalement propre, peut être grâce à l'appui de la mairie de Poitiers qui opère un projet hygiène. Il y avait de l'eau et du savon en hôpital de jour, la maternité est propre, un incinérateur électrique tout neuf a été livré mais n'est pas fonctionnel suite à un incident électrique (l'ensemble des déchets sont brûlés à ciel ouvert dans un fut/incinérateur) ;

Plusieurs médecins ont été affectés à l'hôpital qui compte maintenant une dizaine de médecins. Des soignants cubains sont également présents pour des périodes de 2 ans (radio, pédiatrie, etc.).

Le budget de l'hôpital serait en baisse suite à la chute du prix du baril qui pénalise le pays. Cela peut expliquer en partie certains manques dans le budget dédié au fonctionnement de l'hôpital (rupture d'aiguille à ponction lombaire ou produits anesthésistes pour les péridurales en maternité par exemple, rupture de certains réactifs au laboratoire) ce d'autant que la gratuité des urgences, des accouchements et de la prise en charge des patients séropositifs, décrétée par l'état, n'est pas totalement compensée.

### **a) Situation sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH**

L'hôpital de jour ouvert en 2007 continue d'accueillir de nombreux patients, près d'une cinquantaine par jour. Le seul infirmier (Mbaïro) vient d'être secondé par une nouvelle infirmière (Bertine), formée par son collègue, et très intéressée par cette nouvelle affectation. Elle écoute avec empathie les patients qui viennent renouveler leur traitement. En cas de difficulté, elle réfère à M Mbaïro ou au médecin (Dr Doudé), ce dernier assurant une consultation deux matinées par semaine. Deux conseillers psycho sociaux assurent un atelier matinal dit « à cœur ouvert » au cours duquel différents thèmes concernant la prise en charge du VIH sont abordés. Ils reçoivent aussi

les nouveaux patients et peuvent assurer une médiation avec l'équipe soignante lorsqu'un problème est soulevé. Les patients vont ensuite chercher leur traitement à la pharmacie. Au niveau de cet hôpital de jour existe aussi une pièce où il est possible d'allonger les patients les plus fatigués (6 lits) pour une journée et parfois nécessitant un traitement injectable (traitement d'un accès palustre, d'une infection pulmonaire, etc.). Les examens complémentaires (radio, analyse sanguine) sont gratuits pour les patients. Depuis 2 mois, la collation servie grâce au partenariat est stoppée par manque de financement disponible.

Au niveau du laboratoire, l'appareil à CD4 est en panne depuis 8 mois. Une tentative de réparation fut infructueuse et un technicien est attendu de Ndjamena. Un contrat de maintenance a été signé au niveau national en mai (avec l'entreprise SLEM médical et le FOSAP) pour les appareils à CD4 BD. Les patients vont dans d'autres structures parfois éloignés, mais l'appareil du centre Djenadoum Nasson est également en panne.

#### b) Laboratoire Charge virale VIH

Le laboratoire pour la charge virale reste désespérément vide.

Malgré plusieurs plaidoyers auprès des responsables du programme national de lutte contre le SIDA, la charge virale n'est toujours pas opérationnelle alors qu'un séquenceur a été livré en février 2014 et que l'hôpital a aménagé une pièce spécifique pour cet examen. Expertise France /gip esther a financé la formation d'un technicien en 2014, acheté du matériel (frigoridaire) et commandé 2 hottes pour réaliser cet examen en toute sécurité (livraison en septembre). Le PNLS s'est engagé à acheter les réactifs toujours pas livrés ce jour.

Cet examen est indispensable pour s'assurer de l'efficacité des traitements.



Séquenceur livré depuis février 2014, en attente de réactifs

- c) **La pharmacie dédiée à la délivrance des ARV (Dr F Cordonnier)** Compagnonnage avec Olga (faisant office de préparatrice en pharmacienne) et Geneviève (CPS).

Entraide Santé 92 privilégie à chaque mission l'éducation thérapeutique et la bonne délivrance des ARV. En février 2015, une pharmacienne (Stéphanie) était venue pour cet aspect. Le local de la pharmacie dédié aux ARV est légèrement en retrait de la pharmacie de l'hôpital. Il s'agit d'une petite pièce où sont stockés tous les ARV. Olga (infirmière) qui délivre les ARV est derrière un guichet ouvert sur l'extérieur. Elle utilise le logiciel Logone pour enregistrer les ordonnances. Dans la même pièce, Geneviève, la CPS est derrière elle et aide à la distribution des traitements.

Le premier jour de notre mission, seule Geneviève (CPS) est présente à la pharmacie et assure alors seule la distribution des ARV. La charge de travail est importante et le temps de conseils minimal. Geneviève connaît parfaitement bien l'utilisation du logiciel Logone.

**Concernant les ARV, il y a une rupture d'approvisionnement depuis 2 semaines pour le VIRADAY et le TRUVADA, médicaments très couramment prescrits.** Cette rupture serait à l'origine d'un manque au niveau de la PRA (pharmacie régionale d'achat) ; en tous les cas, les commandes ont bien été faites en temps et en heure (bon de commande à l'appui). Nous avons soulevé ce problème au délégué régional sanitaire qui a expliqué que les commandes de la PRA n'étaient honorées que partiellement par la centrale pharmaceutique d'achat (N'Djamena) à l'origine de rupture. Cette situation conduit les prescripteurs d'ARV à jongler avec les molécules disponibles pour ne pas interrompre les traitements, situation peu confortable et non sans risque d'échappement viral.

Les stocks sont bien rangés sur les étagères et il n'est constaté aucune boîte de médicaments périmés. Les cartons de médicaments sont bien identifiés avec le nom et la date de péremption, excepté les 30 cartons de 60 boîtes d'AVOCOMB arrivés après le passage de Stéphanie (pharmacienne d'entraide santé 92 venue en février et qui avait formé Olga pour l'enregistrement des stocks). Les stocks ne sont pas non plus dans la gestion informatique du logiciel Logone. Le tout sera mis à jour le lendemain par Olga suite à notre rencontre. Seulement le stock informatique pourra correspondre au stock réel. Les fiches de stock ne sont pas remplies non plus.

Le lendemain Olga est présente. Elle maîtrise parfaitement le logiciel Logone pour entrer chaque passage du patient et ses traitements par ARV. **L'échange avec le patient lors de la dispensation de boîtes de médicaments est bref** (même quand le traitement est en rupture et le patient repassera alors sans explication dans plusieurs jours). Peu de questionnement par rapport à une potentielle inobservance même si le patient ne vient pas à la date prévue. Est-ce dû au manque de temps, de confidentialité vu que les patients attendent les uns à côté des autres, de formation reçue ? En tout cas certainement faut-il revoir un minimum d'information à donner et de question à poser lors de la délivrance et alors orienter le patient si besoin vers la CPS qui pourrait faire les véritables séances d'ETP. Pour cela encore faut-il qu'il y ait des lieux appropriés et que le rôle de CPS ne soit pas confondu avec celui de la pharmacienne ou juste d'aide comme un préparateur en pharmacie.

### Stock au 7 juillet 2015

Nevirapine cp : 7 cartons de 70 boites de 30 cp (jusqu'en 2016)

Aluvia : 13 cartons de 35 boites de 120 cp (jusqu'en 2018)

AvocombN (Nevirapine + Lamuvidine+ Zidovudine) : 30 cartons de 60 boites de 60 cp (jusqu'en 2016)

Atazanavir cp : gros stock (jusqu'en 2016)

Didanosine : 15 boites (jusqu'en 2016)

Abacavir : 1 carton **va poser problème**

Efavirenz : 1 carton **va poser problème**

Lamivir enfant : 10 boites **va poser problème**

Zidovir enfant : 10 boites **va poser problème**

Duovir N enfant : 8 boites **va poser problème**

Névirapine enfant : **ABSENT** (y compris au centre Djenadoum Nasson)

Viraday : **ABSENT** (y compris au centre Djenadoum Nasson)

Truvada : **ABSENT** (y compris au centre Djenadoum Nasson)

C'est pour ces raisons que dans les propositions de projets nous avons parlé avec le directeur et le Dr Doudé d'un déménagement si possible de la pharmacie dans les locaux juste à côté au niveau du centre de tri. La pharmacie serait plus grande avec une pièce de délivrance pour la pharmacienne et une autre pour la CPS. Echanges et confidentialité pourraient être facilement mis en place et respectés.



Local actuel de la pharmacie (trop exigu pour faire de l'éducation thérapeutique)



Pharmacie pour les ARV : salle d'attente (extérieur du guichet)

## **Les Conseillers psycho sociaux (Mme C Levacher, Drs Cordonnier et Mortier)**

Dix conseillers psycho sociaux (8 à l'hôpital ; 2 au centre Djenadoum Nasson) assurent un rôle de médiation entre soignants et patients.

- Norbert et Boniface pour les patients tuberculeux
- Evelyne à la maternité pour la PTME
- Gèneviève à la pharmacie des ARV
- Marie et Elise en hôpital de jour
- Salomène à l'unité mère enfant qui suit les femmes enceintes séropositives et leurs enfants
- Brigitte au centre de dépistage gratuit
- Vladimir et Angel au Centre Nassom Djenadoum

Nous avons travaillé avec eux le lundi et mercredi après-midi. D'une part pour qu'ils présentent chacun leurs activités et soulignent les points à améliorer. Avec eux, nous avons posé les bases (texte) du lutin d'éducation thérapeutique pour le suivi des patients sous ARV.

Les difficultés rencontrées par les CPS sont plutôt d'ordre personnel puisque leur indemnité n'a pas été versée en mai et juin suite à un blocage administratif. Malgré cela, leur implication et leur professionnalisme sont entiers pour le projet, ayant bien compris leur rôle de médiateur.

Certaines recommandations ont été faites à l'issue des échanges :

- En HDJ, que les CPS de l'hôpital de jour qui animent l'atelier « à cœur ouvert » utilisent aussi la valise d'ETP restée dans le bureau de l'infirmier Mbaïro et peu utilisée par manque de temps,
- A la pharmacie, que Geneviève ne soit pas la remplaçante de la pharmacienne mais assure un vrai rôle d'ETP. Dans cette optique, il nous paraît important d'aménager un nouveau local (de 2 pièces), situé au centre de tri pour que la pharmacienne et la CPS assurent un travail complémentaire sur l'ETP. Un devis d'aménagement sera élaboré pour que ce nouveau local soit fonctionnel.
- Au centre de dépistage et à la maternité, faute de tests de dépistage du VIH disponibles depuis 2 mois, il a été conseillé aux CPS de profiter de ce temps pour aller voir les activités des autres CPS, et d'avoir un rôle dynamique et non passif.
- Au niveau des CPS tuberculose, un travail plus précis sur les rôles des CPS, en particulier, pour la recherche de perdus de vue a été spécifiquement engagé. Du matériel de papeterie et un téléphone leur a été acheté pour qu'il puisse assurer un suivi de tous les patients mis sous anti tuberculeux dès le 1<sup>er</sup> mois de traitement (voir en annexe 1, l'algorithme élaboré avec eux).
- Il a été rappelé à tous les CPS qu'ils étaient appréciés, tant par les soignants que les malades mais qu'ils ne devaient pas se substituer aux soignants et garder leur position intermédiaire, facilitatrice comme ils le font actuellement.

Enfin, aucun contrat de prestation entre la direction de l'hôpital et les CPS n'a été rédigé, contrairement à d'autres structures (CDN, HGRN). Nous les avons vivement interpellés sur ce point, de même que la direction de l'hôpital, pour qu'un contrat de prestation, au moins pour 2015, soit rapidement rédigé, si possible avant la venue de la représentante d'Esther/Expertise France annoncée fin juillet.



Les dix conseillers psycho sociaux au terme de l'atelier consacré à l'élaboration d'un lutin d'éducation thérapeutique pour la prise des ARV

### **Compagnonnage avec les CPS de l'HDJ (Mme Céline Levacher)**

Si la CPS de l'Unité Mère Enfant utilise régulièrement le lutin imagier avec les patientes, en HDJ les mallettes ETP n'avaient pas bougé du bureau de Mbairo. Marie et Elise sont toujours très investies dans leur rôle de CPS, mais aucune d'elles n'a osé utiliser ce nouvel outil. Elles attendaient que Mbairo soit plus disponible pour faire l'éducation thérapeutique avec un soignant.

IEC (information, éducation, communication) a été faite sur 2 jours avec le classeur imagier. Le premier jour vers 8h30 avec environ 35 participants, et le deuxième jour plus tardivement vers 11h avec environ 15 participants. Les patients étaient assis sur le muret en attendant soit la consultation médicale le premier jour, soit la consultation sociale.

Marie et Elise ont choisi de présenter les 7 pages concernant le virus, les CD4, comment agit le virus dans l'organisme, comment agissent les ARV et l'impact sur la santé.

### Constat :

-Les patients semblent relativement intéressés, beaucoup se joignent au groupe au fur et à mesure de la présentation.

- Les CPS sont très attentives aux réactions des patients, chaque page du lutin est montrée à chaque patient y compris ceux qui restent debout derrière le muret.

-Les images représentant le virus et les CD4 font beaucoup rire l'assemblée avec de nombreux commentaires pour le virus : « il est moche » « il fait peur avec ses gros yeux » ; pour les CD4 « Ah voilà nos soldats » « ils semblent plus fort que le virus ».

-A la fin de la présentation les femmes posent plus de questions que les hommes qui restent beaucoup plus en retrait mais sont tout aussi attentifs aux réponses apportées par les CPS. Les questions sont très pertinentes et souvent d'ordre médical.

#### **Paroles de patients**

Rupture ARV « si je prends pas mon traitement, je ne vais plus avoir de soldat dans mon corps... »

Panne de l'appareil à CD4 « moi je ne sais pas combien j'ai de CD4, j'ai pas pu les faire depuis 8 mois »

Problème alimentaire « Avant quand on venait à l'HDJ on avait une collation depuis plusieurs mois il n'y en a plus et moi je suis veuve et j'ai très peu d'argent pour faire manger mes enfants »

Autour de la grossesse « Moi je veux des enfants, si je mets les préservatifs j'aurai pas d'enfants.. » « Mon mari est plus malade que moi mais il ne veut pas prendre les traitements ni mettre de préservatifs... »

Difficile pour les CPS de répondre à toutes les questions, elles auraient besoin d'être épaulées par un soignant. Mbairo qui a suivi la 2<sup>ème</sup> séance d'IEC a pu constater que les patients posaient plus de questions qu'à la consultation médicale. Il s'est proposé de se joindre au CPS quand il sera disponible aux moments des questions ; sachant que depuis peu il n'est plus le seul infirmier. En effet, une nouvelle infirmière Bertine vient de rejoindre l'équipe d'HDJ ce qui va le soulager.

Nous avons également repris les autres outils utilisables à la permanence des CPS tels que le VRAI/FAUX que nous avons transformé en OUI/NON avec des mains levées à la place des cartes. Les photos expression et aussi le

planning thérapeutique sur lequel Elise avait de nombreuses questions. Après utilisation nous nous sommes aperçus que le planning thérapeutique du Kit enfant était plus adapté à la population reçue avec la journée représentée par le lever et le coucher du soleil plutôt que des horaires qui semblent abstraits pour les patients tchadiens.



Les deux conseillères psycho sociales (Marie et Elise) utilisent le lutin imagé pour faire de l'éducation thérapeutique auprès des patients qui attendent leur consultation en hôpital de jour.

En conclusion, il faut certainement continuer le compagnonnage avec les CPS, ce qui permet de mettre en pratique les formations reçues sur l'ETP.

### **Les Associations de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) (Mme Céline Levacher)**

Depuis notre dernière venue en février, les tensions entre CPS et Associations ne se sont pas vraiment apaisées. La communication entre ces 2 acteurs de la prise en charge des PVVIH est toujours quasi inexistante et les reproches mutuels identiques...

Les 3 associations (ACCPVV, A3V, CAPI) n'ont pas réellement réfléchi sur leur nouvelle place à trouver au sein de l'Hôpital Régional de Moundou (HRM) ou comment obtenir une meilleure visibilité au niveau des patients.

On apprend que Sara, la présidente d'A3V (Association des Veuves Vivant avec le VIH), a été victime d'un grave accident de la route et qu'elle se trouve actuellement au village pour convalescence. Cette association ainsi que l'association CAPI n'ont plus de véritables locaux (une seule pièce et elles sont ouvertes entre 2 à 3 matinées par semaine en fonction des activités de chacun). ACCPVV a toujours le même local le long du goudron en centre-ville et est ouvert tous les jours de 8h à 12h (le loyer du local est payé grâce à la location de chaises AGR).

Les financements importants comme le Programme Alimentaire Mondial par exemple se sont arrêtés. Le bilan est que les associations manquent de moyen, ce qui engendre une diminution des activités proposées aux PVVIH et qu'elles ont du mal à imaginer/ proposer de nouvelles activités attractives pour les patients.

Au niveau national, il existe un Réseau National des Associations de PVVIH au TCHAD qui regroupe 102 associations. Ce réseau est financé par le PPSAC (ONG d'Afrique Centrale), l'UNICEF et le Fonds Mondial. Il s'agit d'un appui de 3 ordres : financier, technique et logistique. En tant que partenaire du Nord, on a l'impression que tout passe par ce réseau, ce qui peut représenter un frein dans les changements d'orientation des associations. En effet, les décisions se prennent sur un plan national.

Concernant les associations de Moundou, elles continuent de faire des groupes de paroles, quelques Visites à domicile (VAD) et recherche de perdu de vue et l'appui aux orphelins. Par contre les AGR qui représentaient une part importante de leur activité ont régressé.

Leur constat est que sans soutien direct aux patients (collation ou remise de vivres), la venue des nouveaux patients au sein de leur structure est plus difficile. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients n'ont plus besoin des associations pour se rendre à l'hôpital, et qu'ils bénéficient d'une première écoute par les CPS.

Le sentiment qui se dégage actuellement est que les associations se trouvent un peu à bout de souffle. C'est pourquoi, il nous semble indispensable que les associations puissent réfléchir sur de nouvelles activités afin de redevenir attractives pour les nouveaux patients qui peuvent eux-mêmes être sources de nouvelles idées et projets.

**Présentation de la mallette ETP aux membres associatifs à leur demande.** La mallette ETP a été présentée au cours d'un après-midi avec les membres des 3 associations.

11 participants associatifs dont 4 CPS (3 ESTHER et 1 UNICEF). Sur ces 11 membres associatifs, la plus jeune fait partie de A3V depuis déjà 5 ans. Pour les autres, ils sont membres associatifs depuis au moins 7 ans et les plus anciens comme Luc et Brigitte d'ACCPVV depuis 19 ans. Ils sont présents depuis le début des associations de PVVIH, ce qui peut en partie expliquer leur difficulté à concevoir la prise en charge des PVVIH autrement.

Les CPS comme Brigitte (CDV) et Geneviève (A3V) qui avaient participé à la formation ESTHER ont présenté les différents outils aux participants avant l'utilisation en demi groupe de quelques jeux comme les photos expression ou encore le VRAI/FAUX et le livre de contes pour les jeunes enfants.

Les associations ont apprécié que ces outils leur soient présentés car elles avaient une nouvelle fois le sentiment d'avoir été exclues de cette formation. Ces outils ont recréé une dynamique de groupe avec des échanges intéressants autour de ce qu'ils permettent d'aborder avec les patients sous forme ludique tout en les rendant acteurs. Ils souhaiteraient dans la mesure du possible obtenir ces mallettes au sein de leurs associations.

Nous reprenons avec eux, que même sans ces mallettes, ils sont tout à fait en capacité de créer ce genre d'outils.

Il est décidé dans un premier temps, de leur remettre 1 mallette adulte et 1 mallette enfant pour les 3 associations. Un plaidoyer sera fait à Expertise France en ce sens.

Une après-midi était prévue pour faire travailler ensemble CPS et Associatifs sur un projet commun ; cependant aux vues du statu quo de la situation, il est décidé en accord avec les associations d'annuler cette après-midi de travail qui nous semble prématurée...

### **Réflexions et échanges menés avec les associations**

Entraide Santé 92 était favorable à financer un projet associatif qui aurait un sens par rapport aux objectifs du projet. Malheureusement, à ce jour il n'y a pas de projet commun.

L'idée d'un local commun associatif au sein de l'hôpital a été soulevée mais le rôle des associations se situe plutôt dans la ville en laissant à l'hôpital l'intervention des CPS.

En participant à un atelier de sensibilisation par les CPS de HDJ, il est apparu que les associations de PVVIH sont peu connues des nouveaux patients.

Un projet intitulé **MAPAM** (Maison d'accueil des familles de patients hospitalisés venant de l'extérieur de Moundou) a été abordé de nouveau par les associations car il y a un besoin réel et une demande des patients.

Cette maison d'accueil serait aussi pour les patients qui viennent de loin et qui doivent passer une ou 2 nuits à Moundou pour faire leurs examens. Le projet est rédigé mais sa mise en œuvre se heurte à l'absence de leadership local pour le porter et obtenir des moyens conséquents pour son fonctionnement. **Il y a un réel besoin de logement temporaire sur Moundou pour les patients qui viennent de brousse et qui doivent rester 2-3 jours à Moundou pour leurs soins.**

#### **Propositions faites aux associations pour repartir sur un meilleur fonctionnement**

- Création d'une affiche avec noms des associations, adresse, jours et horaires d'ouverture. Cette information évitera que les nouveaux patients adressés aux associations se retrouvent devant une porte fermée. Cela nécessite aussi que les associations respectent leurs horaires d'ouverture. Cette affichette, si possible plastifiée, devra être réalisée par les associations.
  - o Elle sera mise en place dans les locaux occupés par les CPS, AS et Bureau Médecin et association.
- Pour A3V (Association des Veuves Vivant avec le VIH), si l'activité de restauration continue, faire une carte de visite ou un dépliant présentant cette activité : type de repas, prix, etc. Les associations seront prioritairement choisies pour les collations lors de formations ultérieures si elles sont concurrentielles.

En conclusion, pour les associatifs, Il nous est apparu que leur pérennité passe probablement par un regroupement partiel ou total de leur activité tout en gardant leur spécificité et en mettant en avant leur esprit créatif et inventif.

**Prise en charge et suivi des patients atteints de tuberculose. Rôle du Major et des CPS, en particulier pour éviter les perdus de vue. (Dr F. Cordonnier et Dr L. Raskine)**

**En préambule** voici pour rappel les données sur la tuberculose en 2014 à l'HRM, recueillies auprès du Major, au cours de cette mission.

TPM +, nouveaux cas	516
TPM -, nouveaux cas	171
TPM +, déjà traités (Rechute, Interruption, Echec) (traitement de 8 mois si RIF S)	125
TEP (Extra Pulmonaire)	129
<b>Total Patients mis sous traitement HRM en 2014</b>	<b>941</b>

Ces chiffres montrent le nombre important de patients mis sous traitement, et la nécessité de poursuivre et renforcer la stratégie pour diminuer le nombre de perdus de vue. Pas de données sur le taux de coinfection VIH/Tb.

Nous avons rencontré le Major pour revoir avec lui, le parcours du patient tuberculeux une fois le traitement institué. A noter que le Major continue de remplir les fiches de l'étude « perdus de vue », bien qu'elle soit terminée.

Puis, nous avons commencé l'entretien avec les deux CPS en charge des patients tuberculeux, Norbert et Boniface. Dans un premier temps nous avons fait le bilan de leur action depuis notre dernière mission en Février. Ils ont reçu 478 patients, et en ont rappelé 53. Parmi les 53 patients, 32 sont revenus à la consultation et 21 ne sont pas revenus ou n'ont pas répondu à l'appel téléphonique. Cette première réorganisation de la recherche des perdus de vues est très encourageante, et nous l'avons bien fait remarquer aux CPS. Afin que les CPS puissent connaître TOUS les patients perdus de vue, nous avons proposé de réorganiser le circuit, et proposé avec l'accord du Major que les deux CPS voient les patients dès le premier mois de traitement. Ci-joint la fiche préparée pour cette prise en charge (annexe 1). Nous nous orientons donc vers une recherche à partir de la consultation à l'Hôpital, et non comme évoqué auparavant, par le relai des centres de santé répartis sur Moundou et dans le Logone Occidental. Ceci pour deux raisons : la première est la difficulté de mettre en place cette décentralisation (cf. rencontre avec le délégué régional Dr Tasnal). La deuxième raison est que les deux CPS, sont très motivés et très impliqués dans cette démarche et qu'ils répondent vraiment bien à notre proposition malgré une difficulté de non-paiement déjà évoquée.



Les CPS Norbert et Boniface) avec le Dr Laurent Raskine

**Prise en charge de la tuberculose multi résistante :**

Actuellement 20 patients MDR sont pris en charge à l'HRM. Nous avons revu avec le Dr Doudé et les infirmiers chacun des 20 dossiers. Les kits de traitement (traitement dit court de 9 mois) sont disponibles. Il reste de quoi traiter 9 patients. Nous avons revu l'organisation de la prise du traitement (nécessité du directement observé). Les patients sont hospitalisés pendant la phase des 4 mois (jusqu'à frottis négatif). Un secteur d'hospitalisation de 10 lits est ouvert en Médecine 3, deux autres secteurs de 4 lits également. A noter que le bilan biologique est pris en charge par l'hôpital et qu'il y a une collation par jour. Puis ils rentrent chez eux avec le traitement et, en fonction de l'éloignement, pour 1, 2, ou 3 semaines ou 1 mois. Ils sont suivis par les deux CPS Tb, à la fois par appel téléphonique et aussi par visite à domicile pour les plus proches. La bonne organisation du suivi pour les 5 derniers mois est essentielle pour assurer la guérison, éviter les non prises ou les prises aléatoires (pouvant générer des souches XDR), et éviter les perdus de vue. La fiche de recueil des données est bien remplie.

**Patients MDR pris en charge à l'HRM  
Situation dans le traitement, Juillet 2015**

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9
Patients (20)	2	-	-	3	4	5	4	-	2

Effets secondaires  
constatés

Vomissements pour 4 patients  
Lombalgies pour 3 patients  
Troubles visuels pour 3 patients  
Démangeaisons pour 2 patient  
Hypoacousie pour 11 patients

Nous avons noté les effets secondaires induits (hypoacousie surtout). Le traitement actuel est dit standardisé. Mais il est nécessaire de revoir l'adaptation du traitement en fonction du patient. Cela sera revu et réorganisé par un comité technique national (groupe thérapeutique) mis en place au cours de l'atelier national.

**Laboratoire de la tuberculose :**

L'activité dédiée à l'examen direct après coloration à l'auramine est bien en place, en témoignent les résultats obtenus pour le premier trimestre de 2015.

Bacilloscopie 2015	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	Total
Nouveaux Cas + / Testés	37/234	46/228	41/238	55/175	43/148	42/161	264/1184
Contrôles sous traitement	09/68	11/79	3/56	10/96	7/98	7/105	47/502

Le stock de colorant est disponible pour un an (12 kits disponibles). A noter cependant, que les dates de péremption sont expirées depuis Juin 2015 (!!!). Il n'y a pas de conséquence sur la qualité des colorations, d'autant qu'une lame témoin positive est systématiquement colorée et lue à chaque série. Mais l'approvisionnement qui dépend maintenant du PNT, doit être mieux anticipé.

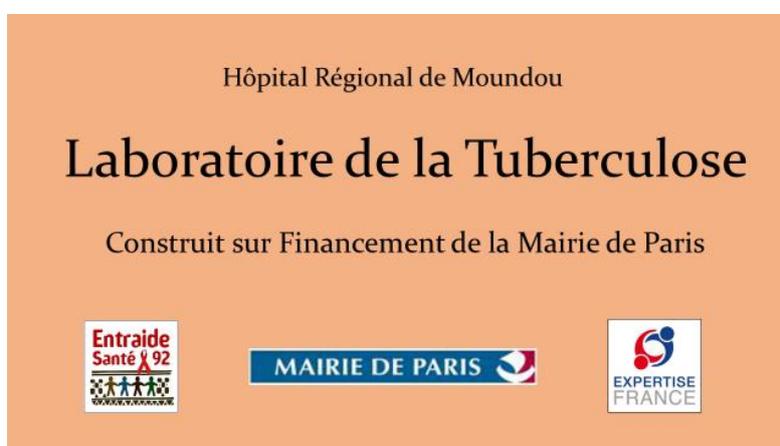
L'appareil GeneXpert, dont la fonction actuelle est la recherche des patients MDR, par la détection de la résistance à la Rifampicine, était en panne depuis le 25 Juin, sans malheureusement de signalement et/ou de procédure de redémarrage. Nous avons pu remettre en route l'ensemble du système, grâce d'une part à la présence d'un informaticien consultant de l'HRM (Ahmed Adoum), et d'autre part à la connexion possible avec la Hot Line Cepheid. Nous avons mis en place un système type Team Viewer, permettant de prendre la main à distance en cas de panne mais également nous permettant de visualiser directement en temps réel les données des tests effectués. Nous pouvons envisager également, de réaliser des visioconférences soit pour des formations soit pour des staffs thérapeutiques.

Le stock des cartouches est suffisant jusqu'à la date de péremption (Janvier 2016). Il conviendra de voir avec le PNT la façon de réguler les stocks entre Moundou et Ndjamena (implantation d'un Xpert en Octobre à Ndjamena).

Nous avons pu, également upgrader le logiciel du Xpert (version 4.6.a) afin de commencer à titre expérimental les tests de charge virale quantitative via le Gene Xpert.

Nous avons ainsi passé 8 tests de charge virale VIH, avec des résultats concluant. Cette possibilité de réaliser à façon des charges virales doit se rediscuter dans une stratégie globale de mise en place de la charge virale. Les cassettes ont un cout unitaire de 20\$, ce qui reste assez élevé, même si nous avons pu négocier un geste « commercial » à 10\$ la cassette auprès de Cepheid.

Une plaque sera apposée sur le fronton du laboratoire de la tuberculose



**Appareil GeneXpert dédié la recherche de mycobactérie résistante à la rifampicine (possibilité également de réaliser la charge virale VIH : prix actuel du test 20 dollars)**

### **Atelier national sur la prise en charge de la tuberculose multi résistante au Tchad (Dr Raskine)**

Du 10 au 11 Juillet, s'est tenu un atelier national organisé par le PNT et Expertise France et Mairie de Paris, dont l'objectif était de valider le guide de prise en charge des cas de TBMR. Le nombre de participants invités était de 34. La présidence de l'atelier a été assurée par le Dr Rohingalaou Ndoundo, Directeur Général de l'Action Sanitaire. Les sessions ont été présidées par le Dr Ali Moussa Mahamat, Directeur Général Adjoint de l'hôpital Général de Référence Nationale. Le Dr Oumar Abdelhadi, Coordonnateur du PNT du Tchad, les Dr Laurent Raskine et Narassem Mbaidoum de Expertise France et le Dr Mathurin Dembélé, Assistant technique auprès du PNT animaient les débats et intervenaient sur les questions techniques d'expertises.

Les travaux ont été fructueux, avec une implication et une participation très active de tous, en cette période de Ramadan, troublée de plus, fortement le Samedi matin par l'attentat sur le grand marché à Ndjamena.

Les participants ont été répartis en 4 groupes de travail pour enrichir, relire et discuter chacun une partie du draft du document. Puis les résultats et remarques ont été présentés en séance plénière.

Nous avons par ailleurs tenu deux réunions de travail le vendredi en soirée et le Dimanche avec Dr Oumar, Dr Dembélé et Narassem afin de faire le point en comité restreint, sur le bilan et les perspectives de cet atelier.

Le guide a été lu relu et amendé, et peut donc maintenant être validé et servir de document de base pour la prise en charge des patients TB MDR au Tchad.

Une présentation du dossier au comité National d'Ethique, a donc été proposée pour approbation de cette prise en charge en particulier dans le cadre d'une étude observationnelle.

Nous avons proposé la création d'un Comité Technique National, sous l'autorité du coordonnateur du PNT. Cette structure a pour objectif l'inclusion et le suivi médical de tous les patients MDR (RIF R Gene-Xpert) diagnostiqués au Tchad. Ce groupe thérapeutique devra veiller au bon recueil des données dans le cadre de l'étude observationnelle, devra également donner un avis en particulier sur la conduite à tenir face aux effets secondaires observés, dans le cadre du traitement court de 9 mois adopté. Ce comité après concertation, sera présidé par le Dr NGAKOUTOU RANGAR chef du service de Pneumologie/HGRN, et comprendra les Dr Doudéadoum NGARHOUNOUM Médecine/HRM et le Dr Joseph MAD-TOINGUE chef du service SMI/HGRN, et dans la mesure du possible d'un ou deux autres médecins Tchadiens, voire un(e) expert du Sud. Ce comité sera épaulé par des intervenants extérieurs en particulier (et surtout) EF/ES92 mais aussi OMS, MSF Hollande (sans nouvelle à ce jour).

L'achat des médicaments de 2ème ligne pour 50 à 100 patients supplémentaires a été envisagé, en particulier pour éviter toute rupture dans le traitement. « Un patient détecté MDR doit être un patient traité »

**Laboratoire National de Référence** : Nous avons rediscuté de l'organisation de ce (futur) laboratoire. Nous avons accepté le principe d'une mission en octobre (avec probablement Véronique Friocourt) pour l'implantation d'un système Gene-Xpert et formation des techniciens. Une pièce a été identifiée pour cette installation au cours de notre visite. Il conviendra également de revoir l'organisation de la bacilloscopie dans ce laboratoire. Nous avons rediscuté de la collaboration Sud/Sud, avec le laboratoire de référence des Mycobactéries du Centre Pasteur de Yaoundé. La responsable, le Dr Sara Eyango, est d'accord sur le principe

d'un soutien à la fois dans l'expertise des souches isolées chez les patients MDR mais aussi dans la formation du personnel. Le service de Bactériologie Lariboisière APHP, reste en appui à la demande du PNT.

**En conclusion** : La prise en charge des patients MDR se structure progressivement au Tchad. Après le premier atelier National en Mai 2014, deux autres ateliers se sont tenus (Février et Juillet 2015) sur ce sujet. Nous avançons pas à pas....

Il conviendra cependant de définir précisément la place de chacun et les moyens à engager pour pérenniser cette action. (Expertise France, ES92, Mairie de Paris, autres ? [Canal 1 des 5%, par exemple]).



**Dr Laurent Raskine (ES 92, GH Lariboisière/St Louis) et Dr Narassem Mbaidoum (Coordinatrice Expertise France) la veille de l'atelier national consacré à la prise en charge des tuberculoses résistantes.**

## **Etude sur le suivi gynécologique des femmes séropositives**

L'enquête du dépistage du cancer du col utérin chez 300 femmes séropositives, débutée en 2013 a inclus ses dernières patientes en juin 2015. Une communication a été proposée aux congrès ICASA et un article est prévu. Il s'agit de la première étude consacrée à ce sujet au Tchad. Elle a permis de renforcer les capacités du seul laboratoire d'anatomopathologie du pays situé à Ndjaména et ayant commencé ses activités en 2013.

Sur les 244 frottis cervico-vaginaux analysés : L'âge des patientes (connu pour n = 158) était de 38 ans en moyenne (écart-type : 6.8), le taux médian du nadir des CD4 était de 169 (extrêmes : 3 et 1007, écart-type : 281), le taux médian de CD4 au moment du frottis (disponible pour 144 patientes) était de 393 (extrêmes de 33 et 1218, écart-type de 233). Les résultats cytologiques sont les suivants : frottis normal (n = 44), lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (n = 51), lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (n = 17), carcinome malpighien (n = 10), adénocarcinome (n = 1), frottis inflammatoire (n = 99) dont cervicite (n = 54), vaginose (n = 22) trichomonas (n = 3), frottis non interprétable (n = 22). Dans un pays avec un plateau d'anatomopathologie limité (un seul laboratoire), la réalisation des frottis cervico vaginaux est possible y compris dans un centre éloigné. 29 patientes (11%) avaient soit une lésion cancéreuse nécessitant une résection, soit une dysplasie de haut grade justifiant une surveillance étroite voire la réalisation d'une colposcopie. Trois patientes ont pu bénéficier d'une conisation.

La mission a permis de recueillir les données des dernières patientes incluses.

## **Conclusion et perspectives**

Comme toujours, l'accueil chaleureux de la direction et des acteurs de santé Moundouais était au rendez-vous. Qu'ils nous soient permis de les remercier pour ce travail de confiance réciproque. Nous avons pu librement rencontrer tous les soignants et passer du temps avec eux à l'intérieur de leur service.

Nous remercions également le Docteur Narrassem Mbaidoum (coordinatrice Expertise France santé au Tchad), Marion Brossard (Responsable de projet Tchad à Expertise France, Paris) et les personnels du SCAC (Mmes Gianvitti, Pucci et Armigues) pour leur aide indispensable au bon déroulement de cette mission dans un contexte tendu pour le Tchad.

Les perspectives médicales prioritaires pour les malades portent sur la mise en place de la charge virale VIH à Moundou. Un local est déjà dédié et aménagé (penser à déplacer la clim pour éviter qu'elle soit dans l'axe des hottes), un séquenceur livré en février 2014 (18 mois !), un frigidaire a été acheté lors de cette mission et des hottes ont été commandées pour une livraison en septembre. Malgré plusieurs relances auprès des responsables du programme national de lutte contre le SIDA et des promesses depuis un an, les réactifs ne sont toujours pas livrés. Notre mission a montré qu'il était possible de réaliser des charges virales VIH à partir de l'appareil Gene Xpert. Cependant, ce test unitaire est cher (20 dollars) et il pourra être réservé comme contrôle de qualité des charges virales faites en série au niveau du laboratoire dédié.

La poursuite du compagnonnage de l'HDJ est importante pour accompagner l'évolution thérapeutique de la prise en charge du VIH. Un appui plus particulier pour les 10 CPS sera poursuivi car leur rôle est majeur dans l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients tant pour le dépistage volontaire, la maternité et l'unité mère enfant que pour la prise en charge en hôpital de jour (mallette ETP, orientation vers les associations) ou au moment de la délivrance des ARV. Entraide Santé 92 pourra sur des fonds propres de l'association aider à l'aménagement d'un local plus vaste pour la délivrance des ARV. Un lutin d'ETP sur la prise des antiviraux a été élaboré avec les 10 CPS et sera mis à disposition à la prochaine mission.

Moundou est le site pilote du dépistage et du traitement des tuberculoses multirésistantes au Tchad. Notre appui sur ce laboratoire (achat de nouveau module, formation des techniciens pour d'autres sites du pays, suivi des patients) et auprès du programme national de lutte contre la tuberculose (installation d'un Gene-Xpert à Ndjamena au 4ème trimestre 2015) reste une priorité. Des outils de suivi et de rappel des perdus de vue, avec le concours des CPS ont été mis en place et méritent un accompagnement et une évaluation avant de les proposer au niveau national.

L'hôpital de jour qui suit plus de 800 patients sous ARV fonctionnait grâce à la présence d'un seul infirmier (Mbaïro) et du docteur Doudé (2 matinées par semaine). L'arrivée d'une nouvelle infirmière (Bertine) est

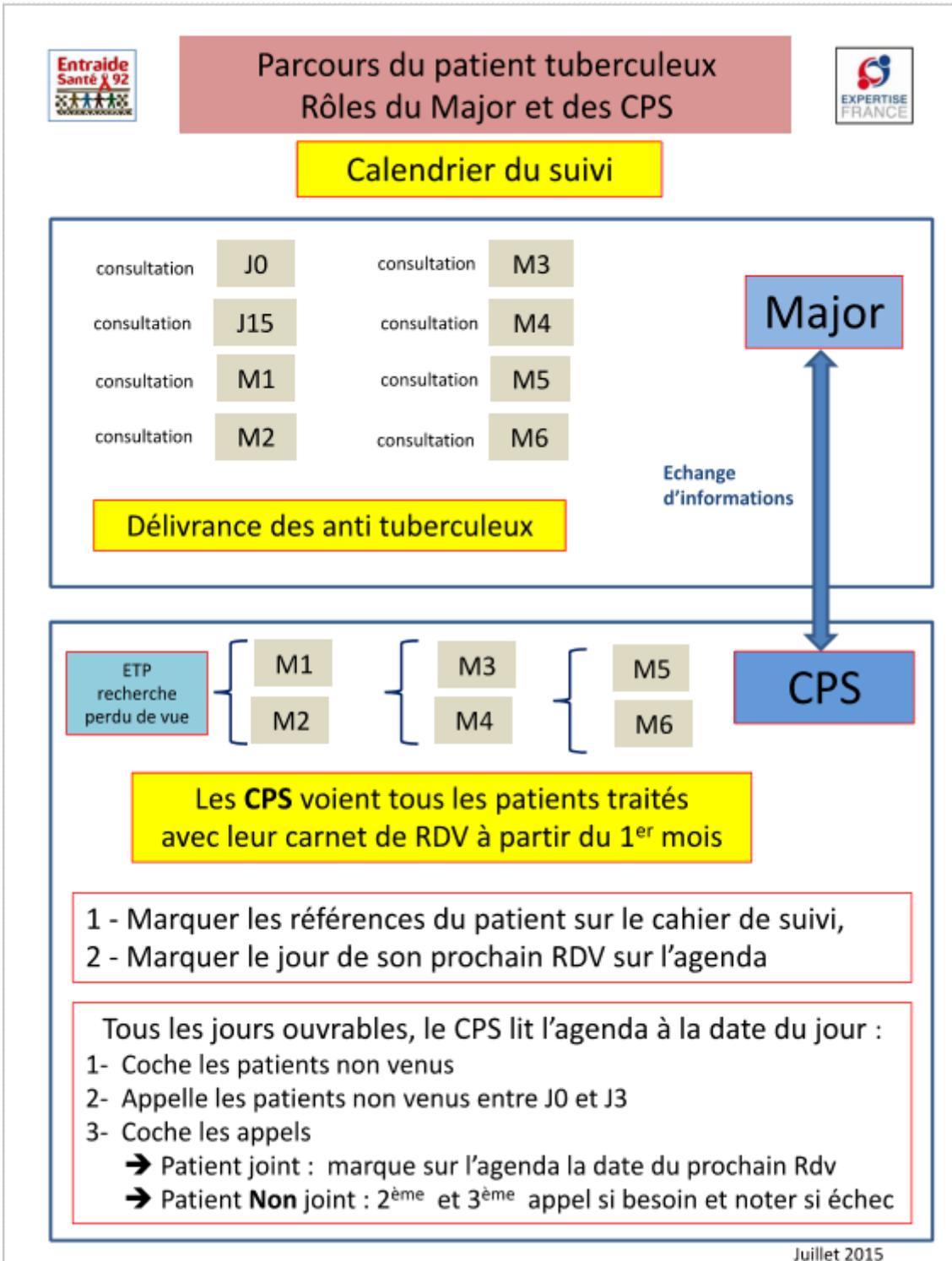
l'occasion de la former à cette prise en charge. Un stage en France serait l'occasion d'une formation plus complète et devrait être favorisé.

Enfin, comme toujours, l'esprit d'une maintenance des appareils n'est pas au rendez-vous. L'appareil à CD4 était en panne depuis 8 mois, le logiciel du Gene-Xpert avait buggé depuis 8 jours et ne fonctionnait pas à notre arrivée. Nous avons insisté pour que des contrats de maintenance existent (pour le matériel informatique avec par exemple l'informaticien qui a travaillé pour réparer le bug informatique) et de façon plus générale au niveau national (appareil à CD4, séquenceur de la charge virale, etc...). Dans cette optique, une évaluation complète de tout le circuit électrique de l'hôpital avait été élaborée par Electriciens sans frontière. Ce projet de réhabilitation du circuit électrique sur l'hôpital semble important pour la continuité des soins, pour préserver le matériel électrique et assurer la sécurité du personnel et des patients. Ce document de 50 pages avec nombreuses photos de l'état des circuits pourrait de nouveau être adressé à la direction de l'hôpital.



Hopital Régional de Moundou : hopital de jour

## Annexe 1 : fiche de suivi des patient tuberculeux pour rechercher les perdus de vue



Juillet 2015