



**ENTRAIDE SANTE 92**

**GIP ESTHER**



**Partenariat GIP ESTHER  
Convention 2009 0308**

**Rapport de Mission**

**Par ENTRAIDE SANTE 92**

**A l'Hôpital Régional de Moundou  
et  
au Centre hospitalier de Bebalem**

**TCHAD**

**Mission réalisée du 2 au 8 juillet 2011**

**Membres de la mission :**

Madame Gwénoyée Abalain, Directrice du CHU Louis Mourier (APHP), Colombes 92, Corevih île de France Ouest,

Docteur Corinne Floch, pédiatre, service de néonatalogie, CHU Louis Mourier (APHP), Colombes 92, Corevih île de France Ouest,

Madame Adrienne Lerner, psychologue, service de pédiatrie, CHU Louis Mourier (APHP), Colombes 92, Corevih île de France Ouest,

Docteur Emmanuel Mortier, service de médecine interne, CHU L. Mourier (APHP), Colombes 92, Corevih île de France Ouest.

## PLAN

Résumé de la mission (mis sur le site <a href="http://www.entraidesante92.org">www.entraidesante92.org</a> )	P : 3
1) Contexte et objectifs de la mission	P : 4
2) Compagnonnage administratif Mission à Bebalem et Moundou : (G Abalain)	P : 5
- A Bebalem	P : 5
- A Moundou	P : 7
3) Compagnonnage médical (E Mortier)	P : 8
4) Formation PTME (C Floch et A Lerner)	P : 11
5) Conclusion et recommandations	P : 13
<i>Annexe I : calendrier de la mission</i>	P : 15
<i>Annexe II : matériel apporté lors de la mission</i>	P : 16
<i>Annexe III : posologie des ARV pédiatriques en fonction du poids.</i>	P : 17
<i>Annexe IV : organisation du circuit du dépistage à la maternité : PTME</i>	P : 18
<i>Annexe V : Transcription du travail présenté par les rapporteurs</i>	P : 20

## RESUME DE LA MISSION

**Mission au Tchad du 2 au 8 juillet 2011** : Gwéno­lée Abalain (Directrice d'hôpital), Dr Corinne Floch (pédiatre), Adrienne Lerner (psychologue) et Dr Emmanuel Mortier (médecine interne).

Cette mission s'inscrit dans les partenariats existant entre les hôpitaux de l'ouest parisien (Corevih île de France ouest via l'association Entraide Santé 92) et les hôpitaux de Moundou et de Bebalem au Tchad pour l'amélioration de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Cette mission pluri professionnelle a permis :

D'amorcer un compagnonnage administratif entre les directions des différents hôpitaux alors qu'un nouveau directeur (Monsieur Ousman Ismail Arim) vient d'être nommé à Moundou. A Bebalem, les échanges constructifs ont permis de finaliser le projet architectural d'installation de la radiologie prévue en octobre 2011, en évaluant également le coût de sa pérennité (maintenance, consommable, sécurité électrique (intervention d'électriciens sans frontière lors de l'installation)).

De poursuivre la formation pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à son enfant qui avait été initiée en février. Le travail a porté sur le dépistage en salle de naissance et la prise en charge pédiatrique des enfants séropositifs à l'hôpital de Moundou.

De continuer le compagnonnage médical à Bebalem et à Moundou

De faire le point sur certaines actions en cours :

- le protocole de vaccination du personnel soignant de Moundou vis à vis du virus de l'hépatite B, protocole qui inclut de nombreux soignants,

- le travail associatif des 3 associations de personnes vivant avec le VIH de Bebalem, Benoye et Bedogo, soutenues par Entraide santé 92 qui s'est déroulé selon les termes de la convention incluant des causeries conviviales, des témoignages à visage découverte, des aides directes aux malades.

Comme toujours, en dehors des actions initialement prévues, des rencontres avec les associations de malades et des responsables de la lutte contre le VIH ont permis de mettre en exergue, à la fois les difficultés (défaut de maintenance du plateau technique) mais aussi les acquis (pas de rupture national d'antiviraux depuis un an).

L'accueil chaleureux de nos partenaires traduit la volonté de tous d'améliorer la prise en charge des malades. Le nombre insuffisant de ressources humaines à tous les niveaux est actuellement un obstacle majeur à une prise en charge de qualité malgré les efforts de chacun pour palier à cette carence.

## 1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE LA MISSION

### Contexte :

Depuis la dernière mission en février, nomination d'un nouveau Directeur à l'Hôpital Régional de Moundou (HRM) : Monsieur Ousman Ismail Arim.

Mission concomitante du GIP Esther à Moundou (Pierre Mendiharat directeur des projets, et Dr Narassem coordinatrice Esther au Tchad).

Comité de liaison Esther Tchad initialement prévu en juillet repoussé à 2012.

Docteur Memadji, responsable du programme PTME sur le Logone occidental absent , en mission à Ndjamena.

Livraison d'un appareil de radiologie à Bebalem (fonds : gouvernement tchadien et GIP Esther) pas encore installé.

### Objectifs :

L'équipe d'entraide santé 92, composée de 4 personnes avait un double objectif :

- Poursuivre la formation de février 2011 consacrée à la PTME, en particulier sur le versant pédiatrique.
- Faire un point d'étape avec l'hôpital de Bebalem et celui de Moundou (nouveau directeur) et réfléchir à un partenariat administratif.

**Calendrier :** (le détail du calendrier est en annexe 1) :

**Samedi 2 juillet en soirée ;** arrivée à Ndjaména

**Dimanche 3 juillet :** descente sur Moundou

**Lundi à mercredi :**

- Equipe PTME ( CF et AL) : compagnonnage et formation du lundi 4 au mercredi 6 à Moundou

- Equipe point d'étape (GA et EM) : mission à Bebalem du lundi 4 au mardi 5 puis hôpital de Moundou du mardi 5 au mercredi 6.

**Jeudi 7 juillet :** retour sur Ndjamena et envol le soir.

## 2. COMPAGNONNAGE ADMINISTRATIF (G Abalain)

### A Bebalem

Le partenariat avec l'équipe de direction et administrative de Bebalem a débuté par une visite détaillée de l'hôpital, permettant l'analyse des circuits de la prise en charge des patients et de gestion, les problématiques en terme humains, logistiques, techniques et financiers. Il s'est poursuivi sur des échanges constructifs pour affiner le diagnostic et évoquer les pistes de travail communs. Il a aussi permis de construire ensemble le projet architectural et financier de la radiologie, en vue de sa présentation au conseil d'administration de l'hôpital.

#### 1) La visite du site hospitalier :

Plusieurs difficultés ont été mises à jour :

- centre de santé : Prennent en charge la distribution des moustiquaires (réalisé), les transfusions intrafamiliales, les petits problèmes de santé la vaccination. Dans l'analyse des coûts de ce budget indépendant de l'hôpital, ne sont pris en compte que les charges directes, et ne sont pas intégrées les charges communes au site et l'impact de l'investissement. Par ailleurs, l'état prend en charge la vaccination (celle-ci est gratuite pour l'utilisateur), mais ne rembourse au centre que les vaccins (non prise en compte des charges de personnel et d'électricité nécessaire au frigo qui pourtant consomme 800 litres de pétrole par an.

- pharmacie relais : La pharmacie dispose de fiches de suivi des consommations par produit, mais ne dispose pas de suivi de stocks et de définition de stocks tampons pour éviter les ruptures compte tenu des délais de livraison. Par ailleurs, s'il existe une traçabilité des péremptions dans un document, ce relevé n'est pas exploité pour une gestion efficace des stocks. En terme de qualification, le personnel de la pharmacie n'a pas de connaissance professionnelle des équivalences des spécialités, ne permettant pas une adaptation des ordonnances et un meilleur service aux patients, ainsi qu'une gestion optimisée des stocks.

- laboratoire : si le laboratoire dispose d'équipements neufs et adaptés aux besoins, ceux-ci ne peuvent être utilisés par les équipes, au bénéfice de la prise en charge du patient, faute d'absence de réactifs et/ou de maintenance. Pour l'ensemble des équipements de l'hôpital, l'acte d'investissement n'est pas lié à une prestation de maintenance préventive et corrective, ni à la négociation de coûts et des modalités d'approvisionnement des consommables, entraînant l'immobilisation des matériels et la prise en charge des patients de façon « dégradée ». Par ailleurs, les examens biologiques qui peuvent être réalisés n'ont pas fait l'objet d'étude de coûts ; les prix sont donc déterminés de façon arbitraire.

- stérilisation : le personnel n'utilise pas la stérilisation électrique qui pourtant fonctionne et préfère le circuit traditionnel au feu de bois ; par ailleurs, le personnel ne connaît pas bien le temps de stérilisation.

- urgences : l'état a décrété la gratuité de la prise en charge « urgences » et une liste des actes gratuits a été éditée et est diffusée sur le site hospitalier. Cependant, l'hôpital ne rentre pas dans ses frais sur cette activité, l'état ne remboursant pas à l'hôpital l'ensemble des charges relatives à ce secteur (seules quelques médicaments et kits d'urgence sont livrés gratuitement par la pharmacie régionale). Pour les actes payants, le circuit de la facturation ne facilite pas le recouvrement des recettes, et les personnels ne sont pas tous sensibilisés à l'importance de ce recouvrement. Enfin, la procédure mise en place n'intègre pas de contrôle (pas de recollement entre les actes réalisés et les recettes perçues). Enfin, la fixation des tarifs ne fait pas l'objet systématique d'une analyse détaillée des actes.

- médecine : le secteur des tuberculeux est isolé, mais l'hôpital ne dispose pas de masque de protection.

La visite a permis de relever la motivation et l'investissement de la communauté des professionnels à exercer leurs missions, alors même que les contraintes humaines (peu de personnel -62 personnes tout compris- pour l'activité générée), géographiques (isolement) et financières (déficit) importantes.

Enfin, le statut de l'hôpital de Bebalem, hôpital confessionnel géré par l'église évangélique, rend sa situation complexe en terme financier : alors même qu'il remplit une mission de service public et que l'état a décrété la gratuité des soins d'urgence, il n'a pas réussi à rénover ses liens contractuels avec le ministère de la santé, lequel n'a attribué que 4 emplois de fonctionnaires à l'hôpital. Ainsi, l'hôpital est contraint d'assumer aujourd'hui des charges qui relèvent d'un financement de l'état (gratuité), creusant inexorablement son déficit.

## **2) Le projet d'ouverture de la radiologie conventionnelle :**

L'hôpital a été livré d'un appareil de radiologie conventionnelle, et une réflexion a été menée, d'une part pour définir sa localisation optimum et définir le plan de travaux, et d'autre part réaliser une étude des coûts permettant de fixer les tarifs futurs de radiologie.

Concernant la localisation, l'ancien local s'est avéré inadapté et nécessitant de nombreux travaux (ventilation, électricité, protection des personnels..). Compte tenu des liens fonctionnels de cette activité avec le service des urgences, le local du centre dentaire (où seules les extractions dentaires sont réalisées faute de professionnel formé) a été préféré.

Ce local nécessite cependant des travaux qui ont été détaillés (nature et process de réalisation, pour permettre une maîtrise d'ouvrage interne) et chiffrés : obstruction des fenêtres et installation d'une climatisation, création d'un muret de protection en double briques, rénovation des portes et installation d'une feuille de plomb, élargissement de la porte d'entrée pour permettre le passage de brancards et création d'une rampe d'accès, création extérieure d'un banc d'attente sous tonnelle. Le montant des travaux (main d'œuvre et matériaux) a été chiffré à 1200 euros TTC.

Au-delà de l'investissement travaux, il a été prévu d'acquérir une développeuse automatique, plus facile d'usage et plus sécuritaire en terme de prévention des risques professionnels que les bacs manuels, et un stock de films et révélateurs/fixateurs permettant le démarrage de l'activité. L'investissement à réaliser a été évalué à 9 000 euros, dont le financement reste à finaliser.

Une étude de coûts, fonction de l'activité prévisionnelle envisagée, a été réalisée pour permettre la définition des tarifs. Les coûts prennent en compte l'amortissement du matériel, le contrat de maintenance préventive et curative, le coût des films, des révélateurs/fixateurs, et le coût des personnels dédiés à cette activité. Le prix plancher d'une radio s'établit à 4 500 CFA.

L'ensemble de ce projet travaillé fera l'objet d'une présentation au Conseil d'Administration de l'hôpital pour validation.

## **2) Les pistes de compagnonnage :**

Les problématiques financières étant le cœur des difficultés actuelles de l'hôpital (le déficit cumulé est évalué à 128 Millions FCFA pour un budget annuel 2010 de 200 Millions FCFA), il est envisagé de concentrer le compagnonnage dans ce domaine :

- constitution d'un dossier d'analyses des coûts des activités dont l'état a acté la gratuité pour permettre un financement externe à hauteur
- analyse des coûts des segments d'activité permettant de finaliser des tarifs des prestations,
- amélioration du circuit de recouvrement des prestations payantes,
- mise en place d'une gestion des stocks optimisée

Par ailleurs, un compagnonnage pharmaceutique pourrait s'avérer utile.

## **A Moundou**

L'hôpital de Moundou bénéficiait jusqu'il y a deux ans d'un coopérant français, conseiller du directeur dans la gestion de l'hôpital. Le changement de direction (arrivée récente du nouveau directeur, M. Ousman Ismail Arim, et de son adjoint, M. Moïse Noubaramadje) permet d'envisager la mise en place une coopération dans le domaine de la gestion.

Au regard de la visite de l'hôpital, des échanges avec les différents responsables de secteurs et avec l'équipe de direction, plusieurs pistes de compagnonnage pourraient être envisagées :

- optimisation des investissements, par l'établissement de contrats liant l'investissement au fonctionnement des appareils (consommables et maintenance). En effet, si l'hôpital de Moundou dispose d'équipements adaptés et modernes, la majeure partie d'entre eux sont actuellement hors d'usage, faute d'un circuit d'approvisionnement défini des consommables ou faute d'une maintenance formalisée.
- analyse des coûts des segments d'activité permettant de finaliser des tarifs des prestations, en particulier sur la radiologie et le laboratoire
- optimisation de l'hygiène de l'environnement : définition des tâches et des rythmes d'exécution, management des équipes, mise en place d'une fonction de contrôle qualité

La direction de l'hôpital de Moundou doit réfléchir à définir ses priorités en terme de besoins de compagnonnage, afin de permettre d'établir un projet pluriannuel dans le cadre de la future convention avec le GIP Esther.

### 3. COMPAGONNAGE MEDICAL (E Mortier)

#### A Bebalem

##### Différents points ont été vus

- 1) **L'appareil à CD4 Partec** ne fonctionne pas correctement depuis mars 2011 avec des chiffres de CD4 toujours compris entre 100 et 200. Selon la formation reçue par E Mortier dans les locaux de Partec, différentes manœuvres ont été faites (lavage, rinçage, changement de tubulures et de filtre, contrôle de bille, etc) sans arriver à obtenir des résultats satisfaisants. Partec, appelé plusieurs fois par téléphone, a tenté de donner des instructions sans succès. Il semble que le problème soit lié à un réglage des gains plutôt qu'à un déplacement du laser. Au Tchad, il y a 4 autres appareils Partec, tous situés dans le sud du pays et acheté par l'Unicef. L'appareil de Bebalem a été acheté en 2010 sur un reliquat de la BAD qui ne peut assurer ni l'achat des réactifs ni le financement d'un contrat de maintenance. L'Unicef a accepté de fournir des réactifs pour Bebalem. Des négociations sont en cours pour que le contrat de maintenance des appareils inclut celui de Bebalem. Partec, contacté au retour a également été sollicité pour apporter une formation au technicien de Bebalem qui pourrait ainsi être une ressource pour eux au Tchad.
- 2) **L'appareil à NFS** (Horiba ABX microS 60 avec imprimante Epson LX-300+II) et le spectrophotomètre (microlab 300, vital scientifique) apporté en 2010 ne fonctionnaient pas, l'un par manque de réactif, l'autre parce qu'il n'est pas étalonné.
- 3) **Rencontre avec les 3 associations** de PVVIH de Bebalem soutenues par entraide santé 92. Une réunion de près de 3 heures avec 18 membres des associations a permis à chaque association de présenter leurs activités devant les autres et de discuter des points positifs et des limites.
  - Loyer (somme prévue 10 euros/mois) l'association de Bedogo a utilisé toute la somme pour le loyer, celle de Benoye la moitié pour le loyer et la moitié pour du mobilier et celle de Bebalem la totalité pour la sentinelle.
  - Causerie conviviale (15 euros pour une causerie par mois) : les 3 associations ont organisé une causerie mensuelle avec repas qui ont été très appréciées et ont attiré de nouveaux membres dans l'association. Victor et Lisa sont intervenus à Benoye. A Bedogo et à Benoye, 2 membres différents préparent la collation. Les associations tiennent chacune une feuille de présence, ou figurent les thèmes abordés. La somme paraît insuffisante pour les repas.
  - Remboursement des ordonnances, limité à une ordonnance par personne avec un plafond de 4 euros (15 euros par mois et par association était prévus). La gestion est difficile. Certains malades accusent les associations de garder de l'argent pour elles. La somme de 4 euros peut être trop faible pour certains patients qui ont des soins coûteux. A Bedogo et à Benoye, c'est le major ou le médecin chef qui garde l'argent et sollicite l'association lorsqu'il voit une difficulté de financement pour un malade. A Benoye, 25 malades et à Bebalem, 26 malades ont bénéficié de cette aide.
  - Témoignage à visage découvert. Certains membres des 3 associations ont réalisé des témoignages de leur séropositivité à visage découvert, tous dans des églises évangéliques. Plus de 200 personnes ont assisté à cette révélation à chaque fois. Les réactions de l'assemblée et des pasteurs ont été très positives.
  - Aide direct au malade (15 euros par mois et par association était prévus) : cette activité rencontre aussi des difficultés dans le choix des personnes à aider. A Bebalem et à Benoye, 32 et 39 membres auraient bénéficié de cette aide.

Après avoir ainsi présenté leur bilan à 6 mois de la convention, une réflexion suivie d'un vote a porté sur les points utiles pour la vie de l'association. Si une seule des activités était poursuivie, laquelle serait la plus profitable à l'association : 12 voix pour les causeries, 6 voix pour les témoignages à visage découvert et 1 voix pour l'aide direct.

Il a aussi été demandé aux associations de réfléchir à des activités nouvelles qui permettraient de faire vivre leur association ; différents thèmes ont été cités : alphabétisation, production de film, apprentissage.

En conclusion, les 3 associations ont présenté clairement le bilan de leurs activités. L'association de Bedogo a



surement plus de difficulté à gérer leur aide. Luc est venu les aider pour le suivi de leurs activités. La poursuite de la convention est décidée. L'hôpital de Bebalem a reçu la 2ème tranche (600 000 FCFA) qui permettra de continuer jusqu'à fin décembre 2011 et Luc 50 000 FCFA comme prévu dans le contrat.

- 4) **Installation de la radiologie** : Depuis 17 ans, il n'y a plus de radiologie à Bebalem. L'appareil de radiologie a été livré en mai 2011 et le technicien devait venir le 9 juillet. Après avoir vu l'état de l'installation électrique, réalisé des mesures et des photos destinées à Electriciens sans frontière, il a été décidé
- a. D'installer la radiologie, non pas dans l'ancien local non conforme et difficile d'accès mais dans le local proche des urgences et occupé par le centre dentaire (seules les extractions dentaires sont réalisées). Le réaménagement du local (rampe d'accès, murage des fenêtres et mise d'un mur de protection, (1200 euros), l'achat d'une développeuse automatique (4500 euros) et le stock initial de radio et produit (3300) nécessite un ajout financier d'environ 9 000 euros
  - b. De repousser la venue du technicien pour l'installation afin d'assurer au préalable la sécurité électrique par Electricien sans frontière, dont la venue est prévue en octobre 2011.
  - c. D'élaborer un plan de gestion (réalisé par G Abalain) afin d'avoir un recouvrement des couts incluant les consommables, la maintenance, le salaire du manipulateur.
    - i. Pour mémoire : le prix de 100 films varient de 40 000 à 96 000 FCFA chez Oumar selon la taille ( de 18 x 24 à 43 x 35)
    - ii. Le prix de 5 litres de fixateur et de révélateur coute 120 000 FCFA (pour 1000 radios)
- 5) **Compagnonnage médical** : Différents dossiers complexes ont été abordés. L'absence de traitement de 2ème ligne (voire de 1ere ligne puisque le truvada n'est pas présent alors qu'il est recommandé au Tchad pour les co-infectés VIH/VHB) est un véritable problème pour les malades de Bebalem.

Un plaidoyer sera réalisé pour que Bebalem puisse avoir un stock de traitement de 2<sup>ème</sup> ligne.

## A Moundou

La rencontre avec le nouveau directeur et l'ensemble du staff de l'hôpital a permis de situer le cadre du partenariat. Il a été conseillé au directeur de se rapprocher du docteur Doudéadoum et d'Olive de la cellule esther pour comprendre la matrice Esther. A cette rencontre participait également la mission du GIP Esther. Le Directeur de Moundou a montré beaucoup d'intérêt pour ce partenariat, comprenant qu'il s'agit d'un appui à l'hôpital mais que cela ne peut pas remplacer l'effort du gouvernement (l'autorisation de décaissement pour 2011 n'avait toujours pas été donné par l'état au 1<sup>er</sup> juillet ce qui empêchait l'hôpital de faire des commandes et des travaux).

### 1) Etude hépatite B : cette étude vise à vacciner le personnel soignant de l'hôpital vis a vis de l'hépatite B.

Depuis le 4 mars 2011, 142 personnes ont été dépistées, 106 étaient Ac HBC négatif (chiffre anormalement très élevé en Afrique), 36 étaient AC anti HBC positif dont 21 Ag Hbs négatif et 13 Ag Hbs positif. Nous n'avons pas trouvé d'explication a ce taux très important d'AC HBC négatif (le prélèvement est veineux et les étapes de la technique respectées). Le personnel non immunisé a été vacciné. Les fiches sont très bien tenues par le laboratoire. Nous avons décidé de prendre un autre réactif la prochaine fois et de faire des doubles contrôles.

Les vaccins pour le VHB seront dorénavant commandé au Tchad (chez Laborex : Mme Mariam Yankalbe, tel 66292085, mariam.yankalbe@laborex-tchad.com) au prix de 6150 FCFA.

Pour rappel, le DNA VHB est réalisable à Ndjamena et le docteur Moussa Ali se rapprochera du Docteur Doudé pour que les personnels Ag HBs puissent bénéficier de cet examen.

### 2) Appareil à CD4 et CV:

Il y a deux appareils à CD4 BD au laboratoire. Celui livré en 2005 fonctionne et 55 prélèvements étaient techniqués ce jour la. L'appareil livré en 2009 est hors usage (laser). Ces appareils n'ont plus de contrat de

maintenance mais un contrat est en cours pour tous les appareils du Tchad financés par le fond mondial (au prix de 4000 euros par appareil). Dès le contrat signé, un plaidoyer sera nécessaire auprès de BD pour une solution pour ce deuxième appareil. La panne de l'appareil en service serait une catastrophe pour les malades. Timothée devait postuler pour le DU de retrovirologie de Dakar mais il n'a pas envoyé son dossier. Un nouveau technicien ( Nathaniel Djigambe) est en cours de formation, Abakar étant parti à Ndjaména.

Un projet d'installation d'un appareil à charge virale à Moundou en fin d'année sur fond mondial devrait aboutir (ABBOTT). Un appareil Roche aurait été livré à Kélo mais ne fonctionne pas faute de technicien.....

### **3) Compagnonnage médical :**

Différents patients et dossiers ont été vus avec les infirmiers de l'HDJ. Il semble que la prescription du truvada en 1<sup>ère</sup> intention chez les patients co infectés VHB/VIH ne soit pas encore en routine. Il apparaît aussi une sur-prescription de certains médicaments (diclofenac, etc) et ceci probablement favorisée par la gratuité et le désir de répondre à une plainte du patient sans toujours avoir une réflexion sur l'étiologie de cette plainte . L'enquête de sélection des indigents semble abandonnée, la gratuité étant quasi automatique comme cela est le cas au centre Nasson Djenadoum.

Les autres mesures proposées lors de la mission de février n'ont pas encore été appliquées mais les partenaires du sud n'avaient toujours pas le rapport de mission.

#### 4. FORMATION PTME A MOUNDOU (C Floch et A Lerner)

##### Différents points ont été vus.

1) Mise en service de la table de réanimation qui avait été livrée il y a un mois sans démonstration et avec un manuel de mode d'emploi en anglais. Corinne a pu vérifier que tout fonctionne malgré quelques soucis (détendeur pour utiliser les bouteilles d'oxygène manque ainsi que des tuyaux d'oxygène. Il n'y a pas de lunettes d'oxygène adaptée pour les bébés. Atelier pratique de démonstration pendant lequel Corinne a pu réanimer 2 nouveaux-nés).

2) Elaboration d'un tableau de posologie pour l'administration des ARV chez les bébés en dosage préventif et curatif (Annexe3). Les erreurs de la réglette fournie par la Fondation Carter ont été corrigées et ont démontré la nécessité de se fier au jugement critique individuel et de questionner dans toute situation du bien-fondé des traitements afin de comprendre.

3) Allaitement maternel pour les mères VIH +. Discussion, exposé théorique et ateliers ont permis de bien comprendre les avantages d'un allaitement maternel protégé exclusif pour les mères infectées. Les réticences de certains professionnels concernant une pratique promulguée par le nord pour des malades du sud ont été exprimées. Tout le monde a semblé convaincu des avantages de l'allaitement maternel au Tchad. A savoir ;

- Traitement de l'enfant permet un allaitement maternel protégé au moindre risque pour l'enfant (recommandations OMS).
- Mère ne se sent pas stigmatisée par rapport à d'autres mères.
- Favorise liens d'attachement mère-enfant
- Réduction des risques d'infections
- Protections pour le bébé par les anticorps de la mère

4) Mise en place du dépistage des mères en salle d'accouchement avec pour but de permettre un allaitement protégé au nouveau-né. Il permet un traitement préventif précoce chez la mère et le bébé tel que celui préconisé par Dr. Memadji.

La mise en place du dépistage a été travaillée en grand groupe et en ateliers (Annexe 4).

Contexte :

- 70% des femmes arrivent à l'hôpital de Moundou pour accoucher sans avoir effectué un dépistage prénatal. A Moundou, depuis janvier 2011 : 1500 accouchements ont eu lieu dont 997 femmes ignorent leur statut.
- Avec un dépistage systématique en salle d'accouchement, on pourrait dépister 7-10 femmes infectées par mois.
- Les enfants à risque de contamination peuvent recevoir un traitement préventif dès la naissance et recevoir un allaitement maternel protégé.

5) Organisation du circuit des femmes PTME.

Un travail important a été accompli sur les deux jours qui a abouti au schéma présenté en Annexe5.

Le schéma proposé par Job Mbaimian Kodmaji, Assistant Sociale Coordinateur PTME a été modifié et approuvé par tous les participants des différents services.

##### Détail du programme de travail :

**Lundi** : visite des différents services (maternité, pédiatrie, UME) et rencontre avec les soignants impliqués dans la PTME.

**Mardi** : Public : personnel de la maternité et de l'unité mère enfant : gynécologues, infirmières, Sages-femmes, aides-soignantes (maximum 15 personnes)

9h – 10h30 : Présentation des résultats de la mission Grandir : prévalence, dépistage à élargir C Floch

Présentation des études internationales concernant la PTME avec l'allaitement protégé

11h – 13h 30 : Atelier : Annonce en générale et en salle de naissance ?

Présentation des soins de nouveau-né en salle de naissance en général et le cas particulier du nouveau-né de mère VIH, le bien fondé du peau à peau et de la mise au sein précoce après la naissance

14h00 – 15h 00 : Recommandations OMS Tchad PTME

15h00 – 16h00 : Allaitement protégé : des questions et des réticences.

16h00 – 17h30 : Atelier : Représentation de l'allaitement : Adrienne (Psychologue)

Atelier : Diagnostic de l'infection ou non-infection chez le jeune enfant : Corinne (Médecin pédiatre)

### **Mercredi**

**9h -10h30** : Traitement précoce de l'enfant infecté.

Reconnaissance des signes d'infections précoces chez le nourrisson et intérêt du démarrage rapide des ARV sans attendre les résultats biologiques qui viennent quelques mois plus tard. Stratégie avec l'interprétation des CD4.

L'avenir de l'enfant infecté.

**11h00 – 13h 30** : Atelier : Observance en pédiatrie : des pistes prometteuses ? (Corinne)

Atelier : Questions d'éthique par rapport au diagnostic. (Adrienne)

Restitution ensemble des ateliers : Mise en place de diagnostic des mères en salle d'accouchement.

**Après midi** : Limites de la PCR dans le diagnostic précoce de l'infection VIH chez l'enfant. Communication : toujours difficile et questions d'éthique.

« et maintenant que faire ? » : discussion concrète avec les participants (mettre une étude de suivi ?)

Comment améliorer des transmissions inter-service ? Comment limiter des malentendus et des confusions ? A Lerner, C Floch

**14h** Atelier pratique : Gestes d'urgence à la naissance en salle d'accouchement. Démonstration de la table de réanimation. Corinne

Atelier: Rôle de psychologue à l'hôpital : des limites et des attentes. (Adrienne)

**14h45** Corinne fait la restitution avec Monsieur le directeur. Adrienne reste avec le groupe pour établir et remplir une feuille d'évaluation.

### **Quelques remarques sur l'Organisation de la formation PTME :**

Nous regrettons que le Programme Pédiatrique ait été écourté d'une ½ journée en raison d'un malentendu dans l'organisation. Ce temps nous a toutefois été utile pour ajuster le programme initialement prévu aux besoins des participants.

Lors des prochaines formations, il faudra s'assurer que toutes les personnes concernées soient informées du programme suffisamment à l'avance, et que les formateurs amènent des programmes imprimés pour chaque participant.

Il faudra mieux se coordonner avec le gestionnaire Esther pour s'assurer que les participants reçoivent des fournitures (stylos, cahiers...) et une attestation de présence. Il s'agit de détails qui ont de l'importance pour les membres du personnel qui participent aux formations.

Il faut également s'assurer que la politique d'indemnisation (250 RFA/jour pour le transport) soit systématiquement appliquée comme par le passé. En effet, aucune indemnisation n'a été versée lors de cette formation.

Le comportement du personnel chargé de la restauration a été décrit comme « arrogant » et « incorrect » par plusieurs participants. Il importe également que les formateurs veillent à respecter les horaires prévus pour les pauses et les repas.

Ces améliorations peuvent paraître secondaires, mais elles ont toutes leur importance pour encourager et soutenir les participants pour qui ces journées de formation sont longues et demandent un effort inhabituel.

## 5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La mission s'est déroulée selon le calendrier très serré, ce qui laisse le sentiment de ne pouvoir aller en profondeur pour rechercher les raisons profondes de certains dysfonctionnements (salubrité des locaux et hygiène à l'hôpital de Moundou par exemple). L'accueil chaleureux des directions des 2 hôpitaux montrent leur volonté de travailler dans l'intérêt des malades malgré leurs difficultés (financières et en ressources humaines).

La mission à Bebalem a permis de finaliser le projet de la radiologie en vue d'une mise en service en octobre prochain après 17 ans sans radio.

A Moundou, la rencontre avec le nouveau Directeur et son équipe motivée laisse espérer un redressement de l'hôpital après 8 mois d'absence de direction. L'impossibilité pour l'hôpital de décaisser les fonds de l'Etat prévus en 2011 est un vrai obstacle pour le fonctionnement de l'hôpital.

Concernant la PTME, la mission s'est déroulée comme prévu avec cependant le regret de n'avoir pu voir le Docteur Memadji, retenu pour une formation à Ndjaména. Des travaux en groupe ont permis de dégager des priorités et un algorithme pour le dépistage en salle de travail a été établi.

### PROPOSITIONS et RECOMMANDATIONS

#### 1) Pour poursuivre un compagnonnage administratif

##### A Bebalem : axe de travail

- constitution d'un dossier d'analyses des coûts des activités dont l'état a acté la gratuité pour permettre un financement externe à hauteur
- analyse des coûts des segments d'activité permettant de finaliser des tarifs des prestations,
- amélioration du circuit de recouvrement des prestations payantes,
- mise en place d'une gestion des stocks optimisée
- Par ailleurs, un compagnonnage pharmaceutique pourrait s'avérer utile.

##### A Moundou : axe de travail

- optimisation des investissements, par l'établissement de contrats liant l'investissement au fonctionnement des appareils (consommables et maintenance). En effet, si l'hôpital de Moundou dispose d'équipements adaptés et modernes, la majeure partie d'entre eux sont actuellement hors d'usage, faute d'un circuit d'approvisionnement défini des consommables ou faute d'une maintenance formalisée.
- analyse des coûts des segments d'activité permettant de finaliser des tarifs des prestations, en particulier sur la radiologie et le laboratoire
- optimisation de l'hygiène de l'environnement : définition des tâches et des rythmes d'exécution, management des équipes, mise en place d'une fonction de contrôle qualité
- La direction de l'hôpital de Moundou doit réfléchir à définir ses priorités en terme de besoins de compagnonnage, afin de permettre d'établir un projet pluriannuel dans le cadre de la future convention avec le GIP Esther.

#### 2) Pour améliorer la prise en charge des malades

- Autoriser le centre de Bebalem et le centre Nasson Djenadoum d'avoir des antiviraux de 2<sup>ème</sup> ligne et du tenofovir en 1<sup>ere</sup> ligne pour les patients co infectés VIH /VHB et assurer la recherche systématique de l'antigène HBs chez les patients séropositifs.

##### A Bebalem :

- assurer le fonctionnement du plateau technique (appareils neufs non fonctionnels) et faire le plaidoyer

auprès de l'unicef pour que l'appareil Partec soit inclus dans le pool des appareils Partec gérés par l'unicef (pour les contrats de maintenance et les réactifs),

- Poursuivre le projet d'installation de la radiologie et l'acquisition d'une développeuse automatique (environ 9 000 euros supplémentaire)

#### A Moundou :

- Soutenir les efforts de renforcement du laboratoire pratiquement dépourvus d'appareils de biochimie simple et d'hématologie. Accompagner la mise en place de la charge virale lorsque les investissements du fond mondial permettront d'acheter un appareil.
- Avoir une réflexion pour l'augmentation du nombre de centre de dispensation des ARV au niveau du Logone occidental (projet pouvant être mené dans le cadre du GIP Esther)

### 3) Pour poursuivre l'optimisation de la PTME

Tous les participants ont participé activement, contribuant ainsi à une vraie réflexion et un réel questionnement autour de leur pratique. Il faudra s'assurer que les points traités soient effectivement mis en pratique sur la durée.

- **Table de réanimation.** Une utilisation régulière pour des nouveau-nés en souffrance devrait se poursuivre après la mise en marche et la démonstration de la réanimation par C. Floch. Trois nouveau-nés ont pu bénéficier de ces soins pendant la formation.
- **Posologie des ARV** pour les nouveau-nés. L'intérêt d'un traitement pour des enfants dont la mère est dépistée VIH + sans attendre les résultats biologiques qui ne reviennent que plusieurs mois plus tard a été bien compris. Les professionnels peuvent se fier à l'observation des signes cliniques. L'utilisation du tableau de posologie des ARV devrait faciliter le traitement des enfants. Il faut s'assurer que le tableau soit distribué à tous les professionnels concernés et qu'il ne reste plus de questions concernant les doses et l'administration des médicaments aux bébés.
- **Dépistage en salle d'accouchement.** Le consensus trouvé par tous les participants devrait aboutir à la mise en pratique du dépistage des mères dans la salle d'accouchement en dépit de réticences initiales de l'équipe de la maternité (surcharge de travail, conditions de travail pas idéales). Selon les chiffres d'activité à la maternité, 7 à 10 bébés par mois pourraient bénéficier d'un traitement précoce dès que le dépistage devient systématique. Une fois révisé et approuvé par Dr. Mémadji, le schéma proposé devra être affiché à la maternité.
- **Confidentialité :** Il semble également important de limiter le nombre d'accompagnant à la maternité (appui de l'administration pour un affichage dans ce sens) : Une seule personne accompagnant « de confiance » de la parturiente sera admise à la maternité (comme en salle de malade). Une recommandation simple et peu coûteuse pour la salle d'accueil serait l'installation d'un rideau et d'un ventilateur (cache bruit des voix) pour pouvoir en toute confidentialité proposer le test de dépistage à la parturiente.
- **Allaitement maternel protégé** pour les enfants dont les mères sont VIH+. Le bien-fondé de cette pratique a été longuement discuté. Tout le monde semble convaincu que cette pratique protège les bébés et diminue la morbidité et la mortalité infantile. L'intérêt de l'utilisation de la courbe de poids et de taille a été expliqué, mais il n'est pas certain que les professionnels soient prêts pour une utilisation systématique. Il faudra poursuivre le travail pour insister sur l'importance de tenir ces courbes dès la naissance du bébé, et pour mieux comprendre les réticences.
- **Hygiène.** Malgré deux missions qui ont traité des questions d'hygiène, il n'y a aucun signe de mise en pratique, y compris de mesures d'hygiène simples et tout à fait envisageables sans frais importants (ex. serpillière utilisée puis pendue à la fenêtre, savon inexistant). Il faut comprendre les motivations qui expliquent cet apparent « dédain » des conditions basiques d'hygiène avant que des changements ne soient possibles.

## Annexe I : Calendrier de la mission

<b>Samedi 2 juillet</b>	Arrivée à 21 h Rencontre avec Dr J Madtoingue (point focal Esther HGRN) et Dr Alioune Blondin	
<b>Dimanche 3 juillet</b>	<b>Ndjaména-Moundou</b> Diner avec le dr Doudé	
<b>Lundi 4 juillet</b>	<b>Compagnonnage administratif et médical (GA et EM)</b>  <b>8h-10h</b> : Moundou Bebalem <b>10h -13 h</b> GA : visite de l'hôpital EM : appareil partec  <b>14h-18h</b> GA : travail avec directeur bebalem EM : rencontre avec association PVVIH Puis étude de dossiers cliniques avec Victor, Lisa et Elisabeth, <b>20 h</b> : visite de l'école d'infirmières Diner chez E schmid	<b>Formation PTME ( CF et AL)</b>  visite des différents services de l'hôpital (maternité, pédiatrie, UME) et rencontre avec le personnel
<b>Mardi 5 juillet</b>	<b>7h30- 12 h</b> Etude du circuit électrique et de l'emplacement de la radiologie, élaboration d'un plan pour les travaux et la gestion Retour sur Moundou <b>16 h – 18h 30</b> Rencontre avec le staff de l'hôpital et la mission Esther. Diner avec des membres des 3 associations de PVVIH de Moundou	Formation PTME : cf programme dans le chapitre
<b>Mercredi 6 juillet</b>	<b>8 h</b> : visite du centre Djenadoum Nasson <b>9 h 16 h</b> : GA visite de l'hôpital et travail avec le staff de l'hôpital <b>9h 16 h</b> : EM : point sur l'étude VHB ; compagnonnage médical, matrice Esther,	Formation PTME : cf programme dans le chapitre
<b>jeudi 7 juillet</b>	Retour sur Ndjaména Rencontre à 17 heures du docteur ali moussa (coordinateur adjoint du CNLS) Diner chez le docteur Narassem avec Pierre Mendiharat. Vol à 23 h	
<b>Vendredi 8 juillet</b>	<b>6 h</b> : arrivée à paris	

**Annexe II: Matériels et réactifs mis à disposition**

**Moundou** :

- réactifs ac anti HBC : 2 X 50
- 12 flacons de 100 bandelettes multistix 8G
- cartouches de disques de différents antibiotiques permettant la réalisation d'antibiogrammes.
- Vêtements de travail complets pour le service de la maintenance

**Bebalem**

- 2 flacons de 100 bandelettes multistix 8G
- Un négatoscope

Livres tétus et Préservatifs pour les associations de Bebalem et Moundou



**Annexe III****POSOLOGIE DES ARV PEDIATRIQUES AZT et NVP EN PTME EN FONCTION DU POIDS**

**PREVENTIVE pour permettre allaitement maternelle Normalement ½ dose de la dose curative pour infant infecté**

POIDS	Dose unitaire 4 mg / kg en ml	AZT ou 3TC	NIVERAPINE
2kg – 2,4 kg	0,9 ml	0,9 ml x 2	0,45 ml / J
2,4 – 2,6 kg	1 ml	1 ml x 2	0,5 ml / J
2,6 kg - 2,9 kg	1,1 ml	1,1 ml x 2	0,55 ml / J
2,9 kg – 3,1 kg	1,2 ml	1,2 ml x 2	0,6 ml / J
3,1 kg – 3,4 kg	1,3 ml	1,3 ml x 2	0,65 ml / J
3,4 kg– 3,6 kg	1,4 ml	1,4 ml x 2	0,7 ml / J
3,6 kg – 3,9 kg	1,5 ml	1,5 ml x 2	0,75 ml / J
3,9 kg – 4,1 kg	1,6 ml	1,6 ml x 2	0,8 ml / J
4,1 kg – 4,4 kg	1,7 ml	1,7 ml x 2	0,85 ml / J
4,4 kg – 4,6 kg	1,8 ml	1,8 ml x 2	0,9 ml / J
4,6 kg - 4,9 kg	1,9 ml	1,9 ml x 2	0,95 ml / J
4,9 kg – 5,2 kg	2 ml	2 ml x 2	1 ml / J
5,2 kg - 5,4 kg	2,1 ml	2 ml x 2	1,05 ml / J
5,4 kg - 5,7 kg	2,2 ml	2;2 ml x 2	1,1 ml / J
5,7 kg – 5,9 kg	2,3 ml	2,3 ml x 2	1,15 ml / J
6 kg – 6,3 kg	2,4 ml	2,4 ml x 2	1,2 ml / J
6,3 kg - 6,5 kg	2,5 ml	2,5 ml x 2	1,25 ml / J
6,5 kg - 6,7 kg	2,6 ml	2,6 ml x 2	1,3 ml / J
6,7 kg – 7 kg	2,7 ml	2,7 ml x 2	1,35 ml / J
7 kg - 7,2 kg	2,8 ml	2,8 ml x 2	1,4 ml / J
7,2 kg – 7,5 kg	2,9 ml	2,9 ml x 2	1,45 ml / J
7,5 kg – 7,7 kg	3 ml	3 ml x 2	1,5 ml / J
7,7 kg - 8 kg	3,1 ml	3,1 ml x 2	1,55 ml / J
8 kg – 8,2 kg	3,2 ml	3,2 ml x 2	1,6 ml / J
8,2 kg – 8,5 kg	3,3 ml	3,3 ml x 2	1,65 ml / J
8,5 kg – 8,7 kg	3,4 ml	3,4 ml x 2	1,7 ml / J
8,7 kg – 9 kg	3,5 ml	3,5 ml x 2	1,75 ml / J
9 kg – 9,2 kg	3,6 ml	3,6 ml x 2	1,8 ml / J
9,2 kg – 9,5 kg	3,7 ml	3,7 ml x 2	1,85 ml / J

**Formulation des ARV disponibles en pédiatrie**

**AZT ou Zidovir**, sirop pédiatrique , flacon de 100 ml dosage de 1 ml = 10 mg: 1 dose unitaire de 4mg /kg toute les 12 heures à diluer au 10è pour le prématuré.

**3TC ou Lamivir**, sirop pédiatrique flacon de 100 ml dosage 1 ml = 10 mg : 1 dose unitaire de 2 mg/kg toute les 12 heures

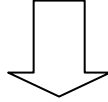
**AZT + 3 TC = Duovir**

**NP ou Nevimune** sirop pédiatrique 1ml = 10 mg: flacon de 100 ml 1 dose unitaire de 2 mg/kg une fois par jour

**Lopinavir** solution buvable pédiatrique (flacon 60 ml ) à donner avec le repas : 1 ml = 80 mg de lopinavir / 20 mg de ritonavir , dose recommandée pour le nné :15 mg/kg /12h jusqu'à J7 puis 20mg/kg/12h après J7

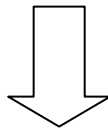
**Annexe 4****ORGANISATION DU CIRCUIT DE DEPISTAGE A LA MATERNITE PTME**

De façon systématique, la parturiente est accueillie **seule** pour l'entretien d'admission. Il faut mettre en place un dispositif pour qu'elle puisse entrer seule dans le bureau avec le professionnel qui la reçoit. Dès fois où il existe des difficultés de compréhension en raison de la langue parlée, les professionnels se débrouillent pour se faire comprendre avec la parturiente. (Faudrait-il imaginer un poster avec image de sage-femme faisant un prélèvement VIH+ et sirop pour bébé à côté du poster plastifié de Circuit de Dépistage) ?

**COUNSELING ET PROPOSITION DE DEPISTAGE A LA DETERMINE (Maternité)**

**FEMME DEPISTE NEGATIVE A LA DETERMINE**  
(annonce de résultat avant ou après l'accouchement à décider cas par cas.)

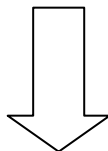
**RESULTAT POSITIVE (pas l'annonce de résultat avant l'accouchement)**



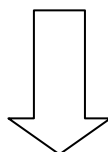
On décide selon la situation si l'annonce du diagnostic se fait avant ou après l'accouchement, mais pour la majorité des femmes, à la maternité. Si le travail dure, on attend la naissance de l'enfant pour annoncer.

On propose aussi de tester le mari.

Résultat positif : on n'annonce pas forcément à la maternité la positivité mais on parle de la nécessité d'un contrôle. On donne un sirop à l'enfant pour protéger l'enfant. Si 2<sup>ème</sup> résultat revient négatif (un faux positif) on arrête le sirop pour l'enfant.

**DONNER LE SIROP A L'ENFANT A LA MATRNITE (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> dose)**

On donne 1<sup>ère</sup> dose à la maternité et on donne le flocon de sirop à la mère pour administration à la maison. On lui apprend à donner la dose.

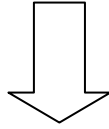
**ORIENTATION A L'UME/HRM (counseling pour le 2<sup>ème</sup> test et autres)**

Si la femme accouche aux heures ouvrables (tôt le matin) elle doit aller directement à l'UME. Par exemple, si elle accouche à 6h, elle pourrait aller à l'UME directement accompagnée éventuellement par des élèves stagiaires en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année. Idéalement, l'accompagnement serait fait par une

médiatrice.

Si elle n'accouche pas aux heures ouvrables, on lui demande de revenir le lendemain à l'UME. L'UME a les possibilités d'accompagner la femme au labo pour le 2<sup>ème</sup> test de confirmation.

**SI 2eme TEST HIV+, IL FAUT FAIRE LE SUIVI COUPLE MERE-ENFANT**



l'UME assurera le suivi de l'enfant et de la mère.

**PTME= ENFANT PAS INFECTE PAR VIH**

Pratique de dépistage en salle d'accouchement pourrait commencer dès l'approbation par l'administration et validation par le staff mensuel (Dr. Memadji) du schéma du Circuit.

Néanmoins, les professionnels travaillant à la maternité souhaitent comme conditions travail préalables nécessaires pour effectuer un dépistage dans les conditions correctes :

- 1) Affiche et appui de l'administration pour limiter le nombre d'accompagnant à la maternité. Une seule personne accompagnant « de confiance » de la parturiente sera admise à la maternité (comme en salle de malade).
- 2) Aménagement des locaux. Une recommandation simple et peu coûteuse pour la salle d'accueil : l'achat d'un rideau et un ventilateur (cache bruit des voix).

**Annexe V :** Transcription du travail présenté par les rapporteurs des 2 ateliers le mercredi 5 juillet 2011.

Mise en place de circuit de dépistage des femmes en salle de travail.

Groupe 1. Rapporteur. Rose Mbaïhoroum, sage- femme à la maternité (notes prises pendant les 3 jeux de rôles).

### **CAS DE RESULTAT POSITIF**

« Femme arrive avec un statut inconnu. Elle se présente au centre. On installe la femme sur la table. On demande le nombre de CPM avant la grossesse. Elle dit « pas beaucoup ». On lui demande si elle a fait test de dépistage. Elle dit « non ». On lui explique les avantages du dépistage pour son enfant. Qu'il va profiter quand il sera né et qu'on va la prendre en charge et le résultat lui sera annoncé confidentiellement.

Un moment après, sa maman arrive avec un carnet de santé neuf.

C'est un unipare (primipare) mais une 2<sup>ème</sup> gestation suite à une fausse couche. On lui a expliqué qu'il y a des germes de virus mais qui ne font pas la maladie.

Elle accepte le prélèvement.

Elle a demandé si elle est VIH + et si elle doit payer pour le sirop pour son enfant. Non, c'est gratuit.

C'est une femme qui a entendu parler du VIH auparavant. On a expliqué à la parturiente que si le résultat est positif on va encore faire un examen. Dans ce cas, on donne le sirop à l'enfant sans annoncer le résultat.

Enfant né, on lui donne les résultats positifs. On lave l'enfant à l'eau javel pour le désinfecter.

On trempe la placenta dans l'eau javel avant de la donner aux parents.

Sage-femme a une voix douce. Couple mère-enfant sera orienté à UME pour que la suite soit expliquée à la femme.

On donne le rdv en cas de problèmes et toujours insistant sur la confidentialité. Confidentialité doit être de rigueur.

Résultats positifs à la sortie de la maternité, on lui prodigue les conseils pour donner le sirop pour l'enfant. On a donné la 1ère dose mais on reprend pour s'assurer qu'elle a compris.

Traitement donné à l'insu des parents (grands-parents). On lui explique qu'elle peut cacher le sirop des parents.

Mère a choisi l'allaitement exclusif. On lui explique qu'il ne faut pas donner de l'eau. L'enfant doit faire l'allaitement exclusif au départ. On explique les avantages et décourage de donner de l'eau à l'enfant. Mère répond que son mari ne va pas aimer. Sage-femme lui conseille de dire que si l'enfant boit de l'eau, son vessie sera distendu et il fera pipi au lit jusqu'à l'âge de 10 ans.

### **CAS DE RESULTAT NEGATIF**

On doit donner une fiche de consentement à faire signer avant le dépistage. On conseille à la mère de bien s'occuper de son bébé tout en encourageant son époux de faire le dépistage pour savoir son statut.

Question : On propose à la mère de compléter une fiche de renseignements globaux avec l'item pour accord de dépistage dedans. Fiche d'admission à la maternité. Si elle est d'accord, on coche et prévoir un consentement.

Lieu adapté : aménager la salle avec un ventilateur et un rideau pour permettre une certaine confidentialité. Bruit de ventilateur cache un peu les paroles.

**DIMINUER LE NOMBRE DE VISITEURS DANS LA SALLE D'ATTENTE. »**

Groupe 2. Rapporteur. MBANGALOU Bitrus infirmier en pédiatrie

« Femme arrive à la maternité avec statut inconnu. Installer la femme.

Demander son carnet. Après avoir inspecté son carnet, on constate qu'effectivement elle n'a pas été dépistée.

Cette femme est en travail. Il faut faire un counseling avec cette femme. Dans le cas où elle accepte de se faire dépister, on fait le prélèvement. Après avoir fait le test, et si le résultat est positif, dans les conditions de la mater ne sont pas très favorables, et si par hasard elle est seule, on délivre les résultats

tout de suite et les conseils avant l'accouchement.

Si le résultat est négatif, on délivre le résultat. Si la femme est arrivée en travail avec dilatation complète, on lui propose le test et si elle accepte, on prélève cette femme après l'accouchement. Si le résultat est positif, et qu'elle est dans la salle et les conditions ne sont pas réunies, on l'amène dans la salle d'attente quelque temps après. On refait le counseling et on lui délivre le résultat. Si la salle est pleine de femmes, on l'amène dans la salle des stagiaires pour un counseling.

Pour le counseling post accouchement, il y a 2 conditions.

Si le test est Positif : Soit la femme va bien, on lui délivre le counseling. Si elle ne va pas bien on lui donne un rdv prochainement au centre UME.

Si elle est négatif, on lui donne les résultats de point de vu de repartir pour un autre rdv 3 mois plus tard pour le prochain test.

Si elle est positive, on fait le test de confirmation pour la prise en charge. Dans ce cas il faut expliquer le bien-fondé du planning familial et un rdv dans 45 jours au centre de planning. Adresser la femme à l'UME le lendemain. »

**Après la restitution des 2 groupes de travail, l'accord est trouvé pour mettre en pratique rapidement le dépistage des femmes en salle d'accouchement. Cette décision consensuelle est différente de la position tenue la veille avant le travail en atelier.**