



MAIRIE DE PARIS 

Rapport de Mission à l'Hôpital Provincial de Moundou TCHAD

Par ENTRAIDE SANTE 92

Mission réalisée du 10 au 14 décembre 2018

Membres de la mission du COREVIH île de France Ouest :

Madame Catherine Babulle : Infirmière, hôpital Ambroise Paré (AP-HP) Boulogne-Billancourt 92

Docteur François Cordonnier, médecin généraliste, hôpital Louis Mourier (AP-HP) Colombes 92

Rapport mis sur le site www.entraidesante92.org

SOMMAIRE

I.	Résumé de la mission – Préambule.....	P 3
II.	La MAPAM	P 5
III.	Compagnonnage des infirmiers et CPS de l’HDJ de l’HRM.....	P 7
IV.	Le service de la TB, poursuite du projet ZPD-TB et MDR.....	P 9
V.	Laboratoire : demande des besoins en formation et matériel pour la prochaine mission.....	P 10
VI.	La Pharmacie : ajustement du parcours de soins du PVVIH et du projet ZPV-VIH.....	P 11
VII.	Unité mère-enfant (UME) concernant le parcours des femmes enceintes VVIH et donc la PTME : besoins.....	P 11
VIII.	Formations autour du parcours du PVVIH: Discussion des points faibles et forts du parcours, jeux de rôle sur l’Etp et principalement autour de l’observance.....	P 12
IX.	Un jour à Ndjama : Staff et visite dans le service du Dr Joseph Madtoïngué (infectiologue), rencontres avec les professeurs Choua Carchemi (Directeur de l’HGRN) et Ali Mahamat Moussa (Hépatogastro-entérologue).....	P 15
X.	Recommandations et conclusion.....	P 16
Annexe I :	Programme de la mission.....	P 17/18
Annexe II :	Fiche de référence et fiche d’identification/enregistrement	P 19
Annexe III :	Fiche du parcours de soins du PVVIH à l’HRM	P 20
Annexe IV :	Fiche de suivi médical des PVVIH du dossier médical à l’HRM.....	P 21
Annexe V :	Fiche de rappel téléphonique des PVVIH.....	P 22
Annexe VI :	Participants formation/échange à l’ETP.....	P 23
Annexe VII :	Equipement et matériel pour SHA.....	P 23

GLOSSAIRE

AFD : agence française de développement
ARV : médicament rétroviral (traitement du VIH)
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 et de la charge virale pour le PVVIH
HRM : hôpital régional de Moundou
HDJ : hôpital de jour
ID : initiative développement (ONG française située à Poitiers)
IO : Infection opportuniste
MAPAM : Maison d'accueil provisoire à Moundou
PNT : Programme national de lutte contre la tuberculose
PRA : pharmacie régionale d'achat (située à Moundou)
PTME : prévention materno-fœtale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVVIH : personne vivant avec le VIH
SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise
TB : tuberculose
TB- MDR : tuberculose résistante (souche résistante à la rifampicine et l'isoniazide)
UME : unité mère-enfant
VAD : visite à domicile
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

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

A3V : Association des Veuves Vivant avec le VIH

ACCPVV : Association de Counselling et de Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH

CAPI : Centre d'Appui aux Personnes Infectées

I. Préambule et Résumé de la mission

Préambule :

Contexte de cette mission : toujours tributaires de l'avion du PAM, tout a bien fonctionné et faire un aller/retour en avion est vraiment plus confortable et moins anxiogène. La grève des fonctionnaires est terminée à notre arrivée depuis 15 jours et le travail n'est pas encore à son acmé car la reprise est progressive d'autant que c'est la période des récoltes et certaines PVVIH sont aux champs. Nous essaierons d'analyser l'impact de cette grève sur les différentes prises en charge médicales des PVVIH, même si pendant cette période, le directeur de l'HRM a mis en place un service minimum pour les services des urgences, de la tuberculose et de l'HDJ. Grève dont une des raisons principales est le non paiement des salaires. Cette raison montre combien la crise économique (suite notamment à la baisse de prix du baril de pétrole, une des ressources principales du Tchad) traversée maintenant depuis plusieurs années par le pays est importante. Les objectifs de cette mission (**Annexe I**) avaient pour buts principaux de faire un point sur l'ouverture de la MAPAM, la poursuite du compagnonnage à l'HDJ et de réaliser des ajustements, si nécessaires, aux différents projets en cours.

Résumé :

Dans un contexte de fin de grève qui aura duré plusieurs mois et donc de reprise progressive de l'activité, notre mission avait pour but principal de faire un point sur l'ouverture de la MAPAM.

Celle-ci fut ouverte après son inauguration mi novembre. Quelques difficultés inattendues sont vite apparues par rapport aux rôles des associations. Cela a permis de redéfinir les différents postes de salariés avec leur fiche de poste pour l'animateur, la cuisinière et le gardien. Un dédoublement du poste pour ces deux derniers est envisagé dès 2019 et l'animateur est requalifié gestionnaire. Ces modifications ne généreront pas de dépenses supplémentaires. Sur le plan budgétaire, nous avons précisé d'autres modifications qui devront, elles aussi, ne pas sortir de l'enveloppe globale. Cela ne devrait pas poser de problème puisque certaines dépenses oubliées seront compensées par des achats moins coûteux que prévus. La part dans l'apport global au budget que doit verser le CDN devrait être transformée en grande partie en mise à disposition de moyens humains ou matériels, à voir dans le temps.

Enfin il faut tout faire pour que cette MAPAM soit connue et que son taux de remplissage augmente rapidement pour rendre ce beau projet pérenne à nos bailleurs.

Enfin une autre partie de notre mission fût comme d'habitude du compagnonnage à l'HDJ de l'hôpital de Moundou où nous avons pu constater que le parcours du PVVIH était bien intégré mais adapté notamment dans le score d'observance posé par l'infirmier. A priori cela n'influe pas trop le bon suivi des PVVIH puisque les perdus de vue sont beaucoup moins nombreux malgré la grève. Plusieurs questions se posent sur le parcours du PVVIH. D'abord sur l'ETP dans sa forme, doit elle être aussi participative pour le patient que nous l'entendons au nord et moins directive qu'elle est pratiquée au sud ? Enfin sur le rôle des infirmiers qui sont de vrais prescripteurs et alors ne doit-on pas parler d'infirmier en pratique avancée comme on l'entend au nord ? Donc recevoir une formation ciblée sur le VIH car ce rôle de prescripteur pour les infirmiers dans toutes les pathologies semble complexe dans l'application. Les autres interventions dans le parcours du PVVIH semblent tout à fait satisfaisantes dont le rappel téléphonique pour les PVVIH qui ne se sont pas présentés à la pharmacie à la date butoir pour le renouvellement de leurs traitements. Un travail sur la confidentialité à la pharmacie devra être entrepris comme celui d'une évaluation du nombre de perdu de vue en nette diminution.

Et comme toujours lors de nos missions, nous suivons les projets en cours :

- Les repas pour les patients tuberculeux étendus aux week-ends, rencontre une grande satisfaction et permet une hospitalisation plus facile des patients tuberculeux sur les 15 premiers jours de traitement donc limite grandement les risques de contagiosité. Certainement faudrait-il reconduire la convention. Les perdus de vue pour la tuberculose sont quasi-inexistants. Ce service fonctionne bien. Nous leur avons apporté beaucoup de masques.

- Le laboratoire est toujours bien tenu. Pour la prochaine mission des formations continues sont demandés comme du matériel pour mieux travailler.

- L'UME (Unité Mère Enfant) concernant le parcours des femmes enceintes VVIH et donc la PTME est demandeuse de formation/mise à jour avec l'arrivée de nouveaux personnels soignants.

II. La MAPAM

Pour répondre à l'objectif fixé par la mission précédente d'ouvrir la MAPAM avant la fin de l'année, tout a été organisé : trouver un local, confirmer la location, acheter le mobilier et les ustensiles nécessaires et enfin assurer rapidement le recrutement des salariés en CDD dans un premier temps pour l'animateur, la cuisinière et le gardien/homme d'entretien.

La MAPAM a pu donc être inaugurée le 15 novembre avec son ouverture les jours suivants.

Autour de ce projet quelques difficultés ont émergé essentiellement remontées par les associations. Le plus souvent par incompréhension, aussi nous avons dans un premier temps rencontré les associations qui avaient du mal à comprendre où se situait leur place et étaient déçues de ne pas avoir en charge les repas à préparer pour les résidents. De plus des malentendus existaient aussi sur la fonction même de l'animateur. Le terme « animateur de la MAPAM » étant confondu avec le rôle d'animateur sur des thèmes de prévention ou ETP, ce qui généralement revient aux CPS, donc aux associations.

Puis dans un second temps nous avons rencontré les directeurs, messieurs Modobe et Dobel, et le Dr Doudeadoum pour justement définir la place des associations dans la MAPAM.

Une autre rencontre a eu lieu avec le directeur Modobe pour réfléchir sur le budget car certaines dépenses avaient été oubliées. Globalement cela ne pose pas trop de problèmes puisque, par exemple, le mobilier de départ a nécessité moins de dépenses que budgétisées. De plus les solutions trouvées pour un consensus de fonctionnement ne grèveront pas le budget prévu.

Enfin, une réunion du comité de pilotage, exceptionnellement en notre présence, s'est tenue le 12 décembre pour voter les propositions consensuelles, essentiellement sur la place des associations :

- le poste de la cuisinière va être dédoublé ce qui permettra d'employer une personne des associations.
- le poste d'animateur devient un poste de gestionnaire pour qu'il n'y ait pas de confusion dans la fonction.
- le poste de gardien va être dédoublé ou complété avec le poste d'entretien.

Ces trois propositions concrètes ont donc été votées et acceptées.

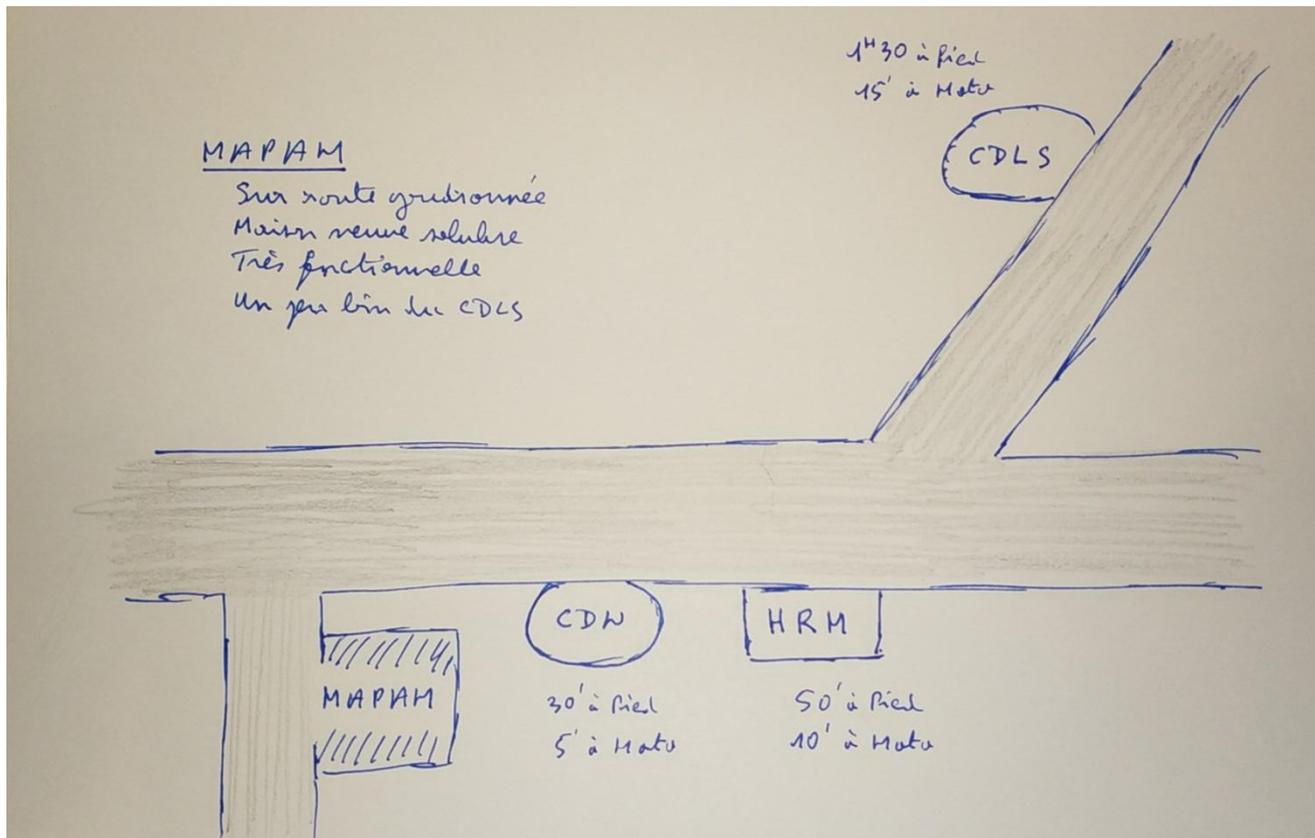
Comme souvent, il faudra peaufiner le fonctionnement de cette MAPAM en fonction de la montée en puissance du nombre de résidents et de ce qui aura pu être observé quelques mois après son ouverture. Il reste aux associations à mettre en place un ou plusieurs projets pour créer des animations autour des thèmes de prévention (IST, tabac, alcool), d'ETP et de qualité de vie, les pistes à explorer peuvent être des ateliers peinture, poterie, lecture, chorale, gymnastique, etc...

Il reste aussi à la MAPAM à se faire connaître, notamment par les CPS et leur réseau, ou par tout autre moyen rapidement car pour l'instant, un mois après l'ouverture, le taux d'occupation reste trop faible. L'utilisation des fiches de références et leur diffusion doivent y contribuer. **(Annexe II)**





Situation de la MAPAM



III. Compagnonnage des infirmiers et CPS de l'HDJ de l'HRM.

Ce temps de compagnonnage a pour objectif la formation continue des infirmiers et CPS et l'évaluation du parcours de soin des PVVIH (**Annexe III**) mise en place avec le projet zéro perdu de vue.

A- Compagnonnage HDJ : BERTINE Ide et les 2 CPS prénommées toutes les 2, Angèle

D'une durée de 2 jours, mon souhait était de tenter de m'inscrire dans la continuité du travail déjà entrepris par Emmanuelle avec Bertine et M'bairo.

Le 1^{er} jour a été essentiellement axé sur l'observation et la compréhension de ce que faisait ma collègue infirmière du Sud à l'Hôpital De Jour

Le 2^{ème} jour a été plus d'essayer d'évaluer la mise en pratique du parcours de soin du PVVIH avec les outils élaborés lors des précédentes missions.

Le 1^{er} jour :

Sur une quinzaine de consultations, seul un dossier médical a été rempli, avec la feuille de suivi (**Annexe IV**) mise en place au cours de la dernière mission.

En revanche, le carnet personnel du patient est rempli consciencieusement pour chacun d'entre eux ; les constantes : Tension Artérielle, Poids, température, examen des conjonctives et de l'état buccal y sont reportés quasi systématiquement.

Concernant l'observance, Bertine pose chaque fois deux questions : « Prenez-vous vos produits régulièrement » et « Avez-vous des difficultés à prendre vos traitements ? »

Le score d'observance inscrit en bas à droite de la prescription de médicaments, ne correspondant pas aux 3 questions, résulte de la confrontation de plusieurs éléments :

- les réponses aux questions de Bertine
- la date du dernier renouvellement (s'il a eu lieu dans le délai prévu, soit généralement 3 mois, cela conforte l'idée que le patient est bien observant)
- l'état physique que dégage le patient : « il a l'air en bonne santé ».

Concernant le questionnaire d'observance reposant sur 3 questions, tel qu'il a été élaboré au cours de la dernière mission, je n'ai pu constater son utilisation qu'une seule fois, le 2^{ème} jour.

En fin de journée, demandant à Bertine pourquoi le dossier médical qui reste à l'HDJ n'est pas rempli à chaque fois, elle me répond que ce jour -là, beaucoup de patients venaient de l'extérieur et n'avaient donc pas de dossier ouvert ici. Par contre si le patient revenait se faire suivre régulièrement à Moundou, un nouveau dossier serait ouvert à partir de janvier 2019, appuyé ou non par une fiche de transfert du centre de soin précédent. Peut-être veut elle ainsi éviter les perdus de vue comptabilisés avec les patients de passage qui pénalisent les statistiques ?

A ce propos, le travail d'Armel, le garçon de salle, consiste à rechercher et apporter à Bertine les dossiers des patients. C'est finalement l'infirmière qui s'occupe de la pesée et des prises de température.

Par ailleurs, l'infirmière effectue assez souvent des renouvellements d'ARV pour les conjoints ou amis de patients sans qu'ils ne soient présents, ce afin d'éviter des ruptures de traitement.

Je constate aussi que la mission de prescripteur de Bertine ne se limite pas aux seuls ARV. Ainsi, lorsqu'un patient rapporte présenter des symptômes comme de la fièvre, cette dernière prescrit systématiquement un traitement contre le paludisme, plus rarement, elle demande un contrôle biologique. De même, en cas de douleur, elle est habilitée à prescrire des antalgiques de différents niveaux, ainsi que des anti-inflammatoires, mais également la prise de fer en cas de conjonctives trop pâles ou de résultats biologiques montrant un taux d'hémoglobine trop bas.

Le 2^{ème} jour :

Je tente d'évaluer un peu le suivi en me donnant comme objectif de relever 5 données de prise en charge sur 17 patients vus en consultation de l'HDJ au cours de la 2^{ème} matinée :

- 1) Le motif de consultation : 15 patients viennent pour un renouvellement d'ordonnance, dont 4 pour eux-mêmes ainsi que pour leur conjoint ou amis ; 1 pour montrer des résultats de biologie et 1 pour une initiation d'ARV.
- 2) le remplissage du dossier de soins : n'est fait que 5 fois
- 3) celui du questionnaire d'observance : une seule fois, mais la question « Prenez-vous vos traitements » est systématique.
- 4) L'examen clinique avec quelques paramètres : réalisé à chaque fois, Bertine s'approprie rapidement l'utilisation du nouveau tensiomètre électronique que nous avons apporté pour des bras de grande maigreur.
- 5) l'inscription du score d'observance (adapté par Bertine) sur l'ordonnance de traitements ARV : reporté à chaque fois qu'il est adapté soit patient présent.

En fin de matinée, j'ai accompagné un patient témoin (dit traceur dans les pays du nord) parlant bien français tout au long de son parcours. Cela me permet de constater que chaque intervenant délivre des messages d'éducation, la problématique pour moi réside dans le manque d'uniformisation des informations délivrées et du coup un trop grand nombre de messages dispensés, voire des confusions.

Reprenons la règle des 3 messages maximum par entretien, le patient ne retenant plus au-delà.

Ne pourrions-nous alors envisager plutôt que d'avoir 5 séquences d'éducation par passage à l'HDJ (IDE-CPS- Assistante sociale - pharmacienne- CPS de la pharmacie), de n'en faire que 2 ? Par exemple IDE/CPS ou CPS/pharmacienne ; et que le dernier passage chez la CPS de la pharmacie soit consacré à la restitution par le patient des informations comprises avec des réajustements si nécessaires.

Conclusion

Le rôle de l'infirmière de l'HDJ de l'HRM ne correspond pas précisément à celui de l'IDE en soins généraux de chez nous.

En effet par nécessité tchadienne, le rôle délégué d'infirmière - prescripteur est très important pour la prescription des ARV et même élargi aux autres pathologies en suivant au mieux les protocoles. Ce constat place l'infirmière tchadienne plutôt dans la catégorie du Nord des Infirmières en Pratique Avancée ; avec cependant de nombreux champs de compétence.

Pour moi se posent alors différentes questions et suggestions :

1 / Concernant les compétences requises pour permettre une mise en œuvre la plus sûre et efficace possible de ce rôle de prescription. La délégation de prescription ne devrait-elle pas être limitée au seul renouvellement des ARV ? Les comités antiviraux fonctionnent ils toujours comme aide à la prise en charge du PVVIH ?

Dans le cas où cela ne serait pas suffisant, au regard des problématiques variées posées par les patients, et dans la mesure où tous ne peuvent pas forcément revenir les jours de consultation du médecin, des formations continues spécifiques pourraient-elles être envisagées ? (ex : par consultations en binôme médecin infirmier ; cours pratiques sur examens cliniques ou théoriques, élaboration de protocoles écrits ...). Ainsi, le compagnonnage entre infirmiers du Nord et du Sud, pourrait être complété par un compagnonnage médecin- IDE ?

2/ Concernant le parcours de soin du patient : le recueil d'informations sur l'observance au traitement, avec le score d'observance pourrait être réalisé aussi par les CPS et marqué sur le dossier ou carnet d'une couleur différente (verte) pour que les infirmiers ou médecins (la pharmacienne ne voit que l'ordonnance et pas les autres documents) le prennent en considération lors de leur prochaine consultation. Cela permettrait peut être au soignant d'être moins directif mais plus ouvert dans l'abord du patient avec une question du type : « alors, avez-vous pu mettre en place? »

Il est essentiel d'admettre que l'IDE qui voit 30 à 40 patients par jour ne dispose matériellement pas du temps nécessaire à un entretien approfondi permettant à la fois de détecter les défauts d'observance, leurs causes réelles et de trouver avec eux le ou les moyens d'y remédier.

3/ Enfin, suite au suivi du patient témoin, dans le parcours du PVVIH, « trop d'infos tue l'info » : tous les patients doivent recevoir une ETP mais pas par tous, le même jour.

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

Le personnel de la tuberculose (Angèle et Célestin ainsi que les 2 CPS Norbert et Boniface) reste toujours bien motivé et soudé, ce qui certainement améliore le suivi des patients TB. Ils m'indiquent, en effet, qu'ils ne comptabilisent presque pas de perdus de vue car le système de rappel des patients fonctionne très bien. De plus le fait de servir des repas incite les patients à bien rester hospitalisés les deux semaines nécessaires, cela donne du temps pour délivrer de l'information avec plus de qualité et le patient se voit aller mieux. Les 2 perdus de vue signalés sont probablement décédés.

Nombre de patients suivis en 2018 (anciens et nouveaux TB) : 5007

On compte 18 patients TB décédés au décours de l'hospitalisation. La cause la plus fréquente est qu'ils arrivent à un stade trop avancé dans la maladie.

Quand les patients TB sortent, la pharmacie délivre le traitement pour un mois (et non 7 ou 14 jours comme auparavant). Cela facilite la prise de traitement sans rupture et n'a, à priori, pas de conséquence délétère sur le suivi avec de bons résultats en terme de guérison. Analyse des crachats impossible pour cause de grève.

Eu égard à ces différents points, il n'y a pas de raison que le nombre de PDV augmente et devrait même s'approcher de zéro. A réévaluer précisément lors d'une prochaine mission.

Rencontre avec Célestin, l'infirmier des tuberculoses résistantes.

En 2018, le protocole est inchangé avec toujours 4 mois d'hospitalisation et si BK négatifs alors 5 mois en ambulatoire.

Quelques chiffres :

- . 12 patients MDR (17 en 2017)
- . 0 PDV,
- . 2 DCD (patients arrivés à un stade trop évolué)

Sur les 12 patients pas de rupture de traitement mais pas d'analyse des crachats (à cause de la grève) donc pas de connaissance de résistance ou non.

En ce qui concerne les repas servis aux patient TB hospitalisés:

Un cahier de suivi des repas préparés par la cuisinière est en place et tenu par les CPS. Le nombre de repas servis quotidiennement se situe entre 12 et 15, le surplus permet d'avoir des portions plus généreuses ou d'aider d'autres patients en grande difficulté sociale classifiés par eux comme des cas sociaux. Je les avertis que même si c'est louable, le projet n'est d'étendre la dispensation alimentaire à tous les patients. Peut-être, qu'en cas d'excédent de plats préparés, on pourrait envisager de poursuivre l'aide à l'alimentation pour les patients tuberculeux sortis les plus nécessiteux.

Quelques questions sur :

- La poursuite des repas à l'hôpital ; l'unique financeur de ce projet soit ES 92 reconduit-il le financement pour encore 16 mois ?
- Sous quelles conditions la MAPAM pourrait accueillir un patient coinfecté VIH/TB, même habitant à Moundou mais isolé car rejeté par la famille ?

Nous leur avons remis un agenda 2019 avec des stylos et surtout de nombreux masques de protection.

Les CPS sont très satisfaits car payés régulièrement (ce n'est pas l'Etat qui les paye). Ce qui contribue certainement à la bonne ambiance dans le service et à la qualité de leur travail.

V. Laboratoire, état des lieux.

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

Nous faisons le point sur les différentes demandes en matériel et en formation à préparer et à réfléchir pour la prochaine mission début 2019

Concernant le Gen Xpert, le module 4 ne fonctionne que pour le MTB mais pas pour la charge virale alors que les modules 1, 2 et 3 fonctionnent pour tout.

Pour TB environ 20 /mois d'effectués toujours en manque.

Pour CV (charge virale) les dépistages des nourrissons de 1 à 11 mois sont financés par l'Unicef

Il n'y a plus de cassettes pour la charge virale, actuellement environ 15/mois mais la demande devrait augmenter.

Demande de matériels manquants :

- Auramine
- Pipettes de 10 à 1000 gr
- Milieux de cultures, surtout milieu de Chapman (même pas à Ndjamena), une boîte de 500 mg /2 mois
- Disques ATBgramme, pas assez en quantité et en qualité ; 1 cartouche de disques = 50 tests (Slem de bonne qualité) dure environ 3 semaines.
- HémoQ ; dosage hémoglobine ne fonctionne plus, c'est dommage car une source d'économie quand le besoin est ciblé au seul dosage de l'hémoglobine.
- Pas de glucomètre juste pour la glycémie
- Bacs de coloration en bacilloscopie, beaucoup sont cassés et il en faudrait en secours.
- Feutres indélébiles qui marquent les boîtes

Demande de formations :

- A l'extérieur bien évidemment
- En fonction des résultats des derniers prélèvements venant du centre handicapé (résultats toujours pas transmis) ; si ceux-ci ne sont pas cohérents, alors revoir formation.
- Sinon formation continue prioritairement en bactériologie puis parasitologie et enfin +/- en bacilloscopie.

VI. La Pharmacie : ajustement du parcours de soins du PVVIH et du projet ZPV-VIH.

Tenue toujours avec grand sérieux par Olga secondée par la CPS Geneviève. Lieu toujours propre avec les ARV bien rangés sur les étagères. Aucun périmé, exceptées les boîtes d'Atazanavir depuis octobre mais autorisées car pas d'alternative dans certains cas. Le stock des ARV a été suffisant cette année sauf pour le Videx* mais beaucoup moins utilisé, donc peu de conséquences. Pendant la grève la distribution des ARV a été maintenue comme l'ouverture des urgences et la distribution des antituberculeux considérés comme des priorités hautes, les patients sont venus et donc le maintien du stock est dû, semble-t-il, à un meilleur approvisionnement.

Suite à la mise en place du parcours du PVVIH, Olga et Geneviève constatent très peu de perdus de vue. Le rappel téléphonique fonctionne bien (**Annexe V**) et pour certains patients, Olga revient même travailler le week end (essentiellement pour PVVIH initiés récemment, ignorant encore un peu le fonctionnement). Évidemment ces constats demanderont à une prochaine mission d'évaluer ce projet de zéro perdu de vu pour les PVVIH. Peut être faudra-t- il aussi analyser le rôle du score d'observance mis en place dans le parcours.

Toujours est-il que les résultats sont apparemment très encourageants.

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

Sur le plan matériel à la pharmacie:

- le logiciel Logone est tombé en panne pendant 4 mois et Olga est obligée à ce jour de rentrer les anciennes données au fur et à mesure.
- l'imprimante est en panne
- il a été racheté pour le téléphone une batterie pour 3000 fcfa et des unités pour 17000fcfa ; en plus 2000fcfa de stylos.
- un agenda 2019 a été fourni.
- il faudra apporter un modèle de feuille de rappel téléphonique horizontal et non vertical.
- il faudrait vraiment investir des chaises dignes de ce nom dans le bureau de la CPS Geneviève.

Une demande de formation à l'extérieur pour Olga peut s'envisager.

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

Rencontre brève comme nous nous y étions engagés lors de notre dernière mission avec la surveillante du service : Rose, sage femme de formation.

Je lui ai apporté deux blouses blanches et le lutin sur le VIH conçu par ES 92 (elle ne le connaissait pas). Une demande de formation /mise à jour pour la prochaine mission demandée me semble fort légitime pour cette unité mère-enfant.

VIII. Formations autour du parcours du PVVIH: Discussion des points faibles et forts du parcours, jeux de rôle sur l'Etp et principalement autour de l'observance.

Le mardi après midi, nous animons une séance de formation en Education Thérapeutique pour tenter d'évaluer connaissances et pratiques, de clarifier quelques principes de conduite d'un entretien d'ETP et remettre à jour quelques points sur les ARV et leur bonne utilisation pour éviter les résistances.

C'est pour cela que nous allons remettre dans ce rapport l'intégralité en diaporama de l'étude camerounaise présentée à l'AFRAVIH en avril 2018 sur l'échec thérapeutique chez les PVVIH « entre culpabilisation et dramatisation ». Car cette étude nous semble des plus importante pour progresser dans notre approche de l'ETP entre soignants du sud et du nord.

Au cours des jeux de rôle effectués l'après -midi, Catherine réalise de la manière un peu directive, à son sens, qui consiste à dire aux patients : « il faut prendre vos médicaments tous les jours, toute la vie » convient et semble suffire aux patients (joués par les soignants) dans de nombreux cas. Nous tentons toutefois de transmettre l'idée que de faire adhérer pleinement le patient aux principes de sa prise en charge et non pas seulement à l'acceptation de la consigne est mieux pour favoriser l'observance au long cours.

Tous ces jeux de rôles sont toujours effectués dans la bonne humeur des participants (**Annexe VI**) et François trouve que les critiques sont moins nombreuses au fil des missions comme si les principes de l'ETP étaient quand même mieux appréhendés avec leur « injonction locale » qui semble convenir à tous. Cela pose question sur la transposition complète de notre manière de voir l'ETP au nord par rapport au sud en raison des cultures de chaque pays.

Comme signifier plus haut, nous remettons l'intégralité en diaporama de l'étude camerounaise présentée à l'AFRAVIH en avril 2018 sur l'échec thérapeutique chez les PVVIH « entre culpabilisation et dramatisation »

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

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

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

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

L'échec thérapeutique en Afrique

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

-> histoire naturelle de la prise en charge

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

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

(cf. Lancet Infectious Diseases, avril 2018)

L'échec thérapeutique en Afrique (2)

• Diagnostic

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

• La prise en charge

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

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

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

Contexte

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

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

Contexte (2)

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

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

Au Cameroun

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

Méthodes

Étude anthropologique

Enquêtes menées au Cameroun 2010 à 2012

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

Objectifs

Objectif : Décrire et analyser

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

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

Contexte local

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



L'annonce de l'échec

Victoria

Le médecin lui explique :

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

Les infirmiers lui reprochent :

- « Tu nous fais travailler pour rien »

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

L'annonce de l'échec (2)

Annonce généralement faite par le médecin

Termes utilisés

-Le terme *échec thérapeutique* peu utilisé.

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

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

Contenu des messages d'annonce

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

-Peu d'explications sur le traitement de 2e ligne

L'annonce de l'échec (3)

Forte culpabilisation

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

Dramatisation

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

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

Attitude ambivalente

Entre paternalisme et coercition

L'annonce de l'échec (4)

L'implication du service social et conseillers psychosociaux

• Différente selon les sites.

• Référence médecin -> service social non systématique

• Absence de guides, de directives

-> discours hétérogènes, variables selon sites et les professionnels

• Discours focalisés sur injonction à l'observance

• Éducation thérapeutique sur certains sites

- mais axée sur moment du changement de ligne

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

La perception des patients

Désarroi des patients

- Autostigmatisation renforcée par les discours des soignants
- Ravive le traumatisme de l'annonce de l'infection
- Peu informés sur les mécanismes de l'échec
- Peu préparés au changement de traitement
- Peu d'appui à l'observance à long terme

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

Une remise en cause du modèle de communication avec les PVVIH

Les valeurs promues et les pratiques affichées

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

Reconfiguration de la relation thérapeutique / échec

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

Conclusion

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

- Nos observations mettent en évidence la nécessité d'actions rapprochées au niveau des acteurs de soins :
 - La formation des professionnels de santé, du personnel social et associatif
 - L'élaboration de guides d'annonce et de prise en charge
 - Le renforcement des structures de santé
 - Un véritable accompagnement des patients à long terme

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

IX. Un jour à Ndjamena : Staff et visite dans le service du Dr Joseph Madtoingué (infectiologue), rencontres avec les professeurs Choua Carchemi (Directeur de l'HGRN) et Ali Mahamat Moussa (Hépatogastro-entérologue)

Visite du service d'infectiologie du Dr Joseph :

Dès 8 h du matin le Dr Joseph nous invite à son staff médical où les internes (deux font un stage sur la base du volontariat) présentent les malades du service et les entrants de la nuit. Les échanges furent intéressants et constructifs. Décision est prise d'aller voir les malades après pour les examiner et prendre les meilleures décisions possible.

Catherine, en tant qu'infirmière d'ETP est allée avec un CPS du service rencontrer deux patients dont les problèmes d'échappement étaient certainement dus à de l'inobservance. Un premier cas était une non observance sous tendue par un problème social. Patient vivant dans la rue d'une maigreur cachectique avec candidose buccale et qui ne pouvait plus manger donc avaler son traitement quand elle en avait. Un deuxième cas de non observance chez un patient hospitalisé pour tuberculose résistante était dû, semble-t-il, à la distance pour se rendre à l'hôpital chercher les traitements. Cependant ces deux entretiens permirent de lancer les bases d'un questionnaire plus ouvert.

François a suivi l'interne et a vu tous les malades du service. La réalité locale nous a rattrapés car un jeune patient est décédé quasiment devant nous sans que nous ayons compris son cas et pu mettre en place des soins de réanimation. Un patient avait une pemphigoïde bulleuse, un autre avait fait un AVC, un des crises spastiques dues au tétanos, deux autres des anémies dont l'origine n'était pas encore éclaircie, un autre une thrombopénie restant à explorer. Durant cette visite, j'ai pu apprécier les qualités de l'interne dont sa grande motivation et son approche bienveillante auprès du patient.

Rencontre avec le directeur de l'HGRN, Le Pr Choua :

En fin de matinée, discussion autour de la mise en place de la fabrication des solutions hydro-alcooliques sur place. Tout le matériel nécessaire à sa fabrication peut être commandé par l'HGRN (**Annexe VII**) et il reste donc à lancer la formation du personnel. Pour cela ES 92 attend le courrier de l'HGRN.

Repas suite à l'invitation du Dr Joseph dans un restaurant sénégalais : excellent

Dans la soirée rencontre avec le Pr Ali pour discuter de la prise en charge des patients VHC.

Il serait déjà intéressant de faire pour commencer une étude pour connaître le nombre de patients à traiter. Car sur le nombre de patients avec une sérologie VHC positive, 80 % ont une virémie positive et sont donc à traiter et 20% guérissent spontanément donc non à traiter.

D'où l'intérêt de réaliser une charge virale suite au dépistage. Qui dépister dans un premier temps, tout le monde ou une population cible, sachant que les co-infectés VIH-VHC sont rares au Tchad ?

Pour réaliser la charge virale pour le VHC, deux possibilités :

- possibilité de l'envoyer au laboratoire Cerba à Paris en avion (facile de Ndjamena)
 - possibilité de la réaliser sur place avec GenXpert et nouvelle cassette de détection pour la charge virale du VHC : 9 appareils GenXpert au Tchad très prochainement. Actuellement en place 6 soit 1 à Bongor / Moundou / Sarh / Abéché / Ndjamena /Ati . En cours d'installation 3 soit 1 à Koumra / Bol / Mongo.
- Pour le traitement, globalement deux stratégies peuvent se concevoir en fonction de l'utilité ou non de la réalisation du génotype qui peut encore être utile au Tchad en fonction des médicaments utilisés qui ne sont pas encore tous actifs sur tous les génotypes.

1ère stratégie : bilan avec génotype et AAD (Antiviraux d'Action Directe) non actifs sur tous les génotypes du VHC.

2^{ème} stratégie : pas de génotype mais nouveau AAD actifs sur tous les génotypes.

Le choix de traitement peut résulter du coût de l'ensemble du traitement (AAD, génotype et charge virale) non pris en charge au Tchad (aucun pays n'a la gratuité actuellement pour ces traitements), encore faudrait-il se poser la question de l'utilité de la charge virale en fin de traitement tant les nouveaux AAD sont efficaces ?

Donc traitement possible par Epclusa* (Sofosbuvir + Velpatasvir), coût mensuel 350 000 FCFA (500 euros) sans génotype.

Ou par une autre combinaison de génériques ; Sofosbuvir + daclatasvir 350 000 FCFA ou Sofosbuvir + Ledipasvir 300 000 FCFA mais alors il faudra faire un génotype (génotype plus coût de traitement peut être moins cher que traitement seul par Epclusa pour la dernière combinaison du moins ?

Les prix de toutes ces combinaisons restant à bien définir avec les laboratoires ainsi que celui de la charge virale et du génotype.

X. Recommandations et Conclusion

La MAPAM est en ordre de fonctionnement et a été inaugurée mi novembre ; les premiers résidents ont été accueillis. Il faut vite faire connaître cette maison d'accueil et augmenter rapidement son taux de remplissage.

Le compagnonnage par notre nouvelle infirmière du Nord lui laisse un goût d'inachevé par cette mission courte et les questionnements que cela pose autour de la fonction d'infirmier du Sud. L'infirmière de pratique avancée en vogue actuellement en France n'a-t-il pas été inventé depuis longtemps par nos partenaires du sud en carence de médecins depuis toujours.

Ainsi la coopération par la formation devrait être accentuée entre médicaux et paramédicaux du Sud sur des points de diagnostic médical, pour toujours améliorer la pertinence des prescriptions, ce particulièrement dans un pays où l'achat des médicaments reste compliqué pour une grande partie de la population.

Le temps d'éducation thérapeutique et notamment la recherche des causes d'inobservance partagés voire délégués aux CPS permettrait peut être aussi de libérer du temps aux IDE et de faciliter la mise en place de solutions.

Enfin, accroître la protection individuelle des soignants du Sud, par l'usage de gants, SHA, masques protecteurs adéquats, utilisation plus large de produits de désinfection des matériaux et surface.

Le projet zéro perdu de vue pour les PVVIH s'améliore nettement grâce à tous les acteurs de la chaîne du parcours du PVVIH puisque les perdus de vue en pharmacie sont beaucoup moins nombreux ; le rappel téléphonique par la CPS de la pharmacie y contribue du reste grandement. L'ensemble de ces bons résultats sont à évaluer lors d'une prochaine mission.

Le projet zéro perdu de vue pour la TB avec les repas servis gratuitement lors des 14 premiers jours d'hospitalisation a atteint son objectif puisqu'il n'y a pratiquement plus de perdu de vue, à évaluer aussi. Pour les vingt repas servis quotidiennement et gratuitement, le soutien direct d'ES 92 est certainement à reconduire.

Au niveau de l'unité mère-enfant, une formation serait à mettre en place devant le renouvellement du personnel soignant.

Une demande de formation au niveau du laboratoire est aussi demandée comme du matériel spécifique.

A Ndjaména, la visite et les échanges dans le service d'infectiologie ont été intéressants et nous laissent entrevoir le travail restant à mettre en place en ETP ; le plan des patients VIH et/ou TB.

Un projet de fabrication de SHA est en cours et l'étude de la mise en route de traitement (non gratuit) pour les patients VHC à charge virale positive.

Programme de la mission de décembre 2018 (1)

Objectifs principaux : Compagnonnages des IDE VIH de l'HDJ par IDE du Nord + projet ZPV-VIH
 Accompagnement des Projets ZPV tuberculose + ZPV VIH
Projet MAPAM

C : Catherine
 F : François

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

Lundi 10 décembre

Matin		Ndjamena et avion à 10h	Salutations dans les services en fin de matinée	C + F
Après-midi		Mapam	Représentants des 3 Associations (A3V-ACCPVV- CAPI)	C + F
Soirée	19 h	Repas	Directeurs (Dobel + Modobé) + Doude	C + F

Mardi 11 décembre

Matin	8h - 11h30	MAPAM	Directeur et Médecins CDN + Associations	F
		Compagnonnage infirmiers HDJ	Infirmiers HDJ (Bertine +Mbaïro)	C
Midi	12h-13h	Repas	Infirmiers + CPS + assistante sociale HDJ (4)+ Pharmacienne + CPS Pharmacie (2) + Doudé et nous soit 9 au total	C + F
Après-midi	13h - 16h	ETP (cas clinique- jeux de rôle)	IDE + CPS + AS : HDJ / Pharmacie	C + F
Soirée	19h	Repas		C + F

Programme de la mission de décembre 2018 (2)

Objectifs principaux : Compagnonnages des IDE VIH de l'HDJ par IDE du Nord + projet ZPV-VIH
 Accompagnement des Projets ZPV tuberculose + ZPV VIH
Projet MAPAM

C : Catherine
 F : François

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

Mercredi 12 décembre

Matin	8h - 12h	TB / Pharmacie / Laboratoire	Major + IDE + CPS	F
		Compagnonnage infirmiers HDJ	Infirmier (Bertine et Mbaïro)	C
Midi	12h-13h	Repas à la Mapam		C + F
Après midi	14h - 17h	Réunion à la Mapam	comité de pilotage de la Mapam	C + F
Soirée	19h	Repas	Avec 2 représentants de chaque association	C + F

Jeudi 13 décembre

Matin	6h ou plus tard	Retour Ndjamenà		
Après-midi	?	Rencontres lors du retour sur Ndjamenà	HRN	C + F
Soirée	20 h	Repas		C + F

Vendredi 14 décembre

Journée à Ndjamenà

C + F

Soirée	20 h	Repas et Retour Paris		C + F
--------	------	-----------------------	--	-------

CPS : Conseiller psychosocial

CND : Centre Nasson Djenandoum

CDLS : Centre Diocésain de Lutte contre le Sida

Parcours de soins du PVVIH à l'HRM

1) Arrivée du patient à l'HDJ :

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

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

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

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

3) Arrivée à la pharmacie :

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

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

Patient repart chez lui avec ☺

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

Fiche des appels téléphoniques remplie à chaque appel

SUIVI MÉDICAL DE LA PVVIH

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

LES PERDUS DE VUE					
Numéros Code	Perdus de vue	Date de rappel	Nbre de jour Après le RDV prévu	Motif de non venue au RDV	Noter sur l'agenda le nouveau RDV
251	Tambe Dotele	15-05-18	02-02-18		
2102	Nkemai Angèle	15-05-18	03-02-18	Voyage/absence	
1130	Mbatimanyi Fidele	15-05-18	03-02-18	Distance	
1134	bonite Bongets	14-06-18	01-04-18	Distance	Perdue
1137	Ya Bi Chardjira	14-06-18	02-04-18	Voyage	Perdue
1138	Plerena Ananta	14-06-18	02-04-18	Voyage	
1139	Tarassoum Juliette	-11-	02-04-18	Formation	
1140	Soussoum Evelle	-11-	02-04-18	Formation	
1141	Mandi Jeanne	-11-	03-04-18		
1142	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1143	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1144	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1145	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1146	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1147	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1148	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1149	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1150	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1151	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1152	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1153	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1154	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1155	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1156	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1157	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1158	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1159	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1160	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1161	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1162	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1163	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1164	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1165	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1166	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1167	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1168	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1169	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1170	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1171	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1172	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1173	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1174	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1175	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1176	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1177	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1178	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1179	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1180	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1181	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1182	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1183	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1184	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1185	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1186	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1187	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1188	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1189	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1190	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1191	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1192	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1193	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1194	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1195	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1196	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1197	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1198	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1199	Mbatimanyi Fidele	-11-			
1200	Mbatimanyi Fidele	-11-			

RAPPEL TELEPHONIQUE DES PERDUS DE VUE					
Numéros	Perdus de vue	Date de rappel	Nbre de jour Après le RDV prévu	Motif de non venue au RDV	Noter sur l'agenda le nouveau RDV
UNE 03	Demaradoumbage	14-06-18	Elle est venue		
225	Amantasi	-11-	Elle est venue		
1154	Mbatimanyi Fidele	-11-	04-04-18		Perdue
1162		04-07-18	04-05-18		
	Guera Levi	04-07-18	04-05-18	Voyage	Demain il va venir
	Mbatimanyi Fidele	-11-	02-05-18		Perdue
	Tarassoum Caroline	-11-	02-05-18		deja
	Mbatimanyi Fidele	-11-	03-05-18		Malade
	Mbatimanyi Fidele	-11-	-11-		Perdue
	Sou Joseph	-11-	-11-		Perdue
	Sou Hortense	-11-	-11-		Perdue

RAPPEL TELEPHONIQUE DES PERDUS DE VUE					
Numéros	Perdus de vue	Date de rappel	Nbre de jour Après le RDV prévu	Motif de non venue au RDV	Noter sur l'agenda le nouveau RDV
079	NEL NAO	19-07-18	3 mois	Voyage	Demain
1630	YOB DENI	-11-	Elle a fait son traitement	Quirine	
2987	Mogomanyi Demence	-11-	3 jours		Demain
174	tao Marie	-11-	15 jours		dans 3 jours elle va venir
3212	Solmem Augustine	25-07-18	15 jours	Malade	
2880	Dji GRE	26-07-17	12/03/18	Voyage	Il va venir demain
3088	TER ADN	-11-	-11-		
033	Mbatimanyi Fidele	31-07-18	1 mois de retard	Perdue	
359	Tarassoum LEL	-11-	2 mois	Elle est venue	
2413	No djiam Clorise	31-11-	1 mois	Elle est venue	3 jours

Formation ETP du Mardi 11 Décembre 2018

- 01 Djekosse Angèle CPS / HDJ
- 02 MOUNDOU Keïba Angèle CPS / HDJ
- 03 M^{me} MBAILASSEM MILAPON JARY Elogé
Assistante sociale
- 04 - Derombai Caroline pharmacie ARV (CDLS)
- 05 M^{me} Yay a Benou Adèle Assistante sociale
- 06 Ndingatoum Bettine infirmière (HDJ) (CHDJ)
- 07 Lorie TOKOD Olyza IDE Pharmacie
- 08 ODJOUH MBaidjogoum Geneviève CPS/pharmacie ARV
Catherine Bolulle + Francis Colominier (ES 92)

Annexe VI

Annexe VII

EQUIPEMENTS ET MATERIELS NECESSAIRES POUR SHA

1


2


3


4


5


6


- 1- Réservoir de 50 litres en plastique (de préférence en polypropylène ou en polyéthylène de haute densité, translucide permettant de voir le niveau de liquide)
- 2- Cylindres gradués
- 3- béchers gradués
- 4- Aléomètre : échelle de température et concentration en éthanol
- 5- Flacons de 500 ml en plastique ou en verre, munis de bouchons à Vis
- 6- Entonnoir en plastique ou en métal,

PRODUCTION DE 10 LITRES DE PRODUIT :

METHODE

Les produits peuvent être préparés en volumes de 10 litres, conditionnés en flacons en verre ou en plastique munis de bouchons à vis.

Quantités recommandées pour chaque composant

SOLUTION 1 (HGRN)	SOLUTION 2
Ethanol 96% : 8333 ml	Isopropanol 99.8% : 7515 ml
Peroxyde d'hydrogène 3% : 417 ml	Peroxyde d'hydrogène 3% : 417 ml
Glycérol 98% : 145 ml	Glycérol 98% : 145 ml
Eau distillé : 10L	



Hommage au Dr Elisabeth Schmidt,
médecin à Bébaïem depuis plus de 20 ans,
responsable de l'école d'infirmière, décédée
juste avant notre arrivée.

