



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
le Centre hospitalier de Bebalem
TCHAD**

Mission réalisée du 26 février au 6 mars 2011

Membres de la mission :

Docteur Catherine Crenn Hébert, gynéco-obstétricienne, CHU L. Mourier (APHP), Colombes 92, Corevih île de France Ouest,

Docteur Anne-Marie Simonpoli, CHU L. Mourier (APHP), Colombes 92, Corevih île de France Ouest,

Docteur Christophe Michon

Isabelle Heudes, sage femme

PLAN

- | | |
|--|--------|
| 1. Contexte et objectifs de la mission | P : 3 |
| 2. Compagnonnage médical à Moundou (AM Simonpoli et Ch Michon) | P : 3 |
| Tuberculose | |
| Vaccination du personnel pour le VHB | |
| Parcours de soins des patients à Moundou | |
| Unité mère enfant | |
| Prise en charge des patients en HDJ | |
| Visite de la prison de Moundou | |
| 3. PTME à Bébalem et Moundou (C Crenn-Hébert et I Heudes) | P : 12 |

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE LA MISSION

1. CONTEXTE

Epidémie de méningite

Résultats des élections législatives expliquant l'absence de la directrice

Grève nationale des personnels de santé du 1 au 3 Mars (grève très suivie mais début le 2 seulement à Moundou : pas de CD4 ni de délivrance ARV et très peu de consultations pour urgences et cas éloignés)

Visite de Caroline Comiti (ESTHER) et David Masson (GRANDIR) la semaine précédente

Visite quasi-simultanée de l'association Poitiers-Moundou

Accueil et accompagnement chaleureux par le Directeur adjoint M Moïse Noubaramadji

2. Compagnonnage Médical

2.GROUPE DE TRAVAIL SUR LA TUBERCULOSE A HRM (lundi 28 février)

Dr Doudeadoum, Alphonse, Honorine et Théodore (Laboratoire), Jérôme (Major Médecine 3), Moïse Noubaramadji (Directeur Adjoint), AMS, CM

2.a. Présentation des résultats de l'étude de résistance

Sur 135 souches étudiées (N'djamena, Moundou, Bebalem), 4% de MDR.

Sur les souches de Moundou (33), un tiers avec au moins une résistance.

Les prélèvements sont trop souvent contaminés.

2.b. Tuberculose à l'HDJ :

Depuis 2009 il existe un cahier de recueil des patients VIH et tuberculeux.

Au 7 février 2010 : 87 patients dont 29 avec expectorations BK +

Les ARV sont débutés dès que possible si les CD4 sont bas et après deux mois dans les autres cas. ARV utilisés : EFV-Duovir. La question a été évoquée des femmes enceintes VIH-TB : la recommandation de l'OMS, en l'absence de rifabutine est d'utiliser la Névirapine, à dose complète dès le premier jour (en raison de l'induction de la Rifampicine).

Il semble exister un certain nombre de rechutes.

Le dépistage de la TB lors du diagnostic du VIH n'est pas fait systématiquement. Seuls les malades déclarant des symptômes évocateurs sont investigués.

2.c. Situation actuelle de la tuberculose au HRM

Environ 400 cas de tuberculose bacillifères par an (dont 35 décès), pour lesquelles le programme national recommande une hospitalisation de 2 mois, ce qui est proposé dans le service médecine 3 du CHM. Le protocole national est appliqué et ne comporte pas de rifampicine après 2 mois de quadrithérapie. En cas de rechute même protocole renforcé par la streptomycine. Il n'y a pas de produits combinés et pas de DOT systématique hormis pour les patients hospitalisés.

En l'absence de données sur l'antibiogramme dans le programme national, l'étude d'entraide santé ci-dessus indique que la résistance de la tuberculose est entrain de devenir un problème émergent (33%) et pourrait concerner jusqu'à 134 patients parmi lesquels 15 auraient une MDR-TB. Le constat clinique des équipes locales ne permet pas de confirmer cette hypothèse mais le nombre d'échecs et de rechutes semble cohérent avec ces tendances.

Le dépistage du VIH est largement proposé aux patients TB par un recours au CDV.

En ce qui concerne l'isolement, il se limite à une hospitalisation en service spécifique sans réelle protection et protocole envers les soignants et l'entourage et entre patients tuberculeux. Il n'existe plus à l'heure actuelle de dépistage ni de chimioprophylaxie de l'entourage qui le demande parfois (pas même pour les nourrissons de mère tuberculeuse). Les équipes observent toutefois un certain nombre de cas familiaux groupés. La durée de l'hospitalisation proposée paraît souvent trop longue pour les patients qui s'améliorent vite et quittent l'hôpital avant les 2 mois réglementaires. Certains patients refusent d'emblée l'hospitalisation en particulier les rechuteurs qui l'ont déjà vécu. Cette hospitalisation est pourtant l'occasion pour les soignants de sensibiliser les patients à la réduction de la transmission par l'éducation à l'hygiène de l'expectoration et à l'observance thérapeutique.

2.d. Propositions:

Renforcement des mesures de prévention de transmission de la tuberculose à l'hôpital de Moundou

Repérer les malades à risque de tuberculose résistante : rechuteurs et leur appliquer un isolement renforcé : une salle réservée tant qu'ils n'ont pas de signe d'amélioration

S'appuyer dans l'avenir sur des tests de résistance réalisés au centre de référence de Ndjamena : pour cela améliorer la technique de recueil des expectorations qui s'effectue souvent dans des pots non spécifiques, non stériles et de récupérations. (voir étude Entraide Santé)

Réduire le temps d'hospitalisation pour diminuer les risques d'exposition entre les patients successifs : prévoir 2 salles une pour les hommes et une pour les femmes destinées à hospitaliser les patients débutant leur traitement de JO à J15. En présence d'une amélioration clinique, le patient change de salle afin de ne plus être exposé au nouveau patient potentiellement résistant. Le retour à domicile est ensuite autorisé à partir de J21 en fonction de la poursuite de l'amélioration clinique si besoin confirmée par contrôle d'une bacilloscopie. Il a été envisagé d'utiliser une salle réservée actuellement aux soins de la trypanosomiase pour réaliser ce projet.

Renforcer l'éducation thérapeutique en organisant des séances d'information collective le matin et en fournissant des crachoirs aux patients (remplaçant les sacs en plastique contenant du sable qui sont éliminés dans la nature)

Architecture et ventilation des locaux (après visite rapide de la médecine 3 le dernier jour) : pas de système spécifique de ventilation par rapport aux autres pavillons. En période chaude, la journée, tous les malades sont dehors et les portes grandes ouvertes réalisent une ventilation naturelle. La nuit et pendant les pluies, ils sont plus de 10 par salle sans aucune ventilation. Il a été proposé d'ouvrir les fenêtres 2 à 3 fois par jour. Un guide de l'OMS sur les programmes TB qui préconise des aérations naturelles entre les murs et la toiture a été remis au Dr Doudeadoum.

Salle spécifique de bacilloscopie au laboratoire : actuellement 2 techniciens réalisent ces examens sans protection dans la même salle que l'ensemble des examens.

Utilisation de masques : actuellement il existe une forte réticence de la part des soignants à porter des masques (incapacité à se représenter la faisabilité et la cohérence de cette mesure et peur d'exacerber la stigmatisation). Il semble que soit prévu dans le programme national une ligne budgétaire pour l'obtention de masques. La proposition est de favoriser le port de masques (cf même guide de l'OMS qui toutefois reconnaît les limites de cette approche dans certains contextes) :

- pour le patient au cours des 15 premiers jours de traitement dans les situations où il expose d'autres soignants ou patients (radiologie, bloc opératoire, salle d'accouchement...) ou visiteurs : évaluation d'un masque par semaine
- pour les soignants au cours des soins dans les salles : étant donné l'absence de disponibilité de masque FFP2, seuls les masques chirurgicaux peuvent être utilisés. Evaluation d'un masque tous les 2 jours.
- Pour les laborantins : un masque par jour.

Le coût total d'une telle mesure a été évalué à environ 1 million de FCFA/an

3. PROGRAMME DE VACCINATION DU PERSONNEL DU HRM CONTRE L'HEPATITE B

Dr Doudeadoum, Honorine, Alphonse, Honorine (Major Chef), les majors des services cliniques, AM Simonpoli, C Michon

L'information est déjà bien passée et certains attendent le début : des porteurs chroniques se connaissant comme tels ont interrogé l'équipe de l'HDJ sur les prestations qui leur seraient proposées.

La charge de travail actuelle du Dr Doudeadoum et du laboratoire, en lien avec l'épidémie de méningite, nécessite de reporter le début de l'étude sérologique du personnel et de la vaccination.

La mise en place entre le labo et les majors a pu être planifiée lors d'une réunion le 4 mars : le test et la

vaccination seront réalisés au labo par Honorine et Alphonse et les porteurs chroniques seront adressés au Dr Doudeadoum s'ils le souhaitent. Les majors adresseront les volontaires avec leur dossier par vagues planifiées par semaine d'avril à juin (cf annexe). La totalité du personnel, y compris administratif, sera ainsi invitée à bénéficier du protocole de dépistage et de vaccination.

Avec 250 tests anti-HBc et 200 vaccins, il n'est pas envisageable de proposer la stratégie aux personnels des centres de santé (compte-tenu de l'effectif du personnel du HRM évalué à 200 personnes et de l'offre de vaccin à l'entourage des porteurs chroniques).

Une réévaluation du nombre de vaccins nécessaires devra être réalisée après les 100 premières injections.

La mise en place de la procédure au laboratoire a été faite le 4 Mars avec quatre volontaires, dont le directeur adjoint et le Dr Doudeadoum, sous la supervision du Dr AMS : Honorine et Alphonse ont réalisé les tests, le remplissage des dossiers et une injection de vaccin.

Le coût des tubes et des aiguilles de prélèvement n'avait pas été envisagé précédemment dans l'hypothèse de la réalisation de tests capillaires. S'agissant en définitive de prélèvements veineux (ce qui évite le double prélèvement des personnes anti-HBc positives et facilite la conservation des sérums des porteurs chroniques), le Dr Doudeadoum vérifiera s'il reste des crédits ESTHER sur cette étude pour payer le matériel de prélèvement.

Un calendrier de réalisation du protocole service par service a été établi avec les majors : il doit débiter le 11 avril et fin mai 2011

4. JOURNEE DE RENCONTRE DU 3 MARS AU HRM, AVEC LE CDN, LE CDLS, LES ASSOCIATIONS CAPI ET ACCPVV, SUR LE THEME DE LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE, DU PARCOURS DE SOINS ET DE LA PTME

4.a. Participants

Trente-et-une personnes ont participé :

HRM : HdJ, CDV, Maternité, UME, Médecine 3, Chirurgie, OPH, Santé de la reproduction, pharmacienne

CDN : directeur, médecin, deux IDE

CDLS : médecin, sage-femme et IDE

4.b Programme

Introduction de la journée par Moise Noubaramadji, directeur adjoint

10h00 Présentation de quatre structures de prise en charge : Centre Djenadoum Nassom (CDN), Centre diocésain de lutte contre le sida (CDLS), Hopital de jour HRM, Maternité et UME de l'HRM

11h45 Ateliers en deux sous-groupes :

Prise en charge mère-enfant,

Continuité dans le parcours de soins

14h15 Déjeuner

15h15 Allaitement protégé : conférence de Dr Catherine Crenn, gynécologue obstétricienne Hôpital Louis Mourier et Isabelle Heudes, sage femme

16h15 Rapports des ateliers et conclusions

4.c Synthèse des présentations des trois centres de PEC :

- Les files actives de chaque centre sont estimées entre 1100 et 1800 patients et ne font que croître
- les équipes se sentent submergées par l'augmentation permanente de la charge de travail au point de devoir refuser des personnes et de craindre une montée de la perte de motivation des soignants. Le CDN victime de son succès avec 1800 patients et 135 enfants freine son recrutement et privilégie les femmes et les enfants. Il effectue une orientation des consultants vers les autres centres en fonction de leur lieu de vie sauf s'il s'agit d'une urgence. Le CDLS avec 1090 patients VIH+ suivis est confronté à la prise en charge des patients dépistés négatifs pour le VIH ayant des problèmes de santé qu'il faut orienter et/ou suivre
- entre gratuité et adaptation du recouvrement des coûts : gratuité totale au CDN, traitements des IO (hors Cotrimoxazole) gratuits au HRM pour les indigents reconnus comme tels, participation forfaitaire pour les IO de 1000 FCFA maximum par mois au CDLS
- une offre de soins différentes : CDV et consultations dans les 3 centres, absence d'HDJ au CDLS, plateau technique hospitalisation et spécialités à l'HRM, absence de pharmacie au CDLS, prise en charge des femmes enceintes et des bébés uniquement à l'HRM dans unité mère-enfant.

- une multidisciplinarité inégale avec très peu de personnel au CDLS : un médecin, un infirmier une sage-femme pour 1090 patients, absence d'assistante sociale
- des activités diverses : visites à domicile et à l'hôpital des patients en difficultés psychosociales pour le CDN et le CDLS, appui nutritionnel dans ces deux centres, bouillies préparées par les associations de PVVIH à l'HRM, atelier culinaire au CDN, appui aux orphelins du VIH au CDN, comité d'éligibilité et d'observance au CDN, le CDLS demande conseil au CDN pour l'éligibilité,
- partenariat avec les associations plus ou moins élaborés
- un programme d'appui à l'observance plus élaboré avec un club observance et un groupe d'auto-support au CDN et insuffisant dans les deux autres structures
- une problématique croissante et préoccupante : l'importance des perdus de vue, avec un facteur principal qui semble être l'éloignement des personnes. Seul le CDLS, par des consultations avancées dans quatre centres de santé partenaires, apporte son expertise VIH en l'intégrant dans le système de soins de proximité. L'initiation des ARV est faite dans les centres de santé par le médecin du CDLS et il ramène des patients nécessitant des soins, un bilan, une hospitalisation ou une prise en charge PTME à Moundou. Le problème est celui de l'hébergement : il existe un centre d'hébergement avec quelques places seulement en face du CDLS.
- fréquence du désir de grossesse : le CDN a 70% de femmes dans sa file active et oriente 10 femmes par mois à l'UME du CRM pour une grossesse. Le CDLS adresse également les femmes enceintes à l'UME mais du fait de la surcharge elles sont également suivies dans le centre.

4.d Présentation de l'UME du CRM:

L'équipe comprend un médecin, un technicien supérieur, 6 AT de santé, 6 sages-femmes et 1 assistant social qui assure la coordination et la collecte des données sur les grossesses dans les 14 centres de santé. Ces centres de santé assurent la consultation prénatale (CPN), le dépistage et 12/14 font des accouchements. Environ 20% des accouchements ont lieu à domicile. Les femmes séropositives sont référées à l'une des 3 UME : Malkabra, Bébaïem ou Moundou. A l'UME du CRM une fois l'enregistrement de la femme effectué, elle est vue par le médecin qui prescrit les examens dont les CD4 et les ARV puis elle sera suivie soit dans son centre de santé soit à l'UME. Un kit d'accouchement est vendu 500 FCFA. En 2010 sur 141 enfants ayant bénéficié de la PTME aucun n'a été contaminé (soit 102 enfants à 12 mois et 38 à 18 mois). Sur 35 enfants nés de mères infectées par le VIH n'ayant pas bénéficié de la PTME 9/25 à 12 mois sont VIH+ et 3/10 à 18 mois sont VIH+. La PCR pédiatrique n'est pas opérationnelle actuellement et les enfants demeurent sous ARV jusqu'à 12 voir 18 mois si leur sérologie est positive.

Le dépistage au cours de la grossesse est très insuffisant dans tous les centres de santé puisque sur les 3500 accouchements qui ont eu lieu en 2010 à la maternité de Moundou, **68% des femmes n'avaient pas été dépistées**. Il n'y a pas de dépistage en salle de naissance. L'objectif est de former toutes les sages-femmes au test de dépistage capillaire.

Les échecs d'orientation à l'UME sont nombreux : en 2009 sur 118 femmes dépistées VIH+ en centres de santé et orientées, 82 sont arrivées soit 69% ; en 2010 elles sont 79/125 soit 63%. L'orientation vers l'UME a donc échoué dans 37% des cas en 2010. C'est un argument pour ouvrir des UME dans les centres de santé.

4.e. Atelier continuité dans le parcours de soins :

Les trois centres étant confrontés aux mêmes difficultés trois thèmes ont été abordés : la surcharge d'activité, les nombreux patients perdus de vue et les ruptures d'ARV. Après avoir défini et revendiqué un suivi de qualité, constaté la nécessité d'un renforcement d'effectif en personnel, quelques suggestions ont été proposées :

- planification des rendez-vous sur un agenda avec un nombre de consultations fixé à 40 patients par jour dont 35 planifiées et 5 non planifiées.
- Réalisation d'un tri des patients permettant d'orienter d'emblée à la pharmacie en cas de renouvellement seul du traitement. On pourrait définir des sous-groupes de patients traités : les observants avec problème de santé ou sans et les non observants avec ou sans problème de santé.
- Les centres de santé s'organisent pour venir chercher les ARV des patients qu'ils suivent mais ils doivent s'adresser à la pharmacie dont dépend le patient et donc perdent beaucoup de temps et d'énergie à se déplacer auprès des pharmacies des trois centres. Une délivrance dans une seule pharmacie pour un centre donné serait plus pertinente.
- Rupture d'ARV : mettre en place la délivrance mois par mois d'ordonnance établie pour 3 mois. Assurer en permanence un stock de sécurité de 1 mois. Le circuit d'approvisionnement des ARV est lourd. Les commandes sont trimestrielles. Il existe des problèmes de livraison par la délégation qui argue de l'absence de financement pour effectuer cette tâche.
- Définition des perdus de vue : le CDLS n'a pas de définition. Le CDN a défini l'abandonné qui n'est pas

revu 3 mois après le RDV et le perdu de vue qui n'est pas revu 6 mois après le RDV que ce soit un patient traité ou non. Pour le CRM, le perdu de vue est un patient non revu 3 mois et plus après le RDV s'il est traité ou 6 mois et plus s'il n'a pas de traitement. Nécessité de rechercher les PDV dès le 1^{er} mois et de classer les dossiers des PDV une fois par trimestre. La raison principale repérée par les acteurs de soins qui favorise la perte de vue est l'éloignement du domicile.

- Décentralisation des prises en charge au sein des centres de santé permettrait de diminuer la charge de travail des 3 structures et d'améliorer la qualité et la régularité du suivi ainsi que l'observance thérapeutique.
- Ce type de réunion de travail avec les personnels des trois structures de soins est à renouveler pour poursuivre la réflexion sur la continuité des soins.

5. ENQUETES SUR LES DOSSIERS ET AUPRES DES PATIENTS DE L'HDJ

5.a. Enquête sur les dossiers médicaux

Une enquête, de méthodologie identique à celles de 2009 et 2010, a été réalisée sur les dossiers ouverts entre le 15 janvier et le 15 octobre 2010 après tirage au sort d'un échantillon au dixième de 23 dossiers (dont un manquant).

Analyse de 22 dossiers

Femmes (16) : 72 %,

Age entre 17 et 62 ans moyenne : 32 ans

Habitant de Moundou (16) : 72 %

Traitement ARV prescrit (13) : 59% ; non prescrit (9) : 41% en accord avec les recommandations

Traitement par CTM (20) : 90 % dont une prescription non adaptée aux recommandations

Pas de dosage de CD4 depuis plus de 6 mois (8) : 36 %

Pour les CD4 : 2 perdus de vue (PDV) n'ont eu qu'une consultation et pas de dosage ; pour le reste 50% ont eu des dosages de CD4 réalisés en accord avec les recommandations et de façon régulière ; **50% ont eu des dosages réalisés de façon irrégulière soit par perte de vue du patient soit par défaut de réactif.**

Perdus de vue (8) soit 36% : 6/8 sont âgés de moins de 25 ans ; 5/8 habitent en dehors de Moundou ; 1/8 était suivie dans le cadre de la PTME ; 3/8 n'ont bénéficié que d'une seule consultation ; 5/8 étaient sous ARV dont 3 avec mise au traitement récente.

Parmi les 13 patients sous ARV

5 ont un suivi sans rupture d'ARV

3 ont un suivi avec une rupture d'ARV de 1 à 2 semaines

5 sont perdus de vue

Seuls 4 dossiers (18 %) ont une fiche d'éducation thérapeutique (ETP) incomplètement remplie.

Période d'observation	Nbre dossiers analysés	% femmes	% Habite Moundou	% Sous ARV	% Sous CTM	CD4 noté dans le dossier %	CD4 > 6 mois %	CV notée dans le dossier	Fiche ETP remplie %	Perdus de vue (%)	Venu une seule fois %
01/01/08 au 01/04/08	78	66	81	46	51	70	70	0	non	39.7	11.5
01/01/09 au 01/07/09	40	72	80	55	75	80	72.5	0	20 %	45	10
1/1/2010 Au 30/09/10	22	72	72	59	90	91	36	0	18	36	13

Comparaison de l'analyse des dossiers médicaux entre 1er semestre 2008 et 1er semestre 2009 et trois

premiers trimestres 2010

Les points positifs :

- Le pourcentage de patients pour qui le cotrimoxazole a été prescrit a fortement augmenté et correspond aux recommandations (CD4 < 350) mais nous le verrons avec l'enquête auprès des patients et avec le personnel soignant ce traitement n'est pas toujours pris car il reste à la charge des patients contrairement au ARV ou aux autres traitements des IO.
- La prescription des ARV correspond aux recommandations nationales.
- Les dosages de CD4 sont réalisés de façon plus fréquente.
- Certaines données cliniques comme le stade et le poids sont systématiques. Un dossier ne contenait pas de stade clinique et un stade était mal évalué.

Les points faibles :

- **Le nombre de perdus de vue demeure important** : 36% avec des caractéristiques des patients qui font apparaître des facteurs favorisants comme l'éloignement du centre par rapport au domicile, le très jeune âge, et la précocité de la rupture de suivi par rapport soit à la première consultation soit à la mise au traitement. Il paraît donc essentiel qu'un travail de sensibilisation à l'accueil et l'accompagnement des patients adapté à la situation de chacun puisse se mettre en place rapidement auprès de l'ensemble de l'équipe soignante et associative de l'HDJ.
- **Plus d'un patient sur 10 ne revient pas après la première consultation** : ce qui pose là encore la nécessité de travailler sur l'accueil et le repérage des éléments qui pourraient être limitant pour le suivi ultérieur.
- **La quasi absence de fiche d'éducation thérapeutique remplie et le défaut de club d'observance** témoignent de la difficulté à mettre en place des outils utilisables par d'autres ressources que les prescripteurs médecin et infirmiers qui sont débordés par les consultations quotidiennes.
- Seule la moitié des patients bénéficie de dosage des CD4 réalisés de façon régulière et selon les recommandations nationales

5.b. Enquête de satisfaction réalisée auprès des patients

Une évaluation de la satisfaction des patients par questionnaire en face à face avec interprète a été réalisée le 4 Mars auprès de 15 patients (même méthode et questionnaire qu'en avril 2009 ; à noter qu'il s'agissait d'un vendredi lendemain de deux jours de grève).

Patients : 2 hommes et 13 femmes (86%)

Agés de 18 à 50 ans en moyenne 31 ans

Durée de suivi à l'HDJ de 2 à 38 mois (moyenne 21 mois) : 13 ont un suivi de 6 mois et plus, 2 ont un suivi de moins de 6 mois

Sous traitement ARV : 85% dont 45% ont des effets secondaires.

Amélioration de leur état de santé : 66% considèrent que leur état de santé s'est amélioré, 2 patients pensent qu'il s'est stabilisé et 2 autres qu'il s'est aggravé.

Connaissance du taux de CD4 : 1 seul patient a pu citer un taux de CD4 dont il n'était pas certain.

Observance : 1 seul patient a participé au club d'observance

10/11 avaient une observance parfaite au cours des 4 derniers jours

9/11 avaient une observance parfaite au cours du dernier mois

7/11 avaient une observance parfaite depuis le début du traitement.

Les raisons des ruptures de traitement sont essentiellement des difficultés psycho affectives : rejet de l'entourage, découragement, décès ou accouchement au sein de la famille ; **ou des effets secondaires du traitement** : neuropathie, augmentation du volume abdominale.

Vécu du suivi à l'hôpital de jour : si la majorité des patients (86%) trouve que la consultation dure suffisamment longtemps, 73% estime que l'attente est trop longue et l'HDJ est difficile d'accès pour 80% d'entre eux, car trop loin de leur domicile. Certains patients arrivés à 5 heures le matin après leur trajet n'étaient pas encore passés en consultation à 11 heures et n'avaient pas mangé. De ce fait les heures d'accueil ne sont pas adaptées pour près de la moitié (47%) des patients. La moitié a rencontré des difficultés au cours de la prise en

charge. On retiendra entre autre qu'une patiente avait été refusée à 2 reprises, une autre enceinte avait également eu sa consultation reportée au lendemain à plusieurs reprises et n'avait pas commencé les ARV malgré l'urgence, une autre n'avait pas trouvé le laboratoire, enfin l'une d'entre elle avait été déclarée décédée et ne pouvait plus obtenir son traitement. Cependant la majorité 66% ont trouvé des réponses à leurs questions auprès des associations.

La plupart des patients propose des améliorations : diminuer le temps d'attente, adapter les horaires, apporter une aide alimentaire, aider au paiement du cotrimoxazole, améliorer l'accessibilité des ARV soit en offrant une délivrance plus proche du domicile soit en délivrant pour 2 ou 3 mois pour les personnes éloignées de l'HDJ.

6. COMPAGNONNAGE EN HDJ

Nous avons assisté aux consultations auprès de l'infirmier Paul Morodoum et du médecin Dr Doudéadoum et travaillé avec eux sur la prise en charge des patients à l'HDJ tout au long de la journée du mercredi 2 mars.

Ce jour là 31 patients ont été inscrits par l'association de pvvih qui assure l'accueil mais ne rempli plus le dossier à chaque consultation. Puis la pesée et la prise de température sont réalisées par le garçon de salle ou/et le second infirmier Mbairo Ndoendo. (A noter qu'il n'y a plus que 4 thermomètres). Le carnet de suivi payé par le patient 250 FCFA ou obtenu à titre gracieux par l'UNICEF est présenté, le dossier médical du patient est sorti. L'infirmier et/ou le médecin réalise la consultation et rédige l'ordonnance. Le patient est ensuite adressé habituellement à l'assistante sociale qui n'était pas présente lors de notre séjour puis à la permanence associative qui appose le tampon pour obtenir les traitements gratuitement en cas de précarité ce qui est quasiment toujours le cas. De ce fait l'évaluation des patients pour limiter l'accès à la gratuité des traitements des IO aux patients en situation de précarité montre que pratiquement tous le sont et donc pose la question de maintenir telle quelle cette activité. En effet même si une évaluation psycho-sociale est pertinente, elle pourrait plutôt être orientée sur le repérage des difficultés sources de mauvaise compréhension, de rupture de suivi et d'observance. La permanence associative peu sollicitée pendant cette journée, pourrait travailler sur cette action, sur l'accompagnement des patients de façon plus personnalisée permettant de mieux les connaître et d'améliorer leur suivi. On pourrait également lui proposer d'accompagner les patients vers les services où ils sont orientés et de participer à la recherche des PDV soit par téléphone soit par VAD.

Prescription des ARV : la 1ère ligne de traitement est devenue le duovir +névirapine ou duovir + EFZ si tuberculose ou allergie à la névirapine. L'effet secondaire limitant constaté par les soignants et par les patients est l'anémie. La stratégie adoptée est la suivante :

- si Hb >10 g, DuovirN et revoir à J15 avec contrôle Hb ou à S4 si habite loin avec conseil de revenir plus tôt si symptômes.
- si Hb < ou= 10 g :fer + triomune.
- si Hb <6 g : transfusion.

Les patients qui étaient sous triomune sans anémie sont passés au duovirN

La 2ème ligne de traitement est : Truvada+Abacavir+Kaletra. Il y a eu des ruptures de kaletra.

Education thérapeutique : elle n'est pas réalisée actuellement, il n'y pas eu de séance de groupe ce mercredi et depuis que Job est devenu coordinateur à l'UME, le groupe ne se réunit plus faute d'animateur. Seuls le Dr Doudéadoum et les infirmiers qui sont très occupés assurent au cours de leurs consultations l'éducation thérapeutique de base.

Pharmacie : Frédéric qui n'a pas eu de formation spécifique, assure la délivrance des ARV et des traitements des IO dans des conditions difficiles. Le local est petit et pas adapté aux entretiens pour l'ETP qu'il n'a pas le temps de réalisé actuellement. Il est prévu de lui adjoindre un Conseiller Psycho Social (CPS) pour l'ETP : il paraît impossible qu'ils soient tous les deux dans ce petit local mal aéré. On propose pour **la formation de Frédéric un stage au centre de Bobodilasso** que connaît bien le Dr Doudéadoum.

Laboratoire : la salle d'attente abritée construite récemment améliore grandement l'accueil des patients. Un des 2 appareils à CD4 était en panne depuis plusieurs semaines : nous avons joints par téléphone le réparateur mais celui-ci ne se déplace pas car le contrat de maintenance des appareils n'a pas été payé contrairement à ce qui était prévu. Au total en 2010, 2870 comptages de CD4 ont été réalisés avec 2 périodes de rupture : en mars où aucun examen n'a été réalisé et en août et septembre où respectivement 85 et 9 examens ont été réalisés.

Problèmes matériels constatés :

- Absence de savon et d'essuie mains dans les salles de consultation : problème déjà constaté lors des missions précédentes.

- Objets piquants aiguilles souillés, embouts de pipettes souillés, jonchant le sol de la cour devant l'HDJ et provenant du laboratoire où sont réalisés les CD4. Ils se situent sous un conteneur percé utilisé pour l'élimination de déchets. Nous avons alerté les laborantins, la responsable du laboratoire et le directeur adjoint des risques d'AES.
- Coupures d'électricité tout au long de la journée en raison de la déficience de l'installation : à cet effet nous avons pris des photos de celle-ci et des groupes électrogènes afin que l'association Electriciens Sans Frontière puisse préparer sa mission prochaine pour une remise en état.
- Rupture de tests de grossesse au sein de l'hôpital
- Ruptures d'ARV à plusieurs reprises liées aux difficultés d'approvisionnement, celui-ci étant centralisé au niveau de la Délégation. Le délai entre la demande et la livraison ne permet pas d'assurer la continuité du traitement et oblige à délivrer mois par mois pour limiter les ruptures.
- Rupture de réactifs pour le dépistage
- Absence de buvards pour les PCR

7. RENCONTRE AVEC LES PVVIH :

Au cours d'une réunion avec des membres des trois associations qui interviennent à Moundou : A3V, ACCPV et CAPI, ceux-ci ont exprimé leur émoi face à la formation qualifiante organisée par Esther et le Fond Mondial pour des CPS qui interviendront dans les différents centres de prise en charge. Les personnes recrutées devaient avoir une attestation de Brevet des collèges ce qui n'est pas le cas de l'ensemble des conseillers associatifs intervenant déjà depuis plusieurs mois ou années dans les centres. 180 CPS doivent ainsi être recrutés sur l'ensemble du territoire national. Les associations sont donc très inquiètes de voir perdre la richesse de leur expérience sur le terrain voir d'être remplacées par des CPS non issus des associations. Elles se posent également la question de la pérennité des conventions avec l'hôpital. Parmi les 6 associations de Belem et Moundou une seule n'avait aucun membre recruté : celle de Bedogo. Notre mission a relayé ces inquiétudes auprès du Dr Narassem à Ndjamena.

8. VISITE DE LA PRISON DE MOUNDOU

L'Association Régionale d'Aide aux Prisonniers (ARAP), créée et présidée par le Dr Memadji, ayant récemment obtenu un financement ESTHER pour un projet de soutien aux PVVIH en milieu carcéral (dépistage, prise en charge psychosociale, médicale, nutritionnelle), il a été possible de réaliser une visite très rapide de la prison de Moundou (CM avec Memadji).

Rencontre brève avec le régisseur, puis visite avec le régisseur adjoint (66 44 94 34/99 77 35 15) Mounlangar Francis, l'infirmier (66 21 93 22/99 42 12 32), qui est du personnel de l'administration pénitentiaire, Gaetan Allongar Bethel, et le secrétaire de l'ARAP, Kelly Taté (66 41 11 03), seul salarié de l'association qui assure une présence très régulière (quotidienne) dans la prison.

Aperçu rapide sur les espaces extérieurs, pas de visite des cellules. Concentration importante de prisonniers dans ces espaces, avec quelques femmes, dont une avec son nourrisson (pour les cellules, elles ont un espace séparé, grâce aux travaux de l'ARAP).

Chantier important en cours sur les fosses septiques, dont les parois ont failli s'effondrer : le Dr Memadji suit les travaux que son association soutient (je n'ai pas compris si l'administration pénitentiaire y contribuait également). Historiquement, la création a été motivée par l'indignation de Memadji face au manque d'hygiène de la prison et il reste très sensible à essayer de préserver la dignité et améliorer les conditions de vie des prisonniers.

Un petit hangar, à proximité de la salle d'alphabétisation animée par l'ARAP, tient lieu d'infirmerie. L'infirmier y reçoit tous les entrants. Il recherche systématiquement des signes de tuberculose et montre à Memadji les suspects avec des orientations possibles sur l'hôpital au programme tuberculose pour des évaluations.

L'infirmier informe les entrants sur le dépistage du VIH depuis quelques mois et aurait 87 demandes en attente (une collaboration avec le centre ADN en 2010 avait permis de dépister 1367 prisonniers sur les 4 prisons de la région et de découvrir 83 personnes positives, mais ces séances de CDV n'ont pas été pérennisées).

Il a été discuté pendant cette visite d'organiser le dépistage sur place après une formation de l'infirmier au centre ADN, car adresser les prisonniers au CDV est très compliqué. Il faudrait éventuellement un réfrigérateur pour stocker les réactifs. Cette activité pourrait débuter rapidement dans le cadre du projet ARAP/ESTHER.

D'après l'infirmier et le secrétaire de l'ARAP, les prisonniers ne craignent pas la stigmatisation en cas de dépistage positif : les PVVIH déjà connus reçoivent des suppléments nutritionnels par l'ARAP au su et au vu des autres prisonniers et cela ne leur poserait pas de problème.

Neuf PVVIH sont déjà suivis conjointement avec l'hôpital de jour. Leur traitement ARV leur est remis tous les jours par le secrétaire. Cette activité de suivi pourrait se développer si le dépistage routinier augmentait la population de PVVIH connus.

3) COMPAGNONNAGE PTME à Moundou et Bebalem

Contexte :

Cette mission s'inscrit dans le prolongement du partenariat débuté en 2005 et soutenu par le GIP Esther (convention 2009 0308 venant de fonds de l'Agence Française de Développement) entre :

- l'Hôpital Régional de Moundou (HRM)
- le Centre Hospitalier de Bebalem (CHB)

et les hôpitaux du Corevih Ile de France Ouest (via l'association www.entraidesanté92.org).

Objectifs :

La mission PTME s'est déroulée à Bebalem puis à Moundou (cf programme en annexe 1)

Les objectifs de cette mission étaient ciblés sur la Prévention de la Transmission Mère -Enfant du VIH (PTME) au moyen de compagnonnage en maternité, formations à l'école de santé de BEBALEM et auprès des personnels des hôpitaux de Bebalem et Moundou, avec travail sur l'organisation du parcours des patientes.

Voir le calendrier des activités et rencontres en Annexe 1

Déroulement de la mission :

Lundi 28 Février : ACTIVITES A L'HOPITAL de BEBALEM

1. Arrivée en matinée lundi 28 février

Accueil par le Directeur Mr Najitam Valentin (chargé du suivi administratif et financier du projet du GIP Esther/Entraide santé 92), son assistant administratif et financier Mr B KIMEL, le Dr Elisabeth SCHMIDT (Directrice de l'école de santé et médecin conseiller au Centre de Dépistage Volontaire du VIH (CDV), le Dr Rimabaye MADJIBAYE (médecin traitant de Bebalem, intervenant en maternité), Mme Lisa KUNGOLANDAI (sage-femme chargée de la PTME et responsable de la maternité, enseignante à l'école de santé), Mr Victor DJIMBAYE (infirmier responsable du CDV).

Ils attendent un renforcement de leurs capacités relatives à la prise en charge du VIH grâce à un partage d'expériences. Mise au point du programme (en annexe).

Remise de l'appareil d'échographie, des réactifs CD4 et des colorants pour le laboratoire.

2. Visite des différents services de l'hôpital avec le Dr Madjibaye et Lisa

Informations reçues:

- 19000 habitants dans la ville de BEBALEM (125 hab/km²), dans une des régions les plus peuplées du Tchad
- les femmes enceintes ou accouchées viennent des villages à pied, ou en taxi « clando » (moto) même en travail
- frais d'hospitalisation pour un accouchement:
 - 1500 CFA pour 3 jours si voie naturelle, pour 7 jours si complication périnéale
 - 10000 CFA pour la césarienne et 5000 CFA pour les 10 jours d'hospitalisation
- 95 à 98% des femmes passant en consultation prénatale ou accouchement ou suites de couches sont dépistées pour le VIH (examen gratuit)

Organisation hebdomadaire et journalière

- la consultation de BIEN-ETRE FAMILIAL pour espacement des naissances (planning familial) a lieu le lundi et le mercredi
- le staff et la visite médicale à la maternité ont lieu le mardi
- la consultation prénatale avec sensibilisation collective, dépistage du VIH, vaccination de la grossesse (Serum anti-tétanique SAT) a lieu le jeudi
- la consultation de vaccination et de pesée du nourrisson a lieu le vendredi
- 3 équipes (1 SF,voir diapos)

Visite du Centre de Dépistage Volontaire du VIH (CDV)

- est ouvert tous les jours
 - le bâtiment est individualisé, comporte 3 salles:
 - . première salle : dépistage rapide (DETERMINE) après entretien individuel avec résultat dans l'heure et réalisation des tests pour les enfants (12 et 18 mois)
 - . troisième salle: bureau de l'infirmier responsable avec les registres et les dossiers, réfrigérateur à gaz pour la conservation des réactifs, dispensation des médicaments ARV gratuits sur RDV avec suivi de l'observance pour les adultes y compris les femmes enceintes (*pour les nourrissons le traitement est dispensé à la consultation « CDV en maternité » le vendredi*)
 - . une salle intermédiaire est non affectée pour l'instant
 - les dépistages (tests Determine et Immunocomb) et les CD4 sont gratuits; les autres examens de laboratoire (urines, Hb, groupe sanguin) coûtent environ 4500 CFA
- Les principaux motifs de dépistage volontaire sont les suivants:

- . époux séro-positif
- . problème de santé (diarrhée, fièvre....)
- . référence lors d'une hospitalisation
- . enterrement d'un proche
- . infection sexuellement transmissible
- . plus rarement venue d'un couple avant le mariage

L'infirmier responsable se déplace certains jours dans les villages en moto pour proposer un « CDV avancé »

Visite rapide de la maternité et des autres services (soins intensifs, pédiatrie, hospitalisation de médecine et chirurgie...).

2. Visite de l'école de santé avec Lisa et ajustement des interventions de formation prévue

- les études sont payantes, elles débouchent sur des diplômes reconnus par l'Etat
- l'enseignement théorique est commun aux sages-femmes et infirmiers, seuls les stages diffèrent
- les études durent : 2 ans pour les matrones et aides infirmiers, 3 ans pour les sages-femmes et infirmiers.

Mardi 1^{er} février

3. Participation au staff

A lieu à 8 heures : instauré depuis 1 mois par le Dr Madjibaye . Les SF, les matrones et les étudiantes y assistent. La SF donne les informations du registre des transmissions des 3 équipes. Les étudiantes présentent les dossiers des femmes accouchées (partogramme) et des femmes admises (fiche d'hospitalisation) la veille. Les fiches sont rangées dans 2 classeurs, avec parfois le dossier de consultation prénatale agrafé.

A la suite de ces présentations, un enseignement clinique est fait dans la salle de staff (tableau noir).

4. Visite de la salle d'accouchement:

Des perfusions peuvent être administrées. En cas de saignement abondant, numération globulaire et groupe sanguin peuvent être effectués, mais la mesure du volume sanguin perdu n'est pas habituelle (bien qu'il y ait des seaux gradués). La pratique de la transfusion de sang frais après don par un accompagnant est courante (soumis à un test rapide VIH). Les utéro-toniques disponibles sont l'Ergométrine et le Syntocinon, non systématiquement injectés.

Le « bloc accouchement » comporte :

- 1 Salle d'admission
- 2 1 salle avec 2 lits d'accouchements
- 3 1 salle pouvant servir à la prise en charge des fausses couches (curetages, pas de système d'aspiration par seringue)
- 4 1 salle attenante pour le nettoyage et décontamination du matériel
- 5 Salle de garde de la sage-femme et matrone
- 6 La salle de césarienne est dans un autre bâtiment, au sein du bloc de chirurgie.

5. Visite médicale des hospitalisées en maternité en compagnonnage avec Lisa, SF, matrones et étudiantes

39 lits répartis dans 4 dortoirs communs, 1 salle d'isolement et 1 salle « privée »

Nous avons vu :

6 accouchées par voie basse (dont 6 avec statut VIH connu, négatif)

5 accouchées par césarienne (dont 3 avec statut VIH connu, négatif et 2 avec dépistage non fait)

7 femmes enceintes hospitalisées pour pathologies de la grossesse (2 avec statut VIH connu négatif, 1 séropositive, 4 avec dépistage non fait)

4 femmes avec problème gynécologique ou fausses-couches (dont 1 avec dépistage négatif, 1 avec dépistage VIH indéterminé, 2 avec dépistage non fait)

Lors de notre visite, le tensiomètre était présent mais pas couramment utilisé. LA température était censée être prise le matin par l'équipe de nuit. Sur le chariot de visite, nous avons fait ajouter un pèse-personne pour adultes. Le stéthoscope de Pinard pour les bruits du coeur foetaux et le mètre ruban pour la hauteur utérine sont facilement utilisés.

Médicaments disponibles et largement utilisés : Ibuprofène, Quinine, Paracétamol, Amoxiciline...

La surveillance systématique des accouchées (globe utérin, saignements, tension), après la sortie de salle d'accouchement est quasi inexistante. Les soins au bébé sont faits par les accompagnants (toilette).

Les femmes sont examinées lors de l'examen de sortie. Elles ont l'information sur la consultation de « bien-être familial », les soins pour l'enfant et les consultations de vaccination.

Les nourrissons sont vaccinés au centre de vaccination le vendredi dès la naissance (Poliomyélite-BCG). Cela implique qu'ils soient encore au sein de l'hôpital ; sinon les mères sont conviées à revenir.

Une sage femme (Félicité) est chargée des **statistiques**: elle fait un bilan mensuel des tests de dépistages réalisés en consultation prénatale et en salle d'accouchements à partir des différents registres.

En février 2011 : 101 test ont été faits dont 1 positif et 1 indéterminé

113 nouvelles consultantes

48 accouchements : 45 enfants vivants dont 39 par voie basse spontanée, 1 par ventouse, 5 par césarienne ; aucune mort maternelle.

Il est à noter que les femmes hospitalisées pour grossesse pathologique ne sont pas prises en compte dans le registre des tests.

81 femmes hospitalisées sur 39 lits

Soit un taux d'occupation : 47,5 % et une durée moyenne de séjour : 6,7 jours.

6. Cours en école de santé cf annexes

Les étudiants infirmiers de 3ème année et les aides ont assisté aux présentations : une cinquantaine de participants.

Ils ont été intéressés et ont participé activement.

Mercredi 2 mars

7. Consultation de Bien-être familial (lundi mercredi)

Présentée lors la sensibilisation pendant les consultations prénatales et en suites de couches, elle a lieu dans le bureau de Consultation prénatale et dépistage VIH ;

Les méthodes et les contraceptifs disponibles dispensés sont:

Dépoprovera 1 injection intra-musculaire tous les trois mois réalisée sur place

Pilules oestro-progestatives (21 jours + 7 jours de fer) et progestatives

Implant : un seul posé en 5 ans

Ligature des trompes proposée aux grandes multipares (+ de 10) lors de l'hospitalisation

Le stérilet n'est pas utilisé car interdit par l'église

Les préservatifs sont donnés aux femmes VIH + mais peu utilisés

Les femmes ont un dossier ouvert lors de la première consultation. Elles doivent avoir l'autorisation de leur mari pour bénéficier des contraceptifs.

Un registre est systématiquement rempli lors du passage des femmes et de la dispensation du contraceptif.

8. Dossiers du CDV Grossesse même constat de bonne tenue des dossiers

Informatisation en cours mais freinée par des virus dans l'ordinateur !!

Les responsables des 2 CDV sont conscients de la difficulté de faire le lien entre les dossiers des femmes dépistées avant la grossesse et leurs dossiers prénatals et des dossiers ultérieurs. Ils proposent une réorganisation afin de réaliser une réelle unité mère-enfant (UME) dans le même bâtiment avec des jours de consultation communs pour les mères et leurs nourrissons.

9. Préparation de cas cliniques et travail sur dossiers de la maternité

10. Formation pour le personnel cf annexes

Les exposés ont suscité des questions et les cas cliniques ont soulevé des discussions animées.

Judi 3 Mars

Bebalem/Moundou mars 2011

11. Consultation prénatale

Une cinquantaine de femmes enceintes sont réunies sous un préau.

Une séance de prière, de chant puis de sensibilisation collective précède cette consultation, individuelle ensuite.

La sensibilisation porte sur l'intérêt du dépistage VIH, sur la vaccination SAT pendant la grossesse, sur l'intérêt des suppléments de fer

Les conditions de confidentialité sont réduites dans des locaux exigus et partagés : 3 femmes sont interrogées en même temps par 3 étudiantes avant l'examen réalisé par la sage-femme derrière un paravent dans la même pièce. Les femmes apportent leur carnet de maternité et sont appelées selon leur numéro d'ordre d'arrivée..

Pour les femmes identifiées VIH+, la consultation se passe dans le bureau réservé « identifié » CDV grossesse, où se trouvent les dossiers. Le traitement ARV maternel se trouve au CDV « adulte ». Seul le traitement ARV du bébé est stocké au CDV grossesse.

12. Restitution à Mr Valentin, Dr Schmidt, Dr Madjibaye...

Mr Valentin nous a dit que le temps de notre visite leur semble trop court pour les échanges d'expériences.

Il est comblé par les relations avec Entraide santé pour le renforcement des capacités de l'hôpital de Bebalem, tant pour l'aspect spécifique de la PTME mais aussi pour le renforcement des soins pré, per et postnatals avec l'approche intégrée. Il a bien noté le risque des transfusions.

Jeu 3 mars : ACTIVITES A L'HOPITAL DE MOUNDOU

1. Arrivée jeudi 3 mars pour travail sur le parcours des femmes enceintes

Groupe PTME: sages-femmes de la maternité, pédiatrie, l'UME...

Discussion sur les facteurs favorisants, limitants, acteurs, actions à chaque étape (antepartum, accouchement, postpartum)

Restitution en plénière

2. Formation sur l'allaitement protégé

Diaporamas sur l'Allaitement à moindre risque et sur l'Allaitement maternel exclusif

Discussion avec la salle: rappel du programme national : choix du mode d'alimentation proposé en cours de grossesse en UME.

Vendredi 4 Mars

3. Participation au staff à 9 heures 30

Sous la direction du Dr Gokam et de son assistant. La SF de garde donne les informations sur le nombre total d'accouchements (11 accouchements par voie basse dont 1 chez une femme VIH+ appelée « PTME », avec enfant mort-né et 1 césarienne pour hématome rétroplacentaire avec enfant mort-né) et événements marquants de la garde. Les étudiantes y assistent et présentent les dossiers (partogramme). L'enseignement clinique est fait au sujet de ces dossiers. Ce jour un commentaire a porté sur la Traction Contrôlée du Cordon ou TCC, pour une gestion active de la 3ème phase de l'accouchement. Deux autres sujets ont été développés, l'accueil technique d'une femme VIH+ et l'importance de mettre en pratique les techniques d'information-sensibilisation-communication pour une femme non dépistée, afin de lui expliquer l'intérêt du dépistage pour une grossesse ultérieure .

Les femmes restent 2 à 6 heures au maximum après l'accouchement (9 lits de postpartum immédiat). L'accouchement est gratuit.

4. Accueil par le Dr MEMADJI

Explications sur le protocole de PTME de Moundou et les 13 centres de santé.

-> Projet de publication à ce sujet (envoyer l'article de l' ETUDE MASHI)

Informations sur le programme national tchadien de diminution de la mortalité maternelle. Le Dr Memadji a effectué une communication à Libreville sur l'intérêt d'utiliser le support de l'amélioration de la qualité des soins en PTME pour améliorer aussi l'état de santé des mères et des enfants.

Echanges sur la nécessité de la surveillance des enfants sous ARV prolongés en post-exposition.

Propositions avec accord pour répondre à l'appel d'offre de la Fédération Hospitalière de France sur la réduction de la mortalité maternelle en échanges Nord/Sud (Dr E. Mortier, Mme Abalain, Directrice de l' Hôpital Louis Mourier).

5. Visite de l'UME avec Anastasie, SF responsable

2 bureaux,

1 préau pour la sensibilisation collective (exposé théorique pour les biberons)

1 cuisine pour montrer la préparation en pratique des biberons et des bouillies.

Toutes les femmes dépistées VIH+ en CDV ou CPN sont orientées vers l'UME.

La SF donne l'ordonnance pour kit d'accouchement.

Elle dispense en postnatal le sirop ARV de renouvellement (le premier est donné en maternité) et le Cotrimoxazole pour l'enfant.

Les dossiers et registres :

Fiche de suivi du couple mère-enfant, elle comporte :

1. identité (statut du partenaire dépisté oui /non, statut positif sous entendu sinon mention de couple discordant)
2. surveillance prénatale: consultations tous les trimestres et plus souvent si besoin,
3. résultat d'accouchement renseigné par le carnet du nouveau-né (acheté par la mère)

Fiche enfant (avec sa photo), elle comporte outre le nom de l'enfant et nom de la mère :

- la mention « a reçu sirop AZT » selon l'indication du carnet du nouveau-né rempli en maternité
- les dates des consultations postnatales avec mention de l'allaitement AE « Allaitement Exclusif » ou AR « alimentation de remplacement » et la mention du traitement post-exposition AZT ou NVP.
- au verso, courbe de croissance poids/taille

Le bulletin de dépistage sérologique à 12 et 18 mois est agrafé à cette fiche.

Registre des consultations détaillées seulement en cas de « plainte » (pas de dépistage systématique des complications du traitement post-exposition de l'enfant qui est poursuivi pendant toute la durée de l'allaitement maternel); mais pas de mention dans ce registre du mode d'alimentation AE ou AR ni du traitement ARV en cours.

6. Consultation d'urgences en maternité

Compagnonnage avec participation aux consultations d'urgence (urgences gynécologiques, grossesses débutantes et pathologies de grossesse, femmes référées de centre de santé pour hospitalisation).

Les femmes attendent dans le couloir extérieur : risque de confusion des carnets de maternité qui sont déposés par les femmes avant d'entrer dans le bureau.

Le bureau de consultation est exigü, en relation avec la salle d'examen située juste avant la salle d'accouchement.

Plusieurs femmes, éventuellement accompagnées de leur mari, peuvent se trouver dans le bureau et une autre femme peut patienter dans la salle d'examen. Cette configuration manque de confidentialité. La question du dépistage n'est pas abordée.

Médicaments disponibles à la pharmacie de l'hôpital, liste des médicaments gratuits affichée dans le couloir extérieur....

7. Salle d'accouchements

Surveillance de la salle et réalisation d'un accouchement (apport de gants stériles). Problèmes d'hygiène : aiguilles sur le sol, table d'examen du nouveau-né située à coté du bac de décontamination, pas de lavage des ciseaux ayant servi pour couper le cordon avant le trempage dans l'eau de javel.

La mise au sein sur la table d'accouchement et l'installation du bébé sur le ventre de la mère ne sont pas habituelles.

Le placenta a été mis dans un plastique troué, sans précaution particulière (« CDV négatif »).

4) Synthèse

Points forts :

Bonne tenue des centres de dépistage volontaire, avec résultats satisfaisants des statistiques de dépistage en maternité à Bebalem.

Bonne tenue des dossiers et bonne organisation à l'Unité mère-enfant VIH de Moundou.

Points à améliorer :

Améliorer la surveillance post-partum immédiate à Bebalem.

Conditions d'hygiène de la salle d'urgence et d'accouchement de Moundou.

Dépistage précoce de l'infection à VIH chez l'enfant par PCR à Bebalem et Moundou.

Propositions :

Consultation mère-enfant à organiser à Bebalem.

Organisation du circuit de prise en charge des urgences à Moundou.

Répertorier le mode d'alimentation lors des consultations motivées par des « plaintes » chez le nourrisson ainsi que surveiller les complications d'un traitement ARV prolongé.

Revoir le circuit des dépistages par PCR.

VI . CONCLUSIONS

Le dépistage et la PTME ne semblent pas poser trop de problèmes dans les circuits identifiés (CDV ou UME) organisés par les 2 structures visitées. Dans ces circuits oeuvrent des personnels expérimentés et formés dans des locaux qui ont été adaptés.

Le problème majeur est de réaliser l'intégration de la PTME à l'activité obstétricale d'urgence et la qualité-sécurité de cette dernière.

ANNEXE 1 : AGENDA DE LA MISSIONSamedi 26 février 2011 RDV Roissy à 13h30 arrivée à Ndjmena 22h

- Accueillis à l'aéroport
- Anne-Marie SIMONPOLI (AMSP), Christophe MICHON (CM),
- Catherine CRENN HEBERT (CCH), Isabelle HEUDES GUILLON (IHG)

Dimanche 27 Février 2011 : Voyage Ndjamena –Moundou

Départ vers 10h (2ème roue de secours)- Arrivée 18h

Rencontre : Mr job Assistant social, chargé de la collecte des données de l'UME de l'hôpital de Moundou et de tous les sites de dépistage /logiciel ESOPE ; PTME /autre logiciel, Dr Doudé et Mr Moise (Directeur adj Hal de Moundou)

Lundi 28 Février 2011

08H30 Départ pour Bealelem (CCH et IHG) – arrivée à 10h15 à l'hôpital

Accueil par la Direction : Mr Valentin Najitam (administrateur, chargé du suivi financier du GIP Esther/Entraide Santé), Dr Elisabeth Schmidt (Directrice de l'Ecole de Santé)...

Mise au point du programme

Après midi visite de la salle de naissance et du centre de dépistage volontaire, du reste de l'hôpital ,

Soirée : préparation de l'intervention à l'école de santé

Mardi 1^{er} Mars 2011

Matin : *Maternité* : 08H staff en maternité

visite médicale avec les sages-femmes de la Maternité

Après midi *Ecole de santé* : intervention à l'école de santé

Mercredi 2 Mars 2011

Matin *Maternité* : compagnonnage en consultation post-natale

Après midi *Hôpital* : formation pour l'ensemble du personnel

Jeudi 3 Mars 2011

Matin *Maternité* de Bealelem : Consultation pré-natale

Direction : Synthèse

10h30 Départ pour Moundou Arrivée à 12h30 *Hôpital de Moundou*

Participation à la réunion avec les centres de santé et l'hôpital (AMSP, CM, CCH, IHG) :

Rapporteurs du Groupe de travail Maternité (CCH, IHG)

Après midi : Cours sur Lactation humaine et Allaitement exclusif (IGH)

Vendredi 4 Mars 2011

Matin *Maternité* de Moundou (CCH, IHG) : Staff (Dr Gokam) puis accueil par Dr Memadji (responsable de la PTME dans le district) et Mme Beatrice (surveillante de la maternité)

visite de l'UME (CCH) , salle de naissance, réalisation d'un accouchement (IHG), puis Consultation des urgences (CCH, IHG), accueil par le Directeur adjoint

Après midi : Préparation de la synthèse maternité et du rapport (CCH, IHG)

Dîner: Dr MEMADJI, Mr DJOB,

Samedi 5 Mars 2011

Voyage Moundou-Ndjamena 17h : Bilan de la mission avec Dr Narassem

23h45 : Avion de retour pour Paris

Dimanche 6 Mars 2011

5h45 : Arrivée à Paris