

## **Mission Niamey 26-31 Octobre 2015 – Entraide Santé 92 / GERES**

Participants : **Entraide Santé 92** : Elisabeth Rouveix, Emmanuelle Capron, Huguette Berthé, Charlotte Glemarec, P de Truchis, Isabelle Lolom  
**GERES** : Elisabeth Bouvet, Isabelle Lolom

### PLANNING DES ACTIVITES :

**Dimanche 25 Octobre**

Visite du CTA (ER, EB, EC, HB, IL)

**Lundi 26 Octobre**

Bilan activité AES à l'HNN (EB, IL)

Bilan activité CV HNN (EB, ER)

Etat des lieux matériel de sécurité HNN, observation des pratiques de prélèvements (IL, HB, EC)

Recueil et évaluation base de données PTME MIG (HB)

**Mardi 27 Octobre**

Suivi prise en charge VIH HNN (PdT, ER) ; Consultation HDJ – HNN (PdT)

Suivi et élaboration du programme TB – HNN (ER, EB, IL)

Observation des pratiques de soins CTA et HNN (EC, IL, CG)

Atelier hygiène avec les paramédicaux du CTA (EC, CG)

Rencontre des CPS CTA et HNN (EC, CG)

Recueil et évaluation base de données PTME MIG (HB)

**Mercredi 28 Octobre**

Staff pluridisciplinaire thérapeutique, formation sur Charge Virale et échecs virologiques (PdT, EB)

Installation du matériel GenXpert au laboratoire de Biologie moléculaire (IL, EB)

Recueil et évaluation base de données PTME MIG (HB)

Observation des pratiques de soins HNN (EC, CG)

Rencontre avec les CPS HNN (EC, CG)

Visite fonctionnement CTA (PdT)

Evaluation des traitements de 2<sup>e</sup> ligne (abstract Afravih) (PdT)

**Jeudi 29 Octobre**

Réunion Direction HNN (EB, PdT, IL)

Mise en place et fonctionnement GenXpert TB (IL)

Séance ETP collective au CTA (EC, CG)

Réunion Projet Pays 2016 (PdT, EB, EC, CG, IL)

Recueil de données file active CTA (HB)

Recueil et évaluation base de données PTME MIG (HB)

**Vendredi 30 Octobre**

Staff médical CTA (PdT, EC, CG)

Synthèse sur l'amélioration de l'hygiène au CTA (EC, CG)

Réunion Projet Pays 2016 (PdT, EC, CG, IL, HB)

Réunion de synthèse avec les CPS (EC, CG, HB)

**Samedi 31 Octobre**

Synthèse des activités CTA Dr Y Nouhou (PdT)

Devis machine à laver CTA

Rapport de mission

## **RAPPORT de MISSION ENTRAIDE SANTE 92**

Niamey 25-31 Octobre 2015

### 1. Prise en charge du VIH à l'HNN

#### 1.1 Bilan du fonctionnement de la mesure de Charge Virale à Niamey :

-La mesure de la charge virale avec technique Abbott (après amplification par technique manuelle), mise en place à l'HNN dans le cadre du projet Esther, est toujours fonctionnelle, avec rendu régulier des résultats aux cliniciens; un appareil pour amplification automatique est prévu, et commandé; le laboratoire est bien tenu et la technique reste rigoureuse tant pour le traitement des prélèvements que pour le rendu des résultats. Les kits de réactifs ont été commandés par la CISLS, reçus et distribués, sans qu'une rupture d'approvisionnement ne soit attendue dans l'année à venir, ce qui confirme l'engagement institutionnel pris de subvenir aux dépenses de fonctionnement de l'activité CV.

-Synthèse des résultats obtenus : 550 mesures de CV ont été demandées, mais 166 demandes étaient techniquement invalides et n'ont pas été réalisées (30%); pour les 384 mesures effectuées, 211 CV étaient indétectables (55%), 93 CV étaient >1000c/ml, soit 24% des prélèvements traduisant un échec confirmé, 60 (15,6%) avaient des résultats de CV entre 40 et 1000 c/ml.

-Le résultat est rendu en temps réel aux cliniciens (<10 jours), mais celui ci fait rarement l'objet d'une discussion clinico-virologique pour adapter la prise en charge thérapeutique. Il est convenu de relancer l'organisation fixe des staffs.

-il est prévu par les médecins et virologues de l'HNN de faire réaliser des mesures de PCR-ADN VHB sur la plateforme Abbott, examen qui sera tarifé par l'hôpital à 25000 FCFA; un projet de protocole sur le traitement des mono-infectés HBV est en cours de réflexion.

#### 1.2 Suivi des patients VIH à l'HNN

-L'HDJ est très actif, avec un nombre élevé de nouveaux patients depuis la fermeture des inclusions au CTA; un 3<sup>e</sup> médecin (Dr Amina) est venue seconder le Dr Aïcha et le Dr Hanki, permettant un suivi médical adapté. Des difficultés thérapeutiques majeures apparaissent pour les patients en échec de 2<sup>e</sup> ligne, ainsi que pour les patients en 2<sup>e</sup> ligne avec co-infection TB. Le matériel hôtelier et médical, ainsi que les dispositifs de prélèvements sont très inadaptés (cf paragraphe sur le matériel de sécurité/Geres).

-Si le suivi médical en Maladies Infectieuses (Pavillon Madras) est réorganisé avec la visite hebdomadaire de chacun des 3 médecins de l'HDJ, les conditions de protection, de soins et de suivi des patients hospitalisés reste très problématique et précaire. Cette situation risque de s'aggraver avec l'implantation, déjà réalisée, du service de pneumologie dans le 1<sup>er</sup> bâtiment du Pavillon Madras, avec risque de transmission nosocomiale accrue pour les patients immunodéprimés.

-Une analyse des résultats des patients en 2<sup>e</sup> ligne a été réalisée par le Dr Amina dans le cadre du mémoire de DES; une soumission d'abstract pour l'Afraviv 2016 est proposée, l'abstract étant écrit lors de la mission. Par ailleurs, une étude sur les patients co-infectés VIH-VHB est en cours d'analyse et donnera lieu à une soumission d'abstract.

-Lors du staff thérapeutique multidisciplinaire du 28/10/15 à l'HNN, une présentation/formation sur la charge virale et la conduite à tenir devant un échec virologique a été présentée, et les dossiers de 6 patients ont été discutés.

## 2. Evaluation du fonctionnement du CTA et élaboration du projet de soutien CTA

### 2.1 Etat des lieux de la prise en charge au CTA

- La visite du CTA a permis de constater la réalisation de la pièce annexe financée par EntraideSanté92 et son utilisation déjà opérationnelle ; toutes les armoires de dossiers patients y ont été installées, libérant l'accueil-secrétariat, et la salle de réunion où les activités de synthèse peuvent à nouveau avoir lieu. Il reste à réinstaller un bureau avec ordinateur dans cette pièce d'archives, et rééquiper la salle de réunion.

- L'équipement mobilier de l'HDJ du CTA est très délabré, avec manque de petit matériel médical, matelas sales et défoncés, absence de draps propres... il est proposé de financer des housses de matelas lavables, et une machine à laver pour permettre le nettoyage quotidien des draps (devis en annexe). La mission a permis de fournir 2 tensiomètres, 2 stéthoscopes, et des thermomètres. Un devis pour achat d'une machine à laver automatique marque LG 7 kg a été établi sur place, pour laquelle un financement ES92 sera discuté au CA de l'association.

- Le laboratoire du CTA est fonctionnel (NFS, Créatininémie, mesure des CD4, test rapide paludisme), sauf pour la biochimie standard (transaminases) ; les prélèvements de CV sont adressés actuellement au LNR (CHU Lamordé), avec technique Roche à nouveau fonctionnelle. Il n'y a plus de réactifs pour Ag cryptocoque. Il manque également des tests de confirmation/discrimination pour le diagnostic VIH (Immunocomb) ; un contact est pris avec le laboratoire de l'HNN qui pourrait dépanner le CTA pour les réactifs transaminases et Immunocomb (Dr Daouda).

- Il y a actuellement 4 médecins au CTA, avec en plus l'activité à temps partiel du Dr Aïcha (en cours de formation DU Nutrition), ce qui permet une activité médicale suffisante pour les consultations et le fonctionnement de l'HDJ où sont pris en charge 5 à 10 patients par jour 4j/7. L'équipe infirmière reste stable, formée, et opérationnelle. L'activité de la pharmacie est toujours assurée avec efficacité et rigueur par Soueba, avec bilan précis des consommations (cf analyse de la file active CTA en annexe). Il n'y a plus aucun stock de médicaments de 3<sup>e</sup> ligne pour les quelques patients déjà en cours ; un stock « échantillon » de dolutégravir (40 boîtes) vient d'être obtenu par le Dr Yacouba Nouhou, avec lequel sont discutées les modalités d'utilisation et d'association d'ARV avec les anti-intégrases.

L'ensemble de ces réflexions sur le fonctionnement du CTA permet d'envisager une reprise prudente des inclusions de nouveaux patients au CTA, sachant cependant que chacun des 3 médecins des 3 boîtes de consultation voit en moyenne 20 patients/j 4jrs/7 ce qui est proche de la limite maximale.

### 2.2 Données épidémiologiques de la file active du CTA

Les données de la file active suivie au CTA ont été recueillies. 5000 dossiers de patients ont été créés depuis l'ouverture du CTA jusqu'en mai 2014. Il n'y avait plus de nouveaux patients pris en charge depuis à cause de difficultés

importantes de fonctionnement. Cette situation s'est améliorée et le CTA devrait à nouveau pouvoir accueillir les nouveaux patients.

- **3669 dossiers INAARV** ouverts. Depuis le début de l'année 2013, 41 patients sont décédés et 351 sont perdus de vue ou transférés. L'absence de saisie de données par un épidémiologiste ne nous permet pas de connaître le nombre précis de patients suivis non traités.
- **1731 patients ont reçu un traitement** depuis le début de l'année 2015. 1514 traitements de 1<sup>ère</sup> ligne (2 NUC+ 1 NonNUC) et 217 traitements de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> ligne.

### 2.3 Point sur la problématique de l'hygiène au CTA, et formation Hygiène des paramédicaux du CTA

Au CTA, nous avons rencontré deux infirmières et deux manoeuvres pour faire un point sur la notion générale de l'hygiène. Une courte animation type « brainstorming » a été réalisée sur ce que leur évoquait le terme « hygiène ». Puis les différents modes de transmissions ont été évoqués en mettant l'accent sur le risque de transmission manportée et les AES.

Au cours de leurs descriptions des différentes tâches de chacun en matière d'hygiène, moyens et matériel mis à disposition et aux observations de situations cliniques citées au préalable, nous avons noté des points positifs et des points à améliorer. Par ce constat des solutions ont été envisagées et proposées aux professionnels.

Au niveau du nettoyage des sols et de l'utilisation des produits, pas de problème identifié. La construction de la salle d'archive a permis le désencombrement des locaux qui devrait faciliter leurs entretien.

Concernant l'accès à l'hygiène pour les patients, des WC sont fonctionnels mais le robinet de douche est à réparer. Le CTA se charge de cette réparation. Les récipients d'hygiène (bassins, urinaux, cuvettes) sont en mauvais état.

Au cours des prélèvements nous constatons que les gants sont conservés d'un patient à l'autre jusqu'à salissure visible. Les infirmières s'engagent à changer de gants entre 2 patients puisqu'elles en ont suffisamment et à désinfecter les garrots après chaque utilisation.

Les matelas et fauteuil de prélèvements ne sont pas lavables (tissus déchirés) et l'absence de machine à laver suite à un incendie ne permet pas le lavage des draps. La fabrication artisanale par un ferronnier d'un fauteuil avec repose-bras est envisagée (devis à faire par le CTA). Le remplacement de la machine à laver et l'achat de petit matériel sera fait prochainement par Entraide santé : garrots, housses plastifiées pour matelas, cuvettes, urinal.

Concernant l'évaluation des pratiques liées aux actes invasifs, nous avons pu noter utilisation d'antiseptiques majeurs (Chlorhexidine aqueuse / Bétadine alcoolique), de dispositifs de prélèvement sécurisé (aiguille Eclipse) avec système sous vide et une bonne élimination des OPCT (aiguilles souillées) lors des prélèvements sanguins. Une fois remplies, les boîtes à aiguilles sont mises hors du poste de soins et acheminées par les manoeuvres en fin de matinée vers l'incinérateur. En revanche, il existe un risque majeur d'AES lié à la pose de perfusion : étant donné qu'il n'y a pas de cathéter au CTA, le patient achète le matériel et pour lui éviter un surplus financier, l'infirmière conserve le mandrin dans l'emballage après la pose du cathéon pour le réutiliser en cas de dysfonctionnement au cours de la perfusion.

Sur ce point nous n'avons pas d'autres solutions que la fourniture de cathéters (à voir avec le GERES). D'autre part le stock d'aiguilles sécurisées pour le prélèvement sanguin suffit jusqu'à fin décembre 2015 mais pas au delà. Il est nécessaire d'anticiper la commande d'aiguilles compatibles avec le système sous vide auprès de l'INNARV.

Enfin Solutés Hydro Alcoolique et masques de protection respiratoire type FFP2 ont été apportés au cours de la mission.

Nous espérons que cette réflexion sur l'hygiène aidera les acteurs du CTA à prendre des mesures nécessaires à son amélioration afin de préserver la santé et le bien être de tous.

### 3. Evaluation du recueil de données PTME à la Maternité Issaka Gazoby

-L'évaluation du suivi des femmes incluses dans le programme PTME de la MIG a été effectué en collaboration avec les agents de la MIG (major, CPS, sage-femmes) : plus de 400 femmes ont été incluses et suivies jusqu'au terme : 307 accouchements voie basse, 83 césariennes, 10 FCS ; pour les 250 premiers nouveaux nés vivants, 134 sont contrôlés séronégatifs à 18 mois, 2 enfants sont VIH+ (2/250).

-Le recueil de la base de données du protocole PTME ayant inclus 222 femmes (jusqu'en novembre 2013) a été poursuivi par le Dr Ramatou, et les données évaluées dans cette mission par HB :

### 4. Prise en charge et soutien de l'activité des CPS

Douze Conseillers Psycho Sociaux (CPS) formés par ESTHER, financés par Expertise France et soutenus par le RENIP, sont actuellement répartis sur les 4 sites de prise en charge des PVVIH à Niamey : Hôpital National de Niamey(HNN), Centre de traitement ambulatoire(CTA), Maternité Issaka Gazoby (MIG), Mouvement pour Vaincre le Sida (MVS). Leur statut est en ce moment en restructuration et leur financement devrait basculer vers le Fond Mondial d'ici la fin de l'année 2015.

Des rencontres sur site ont été réalisées au cours de la mission à l'HNN et au CTA afin d'observer certaines de leurs activités, leur intégration au sein des structures de soins, la traçabilité de leurs activités, l'articulation entre l'éducation thérapeutique des professionnels de santé et l'accompagnement psychosocial. L'observation des activités en présence des patients pose des difficultés car elles sont réalisées en langue Zarma ou Haoussa la plupart du temps. Nous avons assisté à une séance collective d'éducation thérapeutique animée par l'assistante sociale assistée d'une CPS et à un entretien individuel par une CPS dans le cadre d'une initialisation de traitement au CTA. Dans les 2 cas l'animation était de qualité : écoute, participation, utilisation des outils ETP d'ESTHER. Les patients étaient très satisfaits de ces échanges, surpris même de cette offre de soins où du temps, une écoute et une attention particulière leur ont été apportés. Le dossier d'ETP était renseigné : diagnostic éducatif et séance du jour.

Les outils ESTHER contenus dans la mallette ETP sont utilisés par les CPS formés à leur utilisation mais le chevalet imagier est utilisé par tous sous la bienveillance des éducateurs formés. Les cartes vrai/faux sont très utilisées mais sans tenir compte du degré de certitude de la réponse. Les cartes expression et le jeu de dés sont moins utilisés. En raison de l'absence des acteurs en pédiatrie(formation), nous n'avons pas pu être renseignés sur l'utilisation des outils destinés aux enfants.

L'intégration des CPS, l'identification des tâches et du rôle de chacun, l'articulation entre l'éducation thérapeutique et l'accompagnement psychosocial fonctionnent bien, excepté sur le site de la MIG actuellement en grande difficultés. Sur ce site, leurs activités ne correspondent pas à celles définies par leur statut pour 2 raisons identifiées : l'absence de local (celui construit par Esther étant toujours occupé par les gendarmes qui refusent de s'installer dans celui construit récemment à leur intention et la non signature des rapports d'activité par le point focal ce qui empêche le déblocage des fonds nécessaires à leurs activités mensuelles. Ces difficultés majeures ont été remontées au cours du projet pays. Elles remettent en cause le maintien de la prise en charge psychosociale eu sein de

cette structure pourtant en grande nécessité du fait du développement récent de la PTME. Actuellement les 2 CPS en place rendent les résultats des test sérologiques dans des conditions où le respect de la confidentialité est difficile. Les groupes de parole et séances d'ETP collectives organisés le vendredi soir (seul moment où l'unique salle de PTME est disponible) sont peu fréquentés par les patientes.

Une réunion de synthèse a été organisée en fin de mission avec l'ensemble des CPS.

Tous sont heureux dans leur fonction même ceux de la MIG.

Tous se plaignent du nombre insuffisant de groupes de parole car le financement des collations et frais de taxi accordés aux patients ont été réduits.

Tous conviennent qu'il est possible de multiplier leur fréquence s'il n'y a pas de compensation nécessitant un financement : le recrutement des participants peut se faire dans la salle d'attente des consultations où les patients sont là parfois plusieurs heures, selon le choix du CPS capable d'identifier les personnes ayant une problématique commune.

Enfin, un système d'alerte précoce en cas de RDV manqué est mis en place pour prévenir les ruptures de suivi. Des cartes de crédit téléphonique sont attribuées pour le rappel de ces patients avec utilisation des téléphones personnel des CPS . Il existe une confusion entre appels personnels et professionnels passés avec cette carte de crédit. D'autre part certains patients appellent le week-end ou en dehors des heures de travail raison pour laquelle certains CPS sont obligés d'éteindre leur appareil. Ne serait il pas plus judicieux de fournir un téléphone réservé à la structure pour créer une ligne d'appel centralisée, réservée aux communications professionnelles pendant les heures ouvrables ? Cela n'empêcherait pas d'orienter les communications vers la personne de confiance identifiée par le patient. Aucun des participant n'a d'objection à cette proposition.

#### 5. Suivi du projet Tuberculose (en collaboration avec le GERES)

On constate toujours un retard à la mise sous traitement antituberculeux des patients infectés par le VIH, et le défaut de protection des soignants et des patients. La tuberculose reste, et de loin, l'IO la plus fréquente chez les patients VIH, d'autant que le dépistage reste tardif avec CD4 initiaux << 200.

La mission a permis la mise en place de la plateforme GenXPertTB-RIF dans le laboratoire de Biologie Moléculaire de l'HNN ; les fiches technique et de demande d'examen ont été réalisées et les premiers échantillons analysés. (Cf rapport Geres).

Les cas cliniques de coinfection VIH-TB posant des problèmes thérapeutiques ont été discutés en staff.

#### 6. Rapport d'activité des projets GERES

##### a. Projet AES

*CR à venir*

##### b. Prévention du risque par implantation du matériel de sécurité

*- Observation des pratiques à l'HNN :*

Pour rappel, le matériel de sécurité de prélèvement sanguin a été implanté en juin 2013 dans 11 services de l'HNN.

A ce jour, l'HNN ne possède plus de système de prélèvement de sécurité (stocks de matériel épuisé), les professionnels de santé sont donc revenus aux prélèvements « à la seringue ». En

effet, une fois le sang prélevé, il est transvasé dans les tubes de prélèvements à l'aide d'une aiguille. Ce geste comporte un risque majeur d'AES.

Dans les services visités, nous avons observé la **présence** et **l'utilisation** des réceptacles pour OPCT. En pratique ce sont des réceptacles de type SAFETY BOX, généralement situés dans les postes de soins sur la paillasse / au sol ou sur un chariot dans le couloir. Ces réceptacles sont en cartons et beaucoup sont « débordants » et sont déchirés sur le bas, ce qui rend leurs manipulations dangereuses.

En revanche, on remarque que les aiguilles « type pompeuse » (donc non souillées) ne sont pas toujours éliminées dans les containers prévus à cet effet ; en demandant les raisons au personnel, nous n'avons pas d'explications franches. Nous insistons sur l'importance de leurs éliminations afin d'éviter aux personnes les plus exposées (ex : manœuvres) de se sentir « en danger » en cas de piqûres involontaires.

Enfin, il est prévu de mettre à jour la liste des référents par le comité « AES », bientôt élu, concernant les documents sur « CAT en cas d'AES » (en date de 2009 et 2013).

### c. Projet Tuberculose

*CR à venir*

## 7. Elaboration du Projet Pays 2016

L'atelier d'élaboration du projet Pays s'est tenu à l'HNN les 29 et 30 Octobre 2015, avec l'ensemble des représentants des sites partenaires. 3 axes ont été retenus :

**AXE 1 : Prise en charge des patients infectés par le VIH : « Permettre le traitement et le suivi de tous les patients infectés par le VIH à Niamey selon les nouvelles recommandations OMS 2015 ».**

- augmenter les mises sous traitement ARV, tant adultes qu'enfants et adolescents, y compris suivi de toutes les mères depuis la PTME, le maintien sous traitement des mères post-allaitement, avec suivi clinique et virologique sous Tt ARV ; organisation d'une évaluation systématique du succès thérapeutique (mesure de la CV), avec discussion multidisciplinaire de toutes les situations avec CV détectable. Organiser la prise en charge conjointe Pédiatrie – Médecine Adulte pour les jeunes et adolescents.
- Permettre le diagnostic et le traitement plus précoce dans les situations de complications opportunistes, et proposer le traitement des IO non couvertes actuellement par le programme. Soutenir la restructuration de l'HDJ du CTA, et la poursuite du suivi de l'HDJ de l'HNN.
- Renforcer la rétention dans le Soins, grâce à l'accès de tous à l'ETP, y compris pour les populations vulnérables (enfants, travailleurs du sexe, homosexuels, migrants et réfugiés) ; organiser le suivi et l'évaluation des CPS.
- Permettre une évaluation de l'activité par un recueil épidémiologique des données (recrutement d'un agent épidémiologiste) : nombre de patients ayant un suivi par CV dans l'année, % de patients avec CV indétectable, % de femmes ayant une PTME complète, nombre d'enfants non infectés avec résultat confirmé

**AXE 2 : Prévention du risque chez les soignants et les patients (+ GERES)**

- Restructurer le programme de prévention et d'évaluation des AES
- Poursuivre le programme tuberculose avec évaluation du diagnostic plus précoce de la tuberculose (technique GenXpert TB), organisation de la protection du risque de transmission nosocomiale avec optimisation du circuit patient, implantation des masques de protection.
- Organiser la production locale et la distribution du SHA, avec création d'une unité de production à l'HNN.

**AXE 3 : Accompagner le Programme d'Accompagnement PsychoSocial**

- assurer le suivi des APS/CPS dont le financement sera désormais assuré par le programme du Fonds Mondial, opéré par le RENIP+
- accompagner les CPS par un programme de formation continue des agents
- évaluer l'activité des CPS, avec recueil d'indicateurs épidémiologiques comme le nombre de perdus de vue, et le taux de rétention dans le soin.



Atelier hygiène CTA Niamey

Animateurs de l'atelier :

Charlotte Glémarec et Emmanuelle Capron, infirmières

Participants :

Yahou et Moussa manœuvres,  
Aïssata et Hadiza, infirmières.

Proposition faite au groupe de citer les mots évoquant l'hygiène. Ainsi la définition suivante a été élaborée : « Maintien et **entretien** au travers de précautions, d'un **environnement propre et sain** afin de préserver au mieux le **bien être** et la **santé** de soi et d'autrui. »

Rappel sur les principaux modes de transmission, accent porté sur le risque de transmission manuportée et AES.

Explication des tâches de chacun en matière d'hygiène, moyens et matériel mis à disposition.

**Points positifs :**

- Nettoyage en 3 temps des sols : eau savonneuse, rinçage puis eau javellisée.
- Temps pose javel respecté pour projection de sang
- Produits d'entretien (Javel et Ajax) en quantité
- Gants soins et ménage en quantité suffisantes
- Bavettes à disposition pour balayage extérieur
- Rangement et désencombrement de certains locaux (accueil, salle de réunion et salle d'archives) permettant un nettoyage facile
- Antiseptique majeur à disposition( Chlorhexidine aqueuse) : attention a respecter le temps de contact (1min)
- Disponibilité du matériel sécurisé pour le prélèvement sanguin (aiguille Eclipse)  
→ respect de l'élimination des OPCT
- Emploi de gants jetables en guise de garrot en présence de dermatoses visibles
- Accessibilité des toilettes (quatre)

**Difficultés constatées :**

- Absence de contrat de travail pour les manœuvres indemnisés par les entreprises minières
- Absences de chaussures étanches et montantes pour les manœuvres exposés
- Pas d'éponge pour nettoyage des surfaces
- Usures rapides des balais non remplacés
- Douche pour les patients non fonctionnelle (indispensable en cas de diarrhées)
- Utilisation de bassin en mauvaise état pour recueillir les vomissements

- Pas de changement de gants systématique entre 2 patients
- Manque de garrots pour permettre une désinfection systématique après usage.
- Le stock d'aiguilles de prélèvements sécurisées ne permettra pas un approvisionnement au delà de fin décembre 2015
- Mandrin des cathéters non éliminés et conservées dans l'emballage le temps de la perfusion : réutilisé en cas de KT obstrué car 1 seul fourni par le patient.
- Matelas de l'HDJ non lavables (non plastifiés)
- Plus de machine à laver : absence de draps propres depuis l'incendie de la buanderie
- Fauteuil de prélèvement déchiré rendant impossible son nettoyage
- Absence de masque de soins

### Solutions envisagées

- **Anticiper dès maintenant la commande d'aiguilles non sécurisées** pour corps de pompe auprès de l'INARV afin d'assurer le relai à moindre risque en cas de rupture des dispositifs sécurisés. Fourniture de corps de pompe à éjection d'aiguille (PRONTO) par le GERES.
- **Changement des gants entre chaque patient** (stock suffisant, pas un problème d'ordre financier)
- **Robinet douche à réparer** (à faire par le CTA)
- Achat de housses plastiques pour matelas (envoyées prochainement par Entraide Santé : ES )
- Achat d'une machine à laver (ES) : devis en cours
- **Remplacement du fauteuil de prélèvement** : soudure d'un accoudoir/gouttière artisanal sur chaise lessivable (**devis à faire par CTA et à soumettre à ES**)
- Achat d'éponges (fait ES)
- Remplacement des bassins de lit usés par des cuvettes faciles à laver (fait ES)
- Fourniture de 50 garrots (ES)
- Achat de **2 paires bottes (Taille 41 et 42 à récupérer à l'HNN auprès de Fati,** responsable service hygiène, elle est informée et d'accord pour les donner au CTA)
- Fourniture de cathéters par le GERES (étude en cours)
- Fourniture masques de soins par le GERES : étude en cours à l'HNN. Voir si possibilité d'y associer le CTA. Apport de 2 sacs de masques FFP2 lors de la mission.
- Usure des balais : la structure rigide du balai suffit au maintien de la serpillère Solutés Hydro alcoolique apporté

## ANNEXE 2

### **Détail des prescriptions des ARV en 2015 au CTA :**

AZT +3TC +NVP	1032
Truvada+EFV	381
AZT +3TC +EFV	94
ABC+3TC+EFV	4
ABC +3TC+AZT	3
Truvada+Kaletra	135
AZT+3TC+Kaletra	42
Truvada+ATZR/r	22
Truvada+AZT+Kaletra	5
ABC+3TC+Kaletra	4
Truvada+ABC+Kaletra	3
ABC+3TC+ATZR/r	1
Truvada+RALTRA+ATZR/R	1
Truvada+AZT+ATZR/r	1
Truvada+RALTRA+DARU+Rv	1
ABC+Kaletra	1
ABC+DDI+Kaletra	1
	1731

24 patients sont actuellement sous r/ATAZANAVIR et 1 sous r/DARUNAVIR. Ces ARV sont momentanément en rupture.

ANNEXE 3 : questionnaire PEC psychosociale  
Enquête sur la perception de l'accompagnement psycho social par  
les PVVIH dans les structures de soins de Niamey

**Modalités de l'enquête:**

- Lieux : structures de prise en charge des PVVIH À Niamey où l'activité des Conseillers Psycho Sociaux fonctionne selon le rapport d'activité 2015:
  - Hôpital National de Niamey
    - pédiatrie A
    - HDJ
    - Pavillon Raymond Madras
  - Centre de traitement Ambulatoire
  - Mouvement pour vaincre le SIDA
- Favoriser l'entretien et les Questions ouvertes
- Choix de l'enquêteur : non connu de l'équipe de prise en charge
- Présentation de l'enquête au patient : par un membre identifié de l'équipe en vue de l'obtention du consentement du patient, après rappel des règles de confidentialité.

Choix des patients interrogés : 4 patients de la file active sous traitement ARV, présents dans la structure le jour de l'enquête et choisis au hasard.

**Questionnaire anonyme**

1) Depuis combien de temps êtes vous suivi ici ?

2) Avez vous obtenu réponses à vos questions concernant votre maladie ou votre traitement ?

OUI

NON

Commentaires :

3) Comment vous a t on expliqué ? (plusieurs réponses possibles) :

Paroles

images

Jeux

Echanges en groupe

Autres :

4) Qu'avez vous apprécié ?

Paroles

images

Jeux

Echanges en groupe

Autres :

5) Si vous avez une question ou une inquiétude, à qui vous adressez vous en premier?

Médecin

Infirmier

Assistant social

Pharmacien

Conseiller psychosocial

Autre (Nom/Prénom ou fonction) :

Commentaire :

6) Concernant la maladie reste t il des questions pour lesquelles vous n'avez pas de réponse ?

Oui  non

Si oui dans quels domaines :

- Transmission
- Prévention
- Traitement
- Evolution
- Données des résultats des prises de sang
- Lutte contre la discrimination
- Autre

7) Avez vous déjà été en rupture de traitement ?

OUI  NON

Si oui :  Parce que vous n'êtes pas revenu à temps chercher le traitement  
 Parce que la pharmacie n'en avait plus

8) Ici, avez vous l'impression d'être soutenu / accompagné/écouté ?

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

9) Avez vous eu une visite à domicile ?

OUI  NON

Si oui, êtes vous satisfait ?

OUI  NON

Pourquoi ?

10) Acceptez vous qu'un membre de l'équipe vous appelle :

a. si vous avez manqué votre rendez vous ? OUI  NON

b. Si votre dernier examen le nécessite ? OUI  NON

Commentaire :