



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Soins et soutien socio-économique aux personnes vivant avec le VIH/SIDA à Niamey- Niger

Présenté par

ALZOUMA Abdourahamane

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé internationale

Spécialité Santé internationale

Le 30/04/09

Devant le jury composé de :

Dr. Christian MESENGE Président

Directeur du Département Santé Université Senghor

Dr. Idé MOUSSA Examineur

Coordinateur National de lutte contre le VIH/SIDA, CISLS Niger

Ph. Anne Marie MOULIN Examineur

Directeur de recherche, CNRS-CEDEJ, Le Caire

Remerciements

Je profite de cette occasion pour remercier tous ceux qui de près ou de loin, ont apporté leur soutien combien important pour l'élaboration de ce document, qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude. C'est également l'occasion pour nous de remercier précisément le Pr Anne Marie MOULIN CNRS-CEDEJ qui malgré, ses multiples occupations nous a tout au long de ce travail parfaitement encadré. Ses conseils, sa compétence, et l'importance qu'elle a accordée à ce sujet fait aujourd'hui la qualité de ce document. Qu'elle trouve ici notre profonde gratitude. Nous profitons aussi de ce moment pour remercier, le Professeur Fernand TEXIER Recteur de l'Université Senghor ainsi que Docteur Christian MESENGE Chef de département santé, qui n'a ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail. Ils nous ont sans cesse motivé, conseillé jusqu'à la fin de cette formation de Master en développement. Nous remercions également la secrétaire du département santé madame Alice MOUNIR qui durant toute l'année a été à notre service. Nous ne terminerons pas sans remercier toute l'équipe de la Coordination Intersectorielle de lutte contre le SIDA (CISLS) du Niger et en particulier :

- Docteur IDE Moussa Coordinateur national CISLS;
- Madame Assane Rakia ARZIKA contrôleur interne;
- Madame DJIBO Halimatou Directrice des ONG;
- Mr Zourkaleini Ali AMADOU Direction des ONG;
- Issa Bello MOHAMADOU Secrétaire Principal;
- Madame MAGAGI Habsatou Directrice de la communication;
- Madame MOUSSA Salamatou Documentaliste;

A toute ma famille, mes camarades et amis

ALZOUMA Abdourahamane, Etudiant de la 11^{ème} Promotion

Département Santé spécialité Santé Internationale

Dédicace

A mon père défunt Alzouma AMADOU

A ma mère Ramatou ADAMOU

A mon grand frère Amadou ALZOUMA

A ma femme Hamsatou TINNI

A ma fille Fadilatou ABDOURAHAMANE née une semaine avant mon départ pour l'Université Senghor.

Cette dédicace pour les remercier de leur soutien financier et affection durant cette formation.

Résumé

La charge de mortalité due au VIH/SIDA est sans doute la plus grande de toutes les épidémies. Malgré la forte mobilisation sociale et financière, la perte de vies humaines et le nombre d'orphelin du au SIDA ne cesse d'augmenter. Les soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA deviennent de plus en plus difficiles. Le nombre de personne perdu de vu sous traitement augmente de jour en jour. Pour tenter de comprendre les obstacles liés aux soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH, nous avons proposés de faire une étude. L'objectif de l'étude est de déterminer les obstacles que rencontrent les bénéficiaires et acteurs chargés de la mise en œuvre du programme de soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Il s'agit d'une étude rétrospective faite dans trois (3) centres de soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA au Niger. Ces centres sont pilotés par la Coordination Intersectorielle de Lutte contre le SIDA (CISLS) qui mobilise et affecte des ressources pour les soins et soutien. A travers une technique d'échantillonnage aléatoire simple et stratifiée, 104 personnes vivant avec le VIH/SIDA ont répondu aux questions. Les questionnaires ont été administrés directement ou indirectement selon que l'enquêtés sache lire ou pas.

Ainsi les obstacles sont situés à chaque niveau : les obstacles pour 55,77% des enquêtés, se caractérisent par une insuffisance de soutien nutritionnel, une insuffisance des centres de soins et de soutien aux personnes vivant avec le VIH 22,12% et le manque d'activités génératrices de revenu. Comme obstacles à la fréquentation des centres, pour 31,73 enquêtés, c'est le nombre très limité de personnes dépisté par rapport à la population totale et une insuffisance d'information. Aussi 32,69% pensent que les obstacles à la fréquentation sont liés aux occupations quotidiennes et le manque de frais de transport pour se rendre au centre de soins. Cependant même si les bénéficiaires sont satisfaits d'avoir les soins et soutien, 77% affirment que les centres ne répondent pas à leurs demandes. Et 67,65% proposent de revoir le système de prise en charge. Ils attendent une prise en charge à 100% de leurs besoins. Certains examens médicaux sont à la charge du patient. Malgré ces obstacles, les centres de soins et soutien sont performants par rapport à leurs objectifs et aux ressources mobilisées pour la réalisation des activités.

Pour améliorer les soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH et rendre plus performant le système de prise en charge, il est nécessaire de tenir compte des recommandations de cette présente étude.

Mot-clefs

Soins, soutien socioéconomique, bénéficiaire, acteurs, personnes vivant avec les VIH, Niamey, Niger

Abstract

The burden mortality of HIV / AIDS is undoubtedly the greatest of all epidemics. Despite the strong social and financial loss of life and the number of orphans of AIDS is increasing. Care and support for people living with HIV / AIDS are becoming increasingly difficult. The number of people lost on treatment increases by the day. To try to understand barriers to care and support for people living with HIV, we have proposed to do a study. The aim of the study is to identify barriers faced by beneficiaries and actors responsible for implementing the program of care and support for people living with HIV / AIDS.

This is a retrospective study done in three (3) health centers and supporting people living with HIV / AIDS in Niger. These centers are supervised by inter-sectoral coordination Fight against AIDS (CISLS), which mobilizes and allocates resources for care and support. Through a technique of simple random sampling and stratified, 104 people living with HIV / AIDS have responded to questions. The questionnaires were administered directly or indirectly depending on whether the respondents can read or not.

So, the obstacles are at each level: barriers to 55.77% of respondents are characterized by inadequate nutrition, inadequate health facilities and support for people living with HIV 22.12% and the lack of income-generating activities. As barriers to attendance centers, respondents to 31.73, the very limited number of people screened compared to the total population and a lack of information. 32.69% also believe that the barriers to attendance are related to daily and lack of transport costs to get to the clinic. But even if the beneficiaries are satisfied to have the care and support, 77% said that the centers do not meet their demands. 67.65%, offer to review the system of care. They expect care to 100% of their needs. Some medical examinations are borne by the patient. Despite these obstacles, health care and support are performing against their objectives and resources for the implementation of activities.

To improve care and support for people living with HIV and make the system more efficient care, it is necessary to take into account the recommendations of this study.

Key-words

Care, socioeconomic support, beneficiary, actors, people living with HIV, Niamey, Niger

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- **ARV** : Anti Rétro Viral
- **CCC** : Communication pour un Changement de Comportement
- **CNLS** : Conseil National de Lutte contre le SIDA
- **CISLS** : Coordination Inter Sectoriel de Lutte contre le SIDA
- **CRLS** : Coordination Régionale de Lutte contre le SIDA
- **EDS** : Enquêtes Démographiques et de Santé
- **IEC** : Information Education Communication
- **IST**: Infections Sexuellement Transmissibles
- **OMS**: Organisation Mondiale de la Santé
- **ONG**: Organisation Non Gouvernementale
- **ONUSIDA**: Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
- **PTME**: Prévention de la Transmission Mère Enfant
- **PVVIH**: Personne Vivant avec le VIH/SIDA
- **RENIP+**: Réseau Nigérien des Personnes vivant avec le VIH/SIDA

Sommaire

Soins et soutien socio-économique aux personnes vivant avec le VIH/SIDA à Niamey- Niger	i
Remerciements.....	i
Dédicace	ii
Résumé	iii
Mot-clefs	iii
Abstract.....	iv
Key-words.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés	v
Sommaire	1
Introduction	1
1 Problématique	2
1.1 Cadre logique de la prise en charge.....	6
1.2 Objectif général	7
1.3 Activités à réaliser	7
1.4 Résultats attendus.....	8
1.5 Définition des concepts	8
2 Revue bibliographique.....	9
2.1 Transfert de connaissance entre patient et praticien	9
2.1.1 Suivi des indicateurs de processus de prise en charge.....	9
2.1.2 Ressources humaines.....	10
2.2 Accès universel à la prise en charge du VIH/SIDA.....	10
2.2.1 Accès à la prise en charge et problème d'observance	11
2.2.2 Atteindre l'objectif de l'accès universel.....	12
2.3 Les programmes de traitement antirétroviral des patients en Afrique subsaharienne	12
2.3.1 Etudes des prix des ARV pour les pays à faibles revenus et à faibles et moyens revenus	13
2.3.2 Les nouveaux ARV sont inabordables pour les pays en développement.....	14
2.3.3 Amendement de la loi sur les brevets interdisant la copie des médicaments en Inde.....	14
2.4 Action de la société Canadienne et Brésilienne sur le VIH/SIDA et la santé mondiale.....	15
2.4.1 Action de la société civile canadienne.....	15
2.4.2 Action de la société civile Brésilienne de la lutte contre le VIH/SIDA	16
2.4.3 Participation des personnes vivant avec le VIH dans la lutte contre le SIDA	16

2.4.4	La mise en œuvre des activités de soins conseils et soutien socioéconomique aux personnes vivant avec le VIH/SIDA au Niger	17
2.4.5	Évaluation de la satisfaction des clients en consultation au centre hospitalier universitaire de Cocody Abidjan	17
3	Population et méthodes.....	18
3.1	Contexte de l'étude.....	18
3.2	Population et échantillon	18
3.2.1	Population	18
3.2.2	Echantillon.....	19
3.3	Les méthodes de l'étude	20
3.3.1	Type d'étude	20
3.3.2	Plan d'analyse.....	20
3.3.3	Les indicateurs du cadre logique.....	21
3.4	Les outils de collectes de données.....	21
3.4.1	Le questionnaire.....	21
3.4.2	Le guide d'entretien.....	22
3.4.3	Le logiciel pour le traitement des données	22
3.4.4	La contribution du stage pour la rédaction du mémoire	22
3.4.5	Les difficultés rencontrées.....	23
4	Résultats	24
4.1	Identification	24
4.1.1	Les différents centres de soins et soutiens socio-économiques des personnes vivant avec le VIH/SIDA	24
4.1.2	Situation matrimoniale des enquêtés	24
4.1.3	Profession des enquêtés.....	25
4.1.4	Niveau d'instruction.....	25
4.2	Soins et soutien socio-économique des personnes vivant avec le VIH/SIDA.....	26
4.2.1	Temps de découverte du statut sérologique	26
4.2.2	Temps d'attente au centre de prise en charge des PVVIH/SIDA	27
4.2.3	Accueil dans les centres de soins et soutien des PVVIH	27
4.2.4	Les services reçus dans les centres de soins et soutien aux PVVIH.	28
4.2.5	Rapport des enquêtés avec les responsables des centres et les obstacles rencontrés ...	29
4.3	Fréquentation des centres de soins et soutien des personnes vivant avec le VIH	30
4.3.1	Opinions des enquêtés sur la nécessité de fréquenter les centres	30
4.3.2	La présence régulière dans les centres	31
4.3.3	Les moyens de transport des enquêtés	32

4.3.4	Les obstacles liés à la fréquentation des centres de soins et soutiens des PVVIH	33
4.4	Les besoins et demandes des enquêtés	33
4.4.1	Les besoins en soins et soutien des enquêtés	33
4.4.2	Les centres par rapport à la demande des enquêtés	34
4.4.3	Le respect des rendez-vous, le suivi et la collaboration avec les structures des PVVIH ..	35
4.4.4	Soutien de la famille aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.....	36
4.5	Les acteurs chargés du programme de soins et soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA	39
4.5.1	Les besoins et problèmes des centres de soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA selon les acteurs	39
4.5.2	Fréquentation et conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA selon les acteurs 40	
4.5.3	Les stratégies adoptées	40
4.5.4	Suggestions	40
4.5.5	Discussion.....	42
5	Conclusion	45
6	Recommandations	46
7	Proposition d'une campagne de contribution volontaire pour l'amélioration des conditions alimentaires des PVVIH	47
8	Bibliographie	50
9	Liste des illustrations	52
10	Liste des tableaux	52
11	Annexes	54
11.1	Annexe 1 : Questionnaire adressé aux bénéficiaires des soins et soutien socioéconomique des centres de soins.....	54
11.2	Annexe 2 : Guide d'entretien adressé aux agents de santé	59

Introduction

La lutte contre la pauvreté amène les Etats africains à adopter les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ces objectifs composés d'indicateurs et de cibles résultent des déterminants sociaux comme la santé, l'économie et l'environnement. Cependant, il y a une interaction très forte entre la santé et le développement économique. Selon (Barthélemy, 2008) « les progrès de santé et le développement économique sont deux variables, qui peuvent conduire une économie alternativement dans un piège de sous développement ou dans une spirale vertueuse de décollage économique ». Ainsi, les progrès en matière de santé ont joué un rôle très important dans le développement des Etats du nord. Par contre, les Etats africains ont des difficultés à faire progresser leurs systèmes de santé, par conséquent ont connu un retard considérable. L'une des causes de ce retard qui pèse continuellement sur le développement des pays africains est la pandémie du VIH/SIDA. L'Afrique subsaharienne regroupe plus de 75% (ONUSIDA, 2008) des cas de décès dans le monde ce qui porte un coup fatal à l'économie des pays en développement. Du coup, la lutte contre le VIH/SIDA est devenue une priorité surtout pour les pays en voie de développement.

Le Niger pour sa part, depuis 2002, a adopté une nouvelle orientation de la lutte contre le VIH/SIDA basée sur la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP). Cette nouvelle orientation, est marquée par l'élaboration d'un cadre stratégique national de lutte contre le SIDA. L'un des principaux objectifs vise à réduire l'impact du VIH sur les familles, les communautés et les secteurs socioéconomiques de la prise en charge. La mise en œuvre du cadre stratégique national de 2002 à 2006 a permis d'avoir des résultats sur la prévention tout comme sur le traitement. Mais les insuffisances et les faiblesses de ce cadre, favorisent l'élaboration d'un nouveau cadre stratégique national pour les années 2007 à 2012. Ce cadre toujours en application devrait apporter des solutions aux insuffisances du précédent à savoir :

- l'insuffisance d'approvisionnement et de gestion des stocks de réactifs et de consommables ;
- absence de politique nationale en matière d'approvisionnement et de distribution des préservatifs ;
- mauvaise expression des besoins (spécification technique et quantification) ;
- extrême mobilité des ressources humaines ;
- insuffisance dans le partenariat public privé en matière de prise en charge ;
- difficulté à identifier les bénéficiaires en raison de la discrimination dont sont victimes les PVVIH ;
- difficulté à coordonner l'ensemble des interventions tant en terme d'activités que de financement des activités.

Ainsi, cette étude a pour objet de déterminer : d'une part les obstacles liés aux soins et soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA par rapport à la fréquentation des centres de soins et soutien et d'autre part l'accès aux soins et soutien socioéconomique dans les centres, ainsi que la performance des structures participant à la mise en œuvre du programme de prise en charge (aspect soins et soutien des PVVIH).

La conclusion et les recommandations de cette étude vont permettre de connaître les opinions des bénéficiaires et acteurs sur les soins et le soutien des centres afin d'améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

1 Problématique

Le syndrome de l'immunodéficience acquise a suscité et continue de susciter des questions qui préoccupent le monde entier et dont certains demeurent jusqu'à présent d'actualité. Par exemple, comment guérir du VIH/SIDA ? Malgré les efforts déployés et les moyens dont disposent les acteurs et intervenants, le SIDA perdure.

Depuis la découverte du SIDA en 1987 au Niger, le nombre des cas ne fait que s'accroître de jour en jour. Ainsi, de 17 millions de personnes atteintes en 1994, l'épidémie passe à 33,2 millions [30,6 – 36,1] de personnes vivant avec le virus dans le monde en 2007.

L'Afrique Subsaharienne est la région la plus touchée par cette maladie : 22,5 millions [20,9-24,3] des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en 2007 et 1,7 [1,4-2,4] millions de nouvelles personnes infectées en 2007. Au Niger, de 18 cas en 1987, l'épidémie passe à 453 cas en 1993 et atteint 143000 cas en 2002 (MSP, 2002).

Dans le cadre de la connaissance et de la prévention de cette épidémie plusieurs activités ont été réalisées.

Des techniques d'information ont été élaborées en IEC (Information-Education-Communication). Les spécialistes en communication par des séances de sensibilisation informent la population sur les modes de transmission et l'utilisation des moyens de prévention contre le SIDA. L'IEC est un processus qui utilise ou combine les démarches, les techniques et les ressources de l'Information, de l'Education et de la Communication. L'objectif de cette méthode est d'obtenir un changement ou une consolidation de comportement volontaire et durable au niveau d'un individu ou d'un groupe d'individus. Ce changement va dans le sens d'une amélioration de la qualité de la vie au plan individuel ou collectif.

Une autre approche plus ciblée reposant sur de nouvelles techniques dans le domaine de la communication : la communication pour un changement de comportement (CCC). Elle permet également de promouvoir l'ensemble des pratiques et attitudes à non risque dont la fidélité, l'utilisation des préservatifs et l'abstinence. Il s'agit, à travers des supports de communication de donner aux individus le maximum d'informations sur les dangers pour la santé. Les supports tels que les affiches,

les bandes audio-visuelles, les pièces théâtrales, les chansons, les tee-shirts, ont, pendant plusieurs années, servies à la sensibilisation de la population. Dès lors, il ne s'agit plus seulement d'informer ou d'éduquer les populations, mais d'agir sur leurs attitudes pour faire adopter un comportement à moindre risque. La différence entre la CCC et l'IEC se trouve au niveau de la stratégie d'accompagnement. La technique de changement de comportement permet d'aider le sujet à franchir les différentes étapes. C'est un processus qui comporte des étapes « prise de conscience du problème prise de conscience du risque personnel ; acquisition des moyens de protection ; tentatives d'adoption du nouveau comportement ; maintien du nouveau comportement au fil du temps » (Bandura, A. 1995). Ces techniques d'informations ont apporté des résultats significatifs sur la connaissance et la prévention de cette épidémie.

Néanmoins cela ne veut pas dire que les problèmes sont résolus à tous les niveaux. Aujourd'hui la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA devient un problème crucial dans la lutte contre le SIDA.

Plusieurs études ont été réalisées pour tenter de trouver des solutions ou stratégies pour faciliter l'accès à la prise en charge (par un financement du Fond Mondial, la CISLS offre gratuitement les services de soins et soutien socio-économique dans les centres hospitaliers ou dans certaines ONG).

Une étude réalisée en 2007 au Kisumu, (Kenya), montre qu'il y a des facteurs qui peuvent influencer la qualité d'une prise en charge comme : la faible participation des ménages aux services de prise en charge palliative, la stigmatisation, le manque de formation des infirmiers et des agents de santé communautaire, les maigres ressources des PVVIH et les politiques nationales (Setswe & al, 2007).

Les ménages ne sont pas suffisamment équipés pour un suivi et accompagnement des malades. D'une part, à cause de la pauvreté et d'autre part en raison du manque d'expérience dans le cadre du suivi des malades. Beaucoup de PVVIH perdent ou reçoivent tardivement un suivi ou un soutien de la part de leurs parents pour des raisons liées à la stigmatisation.

L'organisation du suivi est l'un des piliers fondamentaux du traitement du VIH/SIDA. Les soins quels soient médicaux ou thérapeutiques doivent permettre d'établir avec le patient et son entourage, une relation de confiance facilitant le suivi. Elle permet également de prendre en compte les problèmes liés à l'insertion sociale des PVVIH ainsi que ceux psychologiques.

Le suivi médical d'un patient recevant un traitement antirétroviral ayant permis l'obtention d'une indétectabilité de la charge virale ne se limite pas au contrôle régulier de critères immunovirologiques d'efficacité et à la surveillance des effets indésirables directement liés aux antirétroviraux. Un soutien à l'observance est essentiel (DGS & ANRS, 2006). En effet, la prise en charge en termes de soutien psychologique et médical, en famille, à l'école et au sein de la communauté, est d'une très grande nécessité pour les PVVIH. Les soins palliatifs doivent être accompagnés par le soutien familial qui permettra d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Dans nombreux pays africains l'accès à la prise en charge palliative, est limité à des patients qui ont une diarrhée, des douleurs chroniques et d'herpes génital. Mais dans certains pays, comme l'Ouganda, le Kenya, un très bon

système est mis en place à travers une approche multidisciplinaire. La participation communautaire à la prise en charge est visible (Watson DB et al, 2008). En dehors du soutien financier des bailleurs de fond, les ménages contribuent aux frais des services socio sanitaires des personnes vivant avec le VIH/SIDA à travers des mutuelles.

Sans le soutien des bailleurs, tels que le Fond Mondial et la Banque Mondiale, il serait difficile pour beaucoup d'Etats d'assurer les soins et le soutien maximum aux PVVIH. Une étude réalisée en Mozambique et au Malawi, montre que pour prévoir un traitement ARV pour 1000 patients, il faudrait un à deux techniciens, deux à sept infirmiers, un à trois pharmaciens. En fin 2005, en Mozambique 199 000 personnes désirent un traitement ARV avec une insuffisance d'agents de santé. Le Mozambique occupe le dernier rang parmi les pays ayant un taux de séroprévalence supérieur à 5% et avec moins de deux infirmiers pour 1000 personnes (Ooms et al ; 2007).

L'importance et le rôle que peuvent jouer les agents de santé communautaire nécessitent une révision et un développement des politiques nationales sur les besoins de soins palliatives.

Une autre étude réalisée en Ouganda montre que les conditions de travail et les motivations du personnel sont des facteurs influents pouvant avoir un impact considérable dans la lutte contre le VIH/SIDA. La motivation se définit comme étant le degré de volonté d'un individu de faire et de maintenir un effort en vue d'atteindre un objectif. Comme facteurs, nous avons entre autres l'aspect physique, les relations avec les collègues, les gestionnaires, la rémunération, la promotion, la sécurité de l'emploi et la responsabilité. Ainsi les milieux hospitaliers sont aussi influencés par les perceptions et les expériences du personnel sur le VIH/SIDA (Dieleman et al, 2007).

Pour le cas du Niger, l'enclavement devrait être un facteur qui limite la propagation du SIDA, mais elle devient plutôt un facteur qui facilite l'épidémie, dans la mesure où avec 7 pays limitrophes et de forts mouvements migratoires dus à la pauvreté, mais également aux échanges commerciaux avec les pays côtiers, un nombre important de carrefours routiers et commerciaux sont devenus des foyers potentiels d'expansion de l'épidémie (CISLS, 2006). Le taux de séroprévalence, bien qu'étant faible, (0,7 %) est une très grande préoccupation en raison de la forte exposition des jeunes.

En 2003, la création de l'Initiative Nigérienne d'Accès aux ARV (INAARV) devrait permettre de faciliter l'accès à la prise en charge des PVVIH. Malgré la gratuité de la prise en charge beaucoup de régions restent non desservi en ARV, et l'inaccessibilité des PVVIH à certains services sociaux de base. La région de Tillabéry ne dispose pas de Centre Régional Hospitalier (CHR), ce qui ne facilite pas la conservation des produits.

L'INAARV a pour objectif d'améliorer la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de faciliter la disponibilité et l'accessibilité des ARV. En 2006, 1955 patients ont initié les ARV dont 952 hommes et 1003 femmes (CISLS, 2006).

La mise en œuvre des activités de prise en charge au Niger est assurée par l'INAARV et certains ONG et Associations telles que SOLTHIS et le Réseau Nigérien des Personnes vivant avec le VIH (RENIP+). Un Plan National Multisectoriel de lutte contre les IST/VIH/SIDA couvrant la période 2003-2006 a été

élaboré au Niger par la coordination intersectorielle de lutte contre le SIDA. Ce plan s'inscrit dans le cadre du renforcement du système de soins-conseils et a pour objectif de développer et d'intégrer de soins-conseils IST/VIH/SIDA de qualité à travers un réseau aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

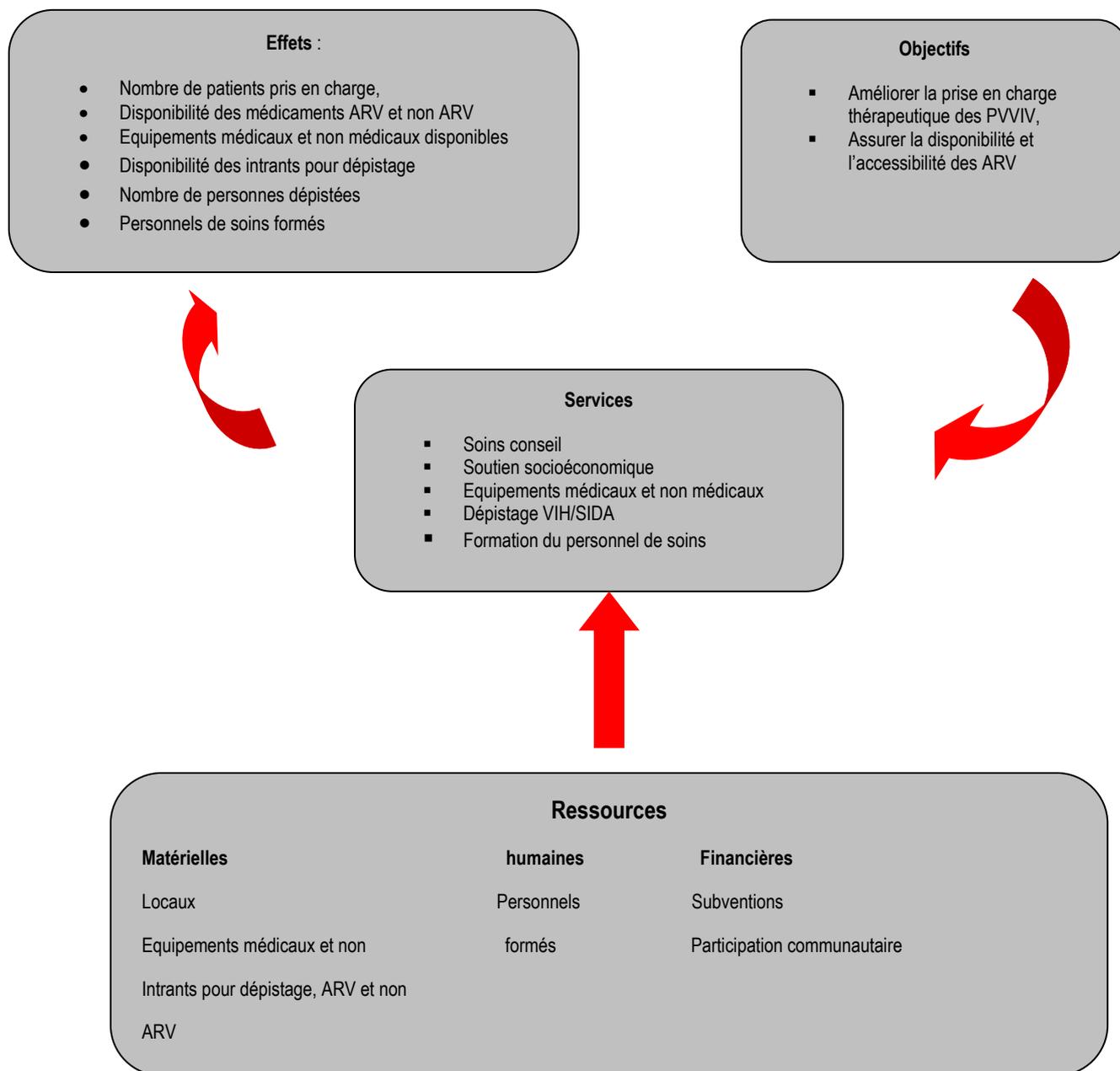
Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge, plusieurs activités ont été réalisées allant des infrastructures et équipements de laboratoire aux formations et consultations. Ainsi, entre 2003 et 2006, 152 667 599 FCFA ont été investis dans les médicaments anti-IST et anti-infections Opportunistes (IO). Le coût des formations s'élève à 120 901 031 FCFA. Le personnel de santé est formé en prise en charge des IST, en prise en charge des Infections Opportunistes (IO) et en prescription des ARV.

Les ressources humaines et matérielles ont été allouées aux institutions chargées de la mise en œuvre. Les hôpitaux sont équipés et ravitaillés en intrants pour dépistage et en ARV. En effet 20,6% des malades de l'Hôpital National de Niamey sont sous traitement ARV, 47,4% reçoivent des ARV au Centre de Traitement Ambulatoire (CISLS, 2006). Les autres centres prescripteurs ont très peu de malades sous ARV c'est le cas de l'Hôpital Régional de Dosso avec seulement 2,1% et l'Hôpital Régional de Poudrière avec 3,4%.

Toujours dans le cadre des soins et soutien faites aux personnes vivant avec le VIH, la CISLS dans son Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA au niveau des axes stratégiques 3 et 4, s'est donné pour objectif d'assurer la prise en charge médicale correcte des adultes et des enfants infectés par le VIH y compris le suivi biologique. Et de réduire l'impact du VIH sur les familles, les communautés et les secteurs socio-économiques. Avec comme action prioritaire l'approvisionnement régulier des sites PEC (Prise en Charge) en médicaments pour le traitement des IO, la formation du personnel à la gestion des stocks des médicaments, (CISLS, 2008).

Cependant, les soins, thérapeutique ou psychologique sont financées conjointement par l'IDA et le Fond Mondial qui jusque là assure la gratuité de l'essentiel des fournitures et médicaments. L'INAARV à sa création avait essayé de créer une caisse de solidarité nationale contre le SIDA qui serait alimentée par les contributions volontaires et des taxes de solidarité. Cela n'est jusqu'aujourd'hui pas disponible, la caisse avait été proposée mais jamais effectué.

1.1 Cadre logique de la prise en charge



Malgré la réalisation et l'appui des bailleurs de fond, des problèmes comme les observances et les perdus de vue subsistent. Le caractère tardif des soins et du soutien est lié au fait que les patients découvrent leur séropositivité à un stade très avancé voire même trop tard pour certains. Cela est dû au fait qu'en majorité, les patients font le test de dépistage seulement à un moment où ils commencent à développer la maladie ou souvent après avoir fait le tour des guérisseurs. Ainsi en décembre 2004, 100 patients ont initié le traitement antirétroviral et trois ans après 3762 patients ont initié le traitement ARV. Plus le nombre de patients sous ARV augmente, plus le nombre de patients perdus de vue sous traitement ARV augmente.

Les patients perdus de vue sont des patients initiés au traitement et qui trois mois après leur dernier rendez vous, disparaissent en interrompant leur traitement. A cela vient s'ajouter le problème de la décentralisation des soins des PVVIH. Certaines régions n'ont pas commencé à dépister et traiter les PVVIH c'est le cas de la région de Tillabéry. Ainsi comme objet de notre étude, nous nous intéressons aux soins et soutien faites aux personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les centres de soins au Niger.

Au regard de tout ce qui précède nous cherchons à savoir par exemple: quels sont les obstacles à la mise en œuvre des stratégies de soins et soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA?

La réponse à ces questions nous invite à émettre les hypothèses suivantes :

La qualité des soins faite aux PVVIH au Niger peut être déterminée par les conditions de prestations de services dans les différents centres de soins et soutien aux PVVIH.

Le rythme de fréquentation des centres de soins pour les PVVIH, dépend de la manière dont les PVVIH perçoivent ces centres.

1.2 Objectif général

L'objectif de notre étude était de faire une étude sur les soins et le soutien socio-économique faite aux personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les centres de soins.

Objectifs spécifiques :

- Améliorer la qualité des soins et soutien socio sanitaire dans les centres de soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Niger.
- Déterminer les obstacles que rencontrent les bénéficiaires et acteurs chargés de la mise en œuvre du programme de soins et soutien aux PVVIH.

1.3 Activités à réaliser

Faire des entretiens avec un questionnaire et un guide d'entretien auprès des bénéficiaires et acteurs de la prise en charge ;

Participer aux activités du centre

Rédiger un rapport de stage

1.4 Résultats attendus

- Les obstacles liés aux soins et soutien des PVVIH sont connus;
- Les stratégies utilisées sont reconnues ;
- Un rapport de stage est rédigé ;
- Faire des perspectives d'amélioration des soins et soutien aux PVVIH.

1.5 Définition des concepts

Soins, c'est l'ensemble des activités assurées par le personnel infirmier et les auxiliaires de santé (LAROUSSE, 2005). Dans le cadre de notre étude nous utilisons le concept soin pour désigner le traitement et le suivi du patient.

Soutien, selon le dictionnaire LE ROBERT, veut dire action ou moyen de soutenir. C'est une aide, un appui, une protection ou un secours ((NOUVEAU PETIT ROBERT, 2004). Nous utilisons ce concept pour parler d'une aide sociale ou économique aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Bénéficiaire désigne une personne qui bénéficie d'un avantage, d'un droit, d'un privilège (NOUVEAU PETIT ROBERT, 2004). Le concept de bénéficiaire dans notre étude désigne toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA qui reçoivent de manière régulière un soutien que ce soit en terme de soins, conseils ou autres soutiens sociaux économiques dans les centres de prise en charges.

Acteur est une personne qui prend une part active et joue un rôle important. Nous définissons l'expression acteur comme toute personne ou groupe de personnes qui prend une part active, c'est-à-dire qui fait quelque chose (ou qui est supposée faire quelque chose), au niveau d'une ou plusieurs actions élémentaires de l'intervention.

Offre socio sanitaire nous utilisons les concepts offre socio sanitaire pour désigner les prestations de service dans le cadre du traitement tout comme celui du soutien psychologique et économique des personnes vivant avec le VIH/SIDA

2 Revue bibliographique

2.1 Transfert de connaissance entre patient et praticien

Les politiques de prise en charge dans le cadre de la santé précisément du VIH/SIDA restent toujours une préoccupation pour plusieurs intervenants. Ainsi, dans les multiples stratégies proposées il y a celles qui mettent l'accent sur <<le transfert de connaissance>> entre patient et praticien.

La décision d'un patient pour débiter un traitement du VIH/SIDA a été proposée comme un élément de la pratique clinique pour mettre en évidence le choix du patient et la prise de décision. Le praticien doit informer le patient sur la maladie et attendre que le malade prenne lui-même la décision d'adhérer au traitement. Cela permet d'aider le patient à comprendre les soins qu'il reçoit et de lui donner également les informations sur le risque et les avantages de certaines options thérapeutiques. Ainsi, une fois que le patient ait été informé que s'il ne respecte pas les heures de prise de médicament, sa maladie va se compliquer, il sera plus attentif aux conseils du praticien.

Le transfert de connaissance, entre patient et praticien, permet également d'intégrer les valeurs du patient dans la pratique clinique. Avant de commencer tout traitement, le patient et le praticien vont s'entendre sur les heures de prise de médicament. Les rendez-vous seront fixés en fonction des habitudes et de la zone de résidence du patient. Cela permettra d'éviter les prises discontinues des médicaments.

Les patients seront impliqués dans le processus de prise de décision, s'ils le désirent dans un cadre de partenariat entre le patient et le praticien qui prend en compte les droits et devoirs de toutes les parties concernées (Duika Burges Watson et al ; 2008). Même si certains partagent cette vision qui selon eux facilite le traitement, d'autres par contre pensent que les patients ont une vision irrationnelle et ne peuvent pas comprendre le sens des informations données. Ils pensent que les patients peuvent modifier les décisions par leurs connaissances limitées sur la maladie, ce qui veut dire que l'idée de transfert de connaissance pour une prise de décision serait difficile dans la pratique. L'adhésion du patient pour le praticien dans la prise de décision dans le cas d'une prise en charge du VIH est capitale en termes de surveillance et de consultation.

2.1.1 *Suivi des indicateurs de processus de prise en charge*

Des auteurs comme (Philippe & al, 2007) Comité de coordination de l'évaluation clinique dans « lecture critique des indicateurs de qualité des soins » voient le problème de la prise en charge non pas en termes de partage de prise de décision mais plutôt comme un indicateur du processus de prise en charge. A travers une interview des experts et une revue de la littérature qui comprend les

recommandations de la prise en charge tirées de la revue médicale de l'assurance maladie, les indicateurs traitent de : l'accès des patients à l'information, examen d'un patient médicaux et les examens, les tests de laboratoire, les diagnostics, les traitements, le suivie, l'éducation pour la santé. Comme exemple d'indicateurs dans le cadre du VIH/SIDA nous avons : le pourcentage, parmi la population les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH au cour des douze (12) derniers mois et qui en connaissent le résultat. Toujours comme indicateur il y'a le pourcentage d'hommes et de femmes atteints d'infections sexuellement transmissibles se rendant dans un centre de santé et y recevant un diagnostic, traitement et des conseils appropriés.

2.1.2 Ressources humaines

Bien que les ressources humaines ne soient pas citées comme un indicateur de qualité de processus de prise en charge du VIH, elles sont d'une grande importance.

Il est plus facile de remédier une pénurie de médicament avec un financement extérieur que de remédier un manque d'agents de santé. En effet même si on investi dans la formation des agents de santé leur maintien dans les centres de santé en Afrique représente un grand problème. La forte mobilité des agents de santé et leurs inégales répartitions dans les régions restent toujours un défi pour les dirigeants. Pour Jean-Pierre Olivier de Sardan «la santé publique devient pour les médecins africains la voie royale pour quitter les soins et être recrutés par des organisations internationales ou au minimum, par l'administration de la santé» (Sardan J. P, 2000).

L'urgence dans une situation de crise sanitaire c'est d'abords les ressources humaines et les programmes avant l'augmentation de la charge. Cela veut dire qu'il faut d'abord s'assurer de la qualité de formation des agents de santé. L'insuffisance de ressources humaines dans le cadre de la santé est une réalité dans tous les pays africains. Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA dans beaucoup de programme les salaires des agents sont payés par un financement international. Les Etats ne disposent pas assez de ressources économiques pour couvrir le salaire des agents de santé. Le Mozambique et le Malawi sont cités comme exemples dans l'étude réalisée par Ooms G, et al «Medicines without doctors: why the Global Fund must fund salaries of healthworkers to expand AIDS treatment» (Ooms G, et al 2007). Il ressort de cette étude que pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) le Mozambique doit multiplier par sept le nombre d'agents de santé pour 1000 personnes soit $0,36 \times 1000$.

2.2 Accès universel à la prise en charge du VIH/SIDA

En juillet 2005, en Ecosse, les dirigeants du G8 se sont engagés à garantir un accès universel aux traitements contre le SIDA avant 2010. Cet engagement a aussi été repris par tous les pays au sommet mondial de 2005. Cela a été rendu facile surtout grâce au plaidoyer des personnes vivant avec le VIH. Des lors certains plans d'actions nationaux de lutte contre le SIDA, ont été orientés vers une cible maximale qui tourne autour de l'équité, l'accessibilité à une prise en charge durable du VIH/SIDA.

Désormais l'accès au traitement contre le SIDA doit être possible pour tous sans distinction de sexe, richesse, ethnie. L'accès au traitement doit également être effectif pour tous en termes d'installation, d'information ainsi qu'en termes de traitement ou de coût. Toutes les parties prenantes doivent participer aux activités de prévention et de soins pour assurer une durabilité des actions entreprises. Les bénéfices qu'on peut tirer de l'accès aux traitements et surtout d'ordre socioéconomique notamment son apport direct au PIB. En effet l'accès au traitement permet de maintenir les malades en vie et de les faire contribuer à la production du pays. Sur le plan social le bénéfice peut être observé comme la diminution du nombre d'orphelins du SIDA.

En Afrique subsaharienne la couverture de la thérapie ARV est de 28% en décembre 2006. Pour les enfants de moins de 15 ans recevant un traitement dans une population estimée à 680000 {510000-890000} la couverture est de 13% (ONUSIDA, 2007).

Pour la commission du VIH/SIDA et de la gouvernance en Afrique, lors du congrès international pour la validation des produits pharmaceutiques en fonction du risque, «le coût du VIH/SIDA pour les sociétés et les économistes est beaucoup plus grand que celui quantifié généralement par les économistes, de ce fait les bénéfices découlant du traitement des malades seront également plus importants, une fois que l'on pourra comptabiliser précisément les pertes» (Santé-Canada, 2005).

L'accès universel au traitement du VIH/SIDA n'est pas une tâche facile. Même si certains pays avancent dans leur programme, d'autres par contre restent figés. Malgré l'amélioration du financement, le programme d'accès universel au traitement rencontre d'énormes difficultés telles que : l'insuffisance d'infrastructure de soins de santé, la qualité des services, le manque de ressources humaines, la faible motivation des agents de santé et une insuffisance de formation des agents.

2.2.1 Accès à la prise en charge et problème d'observance

Pour accélérer l'accès à la prise en charge, un partenariat public et privé a été mis en place surtout pour favoriser l'accès aux ARV. Ce partenariat comprend les institutions des Nations Unies et grandes compagnies pharmaceutiques. Ainsi, le tarif pour traiter un malade pendant un an a considérablement baissé. De 10 000 à 12 000 dollars, les prix ont chuté jusqu'à 500 à 800 dollars (ONUSIDA, 2002). Ce qui a permis la distribution des ARV. Mais ce programme d'élargissement rencontre un certain nombre d'obstacles liés à la capacité d'abord des systèmes de santé et ensuite de l'adhésion des patients à un traitement ARV. De faire en sorte que les malades prennent tous les médicaments, comme cela a été prescrit.

L'observance du traitement est l'un des points les plus importants de l'échec ou de la réussite d'un traitement ARV. Si un patient est soumis à un traitement antirétroviral et qu'il ne respecte pas le temps et la dose des produits, le risque que le traitement échoue est très élevé. L'ONUSIDA a révélé que deux variables modifiables associées à l'échec étaient significatives : la dépression active et l'abus des substances, y compris l'alcool (ONUSIDA, 2002). Cela montre la nécessité d'un soutien psychosocial permanent avant et pendant le traitement.

La prise en charge dépasse largement la fourniture d'ARV. Elle comprend des volets tels que : les services de conseil et tests volontaires, la prévention et le traitement de la tuberculose et d'autres infections, le traitement des maladies liées au VIH, les soins palliatifs, une bonne alimentation, le soutien social et le respect des droits de la personne humaine.

2.2.2 Atteindre l'objectif de l'accès universel

L'accès universel aux services de prévention, de traitement de soins et d'appui signifie sauver des millions de vies humaines.

Selon les projections des études réalisées, 62,3% de nouveaux cas d'infection sont à prévoir entre 2005 à 2015. Cela montre qu'il est nécessaire de mettre sur pied un programme de prévention exhaustif qui pourrait prévenir 31,1 millions d'infections.

Pour diminuer la mortalité des personnes infectées, le nombre de nouvelles infections, il est nécessaire d'améliorer simultanément l'accès aux traitements anti-rétroviraux et la prévention. Les personnes qui reçoivent le traitement ne sont pas en mesure de transmettre la maladie. L'amélioration des services permet également d'économiser des sommes d'argent. Ainsi, chaque fois qu'on évite une infection, permet d'épargner 4700 dollars.

Le programme de prévention exhaustif pourrait faire économiser plus de 140 milliards de dollars en frais de santé d'ici 2015 (PAUL Thomas ; JHON W. Foster, 2006). La réussite du programme d'accès universel au traitement du VIH/SIDA repose en grande partie sur le soutien de la communauté internationale. Le financement national dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA au Niger en 2007 était de 1 316 304 dollars US contre 22 164 320 dollars pour le financement extérieur (CISLS, 2007). Les pays les plus riches doivent apporter leur appui pour faire bénéficier les pays à faible revenu.

Après « l'initiative 3 x 5 » lancé par l'OMS en 2003, qui prévoyait l'accès au traitement des ARV en 2005, de nouveaux engagements ont été formulés. Parmi ces engagements il y a la déclaration politique du 2 juin 2006 qui a prévu de « continuer de déployer tous les efforts nécessaires pour intensifier la riposte globale et durable élaborée par les pays afin de mener toute une gamme d'activité multisectorielle (...), le but étant de réaliser l'objectif de l'accès universel d'ici à 2010 ». (PAUL Thomas ; Foster W, 2006). Malgré ces dispositifs, l'accès universel aux ARV est très difficile pour certains pays, les programmes de lutte contre le SIDA n'arrivent pas à dépister un nombre important de personnes. Aux problèmes de manque de réactifs viennent s'ajouter celui du refus de la population pour faire le test de dépistage.

2.3 Les programmes de traitement antirétroviral des patients en Afrique subsaharienne

Une étude a été réalisée sur les programmes de traitement antirétroviral (Sidney Rosen et al, 2007) portant sur les patients qui ont initié très tôt un traitement antirétroviral.

L'analyse repose sur 32 rapports publiés avec une cohorte de 33 patients sur un total de 74,289 répartis dans 13 pays.

Pour toute l'étude, 77,5% des patients sont placés sous traitement antirétroviral en moyenne au 9eme mois. Cette étude a démontré que le nombre de perdus de vue et le nombre de décès occupent respectivement 56% et 40% des prises discontinues des ARV. Le taux moyen des prises discontinues des ARV est de 79,1% et 75,0% pour respectivement 6, 12 et 24 mois. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, beaucoup de patients sous traitement ARV meurent avant dix (10) ans de traitement. La plus part de ceux qui décèdent ont été dépistés à un moment où le traitement ARV n'était pas valable parce qu'ils sont à un stade avancé de la maladie. Ce qui explique le nombre important de prise discontinue d'ARV dont il est difficile de connaitre les motifs. Ainsi les meilleurs programmes de traitement antirétroviral retiennent 85% des patients qui ont 24 mois de suivi tandis que les programmes qui ne sont pas bien élaborés ne retiennent que 46%. Plus le temps rapporté est court plus le taux de prise discontinue des ARV est très élevé. Aussi plus le temps rapporté est plus long plus le taux de prise discontinue des ARV est très faible.

En effet les programmes d'ARV en Afrique ont identifié et placé sous ARV 60% de leurs patients à la fin des 2 ans. On retient également que les perdus de vues et les cas de décès constituent en majorité les causes de prise discontinue d'ARV. Dès qu'on repère les procédures des patients, on comprendra bien les perdus de vue. Pour améliorer le traitement intensif et le suivi des patients sur une longue période, il faut rapidement placer les patients sous traitement ARV pour réduire la mortalité.

2.3.1 Etudes des prix des ARV pour les pays à faibles revenus et à faibles et moyens revenus

Avec l'initiative 3 by 5 de l'ONUSIDA et de l'OMS, le nombre de personnes recevant les ARV passe de 300 000 en 2002 à 1000 000 dans la première moitié de 2005. Cette augmentation est due à la participation du Fond mondial et d'autres donateurs dans la lutte contre le VIH SIDA. Ainsi en 2005 (Assemblée Mondiale pour la Santé) à Genève, les délégués des pays développés ont mis l'accent sur la nécessité de suivre et de rendre accessibles les prix des ARV. Le rapport sur l'analyse des prix d'achat (Ashwin V. et al, 2006) porte sur 355 transactions des ARV approximativement à un montant de 14 millions de dollars. Ce montant représente seulement la moitié de celui du fond mondial alloué à la lutte contre le SIDA la Tuberculose et le Paludisme sur 30 millions de dollars en fin 2004.

Les résultats de l'analyse ont montré que les prix d'achat de certaines firmes générique ont réduit le coût des ARV ces cinq (5) dernières années. Cela est du à l'ouverture des marchés aux génériques. Chaque compagnie pharmaceutique à ses propres critères d'éligibilité des pays pour les ARV à bas prix. Mais souvent c'est en fonction du niveau de revenu des pays ou de leur position géographique. Certaines compagnies fournissent des ARV plus chers pour les pays à faible revenu où elles rencontrent très peu d'industries pouvant faire une concurrence pour la production des génériques. Ce manque de concurrence peut être une forme de protection de marché pour les pays membres de

l'Organisation Mondiale du Commerce. Une manière de s'approprier la commercialisation des médicaments génériques.

Les pays à faible et moyen revenu ont des ressources limitées tout comme les pays à faible revenu. Par exemple, pour l'Ukraine qui est officiellement un pays à faible et moyen revenu dont le GDP (IDH) est de 851 dollars ce qui n'est pas loin de celui de l'Angola 857 dollars et du Congo 825 dollars. Cela montre que les indicateurs économiques des pays à moyen et faible revenu peuvent souvent tromper. Un autre exemple celui de la Namibie avec un GDP de 1463 dollars dont les 20% des richesses représentent à peu près 80% du total du revenu national (Ashwin Vasan et al, 2006).

2.3.2 Les nouveaux ARV sont inabordables pour les pays en développement

Les dispositions de juillet 2007 à SYDNEY ont permis une réduction des coûts des ARV permettant à des millions de personnes d'accéder à un traitement. Mais selon le rapport sur l'examen législatif des articles 21.01 à 21.19 de la loi sur les brevets (Canada, Direction générale des communications et du marketing, 2007), les nouvelles législations sur les brevets constituent une menace sérieuse pour l'accès aux ARV. Tant que ces législations sur les brevets persistent, les nouveaux ARV recommandés par l'OMS resteront toujours chers et inaccessibles pour les pays en développement. Ces nouveaux médicaments sont moins toxiques plus compliqués mais excessivement chers pour les pays en développement. Ainsi le prix des traitements de première ligne seront augmentés de 500 mais auraient un impact majeur sur les budgets des programmes contre le SIDA des pays en développement. Le coût du traitement pour un adulte atteindra 487 dollars. Cela vient s'ajouter aux problèmes des résistances du virus par des patients sous traitement ARV de première ligne au moment où les médicaments de seconde ligne deviennent chers et rare sur le marché. Cette situation perdure parce que les laboratoires pharmaceutiques de Thaïlande d'Inde et du Brésil n'ont pas de brevet pour produire les nouveaux médicaments ARV dont les brevets sont en vigueur. Mais en attendant des nouvelles dispositions pour pallier ce problème, un accord avec l'OMC autorise les pays à outrepasser les brevets en cas de problème de santé publique. Ce qui permettra de produire et d'importer des génériques moins coûteux. Cette stratégie vient atténuer le problème mais pas de résoudre puisqu'on estime à peu près 4,6 millions de séropositifs ont besoin d'ARV en Afrique (IRIN, 2008).

2.3.3 Amendement de la loi sur les brevets interdisant la copie des médicaments en Inde

L'adoption par le parlement Indien en mars 2005 de la loi portant sur la copie des médicaments encore sous brevet, crée une panique générale au sein des personnes vivant avec le VIH SIDA en Afrique de l'ouest. Malgré l'opposition farouche des Européens et des activistes indiens, le parlement vient de modifier la loi qui autorise la quatrième industrie pharmaceutique à produire et commercialiser des copies de médicaments brevetés. Cela ne manque pas de déstabiliser les programmes de distribution des ARV en Afrique subsaharienne. Ainsi plus de la moitié de 700000 personnes bénéficiant de

traitements antirétroviraux proviennent de l'Inde. Cette décision ne peut que bouleverser les efforts de tant d'année de lutte pour l'accès universelle au traitement ARV.

Cependant une certaine catégorie de médicaments fabriqués entre 1945 et 2005 n'est pas concernée pour cette nouvelle loi. Mais les médicaments de nouvelle génération sont sous brevet d'exclusivité pendant 20 ans.

La nouvelle génération d'ARV n'est pas du tout accessible aux pauvres dont la majorité qui sont sous ARV bénéficie de génériques indiens. Comme témoigne une personne vivant avec le VIH « Avec cette nouvelle loi indienne, on n'aura plus accès aux traitements ». Ainsi l'on est tenté de se poser des questions sur le rôle des institutions internationales. Cette nouvelle loi indienne amenait l'OMS à augmenter la fabrication des génériques de qualité.

2.4 Action de la société Canadienne et Brésilienne sur le VIH/SIDA et la santé mondiale

2.4.1 *Action de la société civile canadienne*

Les problèmes mondiaux de santé et les stratégies de lutte contre le VIH SIDA ont fait l'objet d'une discussion entre les membres du Groupe sur l'Accès Mondial du Traitement (GAMT) à la rencontre d'Ottawa en 2003. Pendant ce sommet, des engagements ont été pris par les différents participants. Ces engagements portaient sur l'importance d'accroître la solidarité internationale (les dont et la mobilisation des ressources par contribution de bonne volonté), la promotion des politiques économiques, environnementales et sociales, l'analyse et la surveillance des politiques gouvernementales pour le droit à la santé dans le monde. Ce sommet est l'initiative du Groupe sur l'Accès Mondial du Traitement, qui réunit les organisations de la société civile canadienne. Au centre de ce sommet l'amélioration de l'accès aux médicaments essentiels au traitement et l'appui aux personnes vivant avec le VIH. L'accent a surtout été mis sur les mesures pour assurer l'accès aux pays défavorisés aux médicaments à prix abordables. Ainsi le Canada se propose de faire preuve de leadership. Il s'agit de rendre souples les accords internationaux sur la commercialisation des ARV. Il est aussi nécessaire d'octroyer des licences obligatoires pour l'exportation des génériques pour les pays à faible revenu. Le Canada s'oppose à l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce de l'OMS à d'autres accords (ADPIC).

En dehors de l'appui des institutions financières telles que le Fond Mondial et la Banque Mondiale, les gouvernements nationaux doivent aussi agir, en augmentant le budget de la lutte contre le SIDA. Les systèmes de santé publique en Afrique sont financièrement faibles et contribuent très peu au financement des activités.

2.4.2 Action de la société civile Brésilienne de la lutte contre le VIH/SIDA

La maîtrise de la pandémie du VIH/SIDA est l'une des plus grande lutte de la santé publique pour le 21 siècle. Le programme national de lutte contre le VIH/SIDA brésilien est cité comme un succès du model intégré de la prévention et de prise en charge parmi les programmes des pays en développement. Une analyse critique de l'expérience des brésiliens permet d'identifier certains éléments qui sont propres et uniques au programme et aux décisions politiques du pays. Cela permettra d'aider les programmes des pays à faible ou à revenu intermédiaire.

Tous les aspects qui ont fait l'objet d'une discussion relèvent de la solidarité et des droits de l'homme, de l'interface des politiques et de santé publique, de la culture de la sexualité et d'une intégration du traitement préventif. Le Brésil a réalisé avec succès toutes les activités de la lutte contre le VIH/SIDA. La leçon tirée de l'expérience brésilienne et l'implication de la société civile, des médias et des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Cette solidarité collective a permis d'amener le gouvernement brésilien à entreprendre des bonnes décisions politiques dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. La distribution équitable des ARV, les campagnes de lutte contre la stigmatisation ont contribué à hausser la couverture de médicaments ARV.

2.4.3 Participation des personnes vivant avec le VIH dans la lutte contre le SIDA

La recherche de meilleure qualité de vie et d'une plus grande efficacité de la riposte au SIDA, conduit à l'adoption de plusieurs principes. L'une des principes le plus important est la politique générale d'une participation massive des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Pour avoir une participation massive, il faudrait une implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes. Pour renforcer la pertinence des programmes ainsi que l'accueil des personnes vivant avec le VIH, il est nécessaire d'impliquer ces derniers dans la prise de décision relative aux différentes activités dans le cadre du VIH/SIDA. La participation des personnes vivant avec le VIH dans la lutte contre le SIDA pour l'ONUSIDA « est un principe qui veille à ce que les personnes vivant avec le VIH soient des partenaires à part entière de la lutte contre le SIDA » (ONUSIDA, 2007). Ce principe à pour objectif l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et aux services de soutien. L'adoption de ce principe et son application permettra sans doute de créer un environnement favorable aux personnes vivant avec le VIH. Un environnement sans rejet social ou sans discrimination et suscite chez les personnes vivant avec le VIH, l'estime de soit, un meilleur moral. Cela facilite une intégration sociale favorisant une amélioration de leur état de santé.

Parmi les obstacles rencontrés dans l'application de ce principe qui à été adopté et appliqué par plusieurs Etats nous avons : une insuffisance de gestion, un manque de compétences des PVVIH, une contrainte financière des structures et l'absence d'évaluation des succès et échecs des programmes. Pour surmonter ces obstacles, les gouvernements et la société civile, doivent s'assurer que les personnes vivant avec le VIH participent aux prises de décision. Pour l'ONUSIDA, « les personnes

vivant avec le VIH, doivent être impliqués dès le départ dans la définition des priorités de financement, des choix, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du programme » (ONUSIDA, 2007).

2.4.4 La mise en œuvre des activités de soins conseils et soutien socioéconomique aux personnes vivant avec le VIH/SIDA au Niger

Pour mieux harmoniser et coordonner la lutte contre le VIH au Niger, la Coordination Intersectorielle de Lutte contre le SIDA a élaboré un Plan National Multisectoriel (PNM). Cette planification permet de tenir compte de tous les plans d'actions régionaux élaborés par les différents acteurs de la lutte contre le SIDA. Ce plan est élaboré en fonction des axes stratégiques et objectifs de la lutte. Ainsi pour la composante soin et conseil la CISLS a pour objectifs « de développer et intégrer un système de soins-conseil IST/VIH/SIDA de qualité à travers un réseau ; d'offrir un service de traitement ambulatoire aux malades du SIDA et d'assurer l'accès au traitement préventif des infections opportunistes » (CISLS, 2008). Pour atteindre ces objectifs, un vaste réseau de partenariat entre les institutions publiques et privées a été créé afin de mobiliser des ressources financières et techniques.

S'agissant de l'aspect soutien socioéconomique, l'accent a été mis sur la réduction de l'impact du VIH/SIDA sur les PVVIH les familles et les communautés. Des activités ont été également réalisées surtout dans le cadre de l'appui nutritionnel aux PVVIH et un renforcement des capacités de la société civile pour soutenir les PVVIH, orphelins, veuves, et familles affectées par le SIDA.

2.4.5 Évaluation de la satisfaction des clients en consultation au centre hospitalier universitaire de Cocody Abidjan

Une étude rétrospective réalisée au CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Cocody ABIDJAN, montre que la satisfaction des patients peut être influencée par l'attente pendant la consultation et l'insatisfaction est liée à l'insuffisance de matériel. Cette étude porte sur un échantillon de 964 malades et 623 accompagnateurs. Ainsi, 68% des mères étaient très satisfaites des consultations, 31% sont moyennement satisfaites et 1% sont non satisfaites. En effet 66,67% pensaient que l'insatisfaction est surtout due à l'insuffisance de matériel (FOLQUET. M et al, 2007). Ainsi pour plus de satisfaction des bénéficiaires de prestations du service de consultation il serait utile de réduire le délai d'attente aux différentes étapes. Cela permettra d'accélérer le service et de ne pas trop faire attendre les patients qui souvent viennent des contrées éloignées. Le temps d'attente peut influencer la fréquentation du CHU. Cependant il serait très nécessaire d'avoir les opinions des agents de santé sur leurs conditions de travail. Les conditions de travail peuvent avoir une influence sur leur motivation ainsi que le délai d'attente.

3 Population et méthodes

3.1 Contexte de l'étude

Le SIDA a un impact considérable sur la santé et sur l'aspect socioéconomique en général. Dans les pays les plus touchés par l'épidémie, l'espérance de vie a été considérablement réduite de plus de 20 ans. La perte des bras valides facteurs de production a ralenti la croissance économique et fragilisé les ménages. Le VIH provoque une perte de productivité bien plus importante que n'importe quelle maladie. En Afrique subsaharienne, l'épidémie a rendu orphelins plus de 12 millions d'enfants de moins de 18 ans. Selon l'ONUSIDA, le VIH a infligé « le plus important revers du développement humain » de l'histoire moderne (ONUSIDA, 2008).

Le Niger, dans son cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, a prévu des dispositions pour le soutien aux personnes infectées et affectées. A travers son objectif 9, il souhaite réduire l'impact du VIH sur les familles, les communautés et les secteurs socioéconomiques.

Bien que le taux de séroprévalence soit très bas (0,7%) on estime le nombre de personnes vivant avec le VIH à 91000 en fin 2007 (CISLS, 2008). Cela montre l'ampleur de l'épidémie qui est désormais une priorité de santé publique pour le Niger.

3.2 Population et échantillon

3.2.1 Population

La population de l'étude est essentiellement composée de personnes vivant avec le VIH/SIDA, qui bénéficient de la prise en charge dans les différents centres de la communauté urbaine de Niamey. Ainsi de décembre 2004 à décembre 2007, nous avons 2564 personnes vivant avec le VIH/SIDA qui sont suivis sous traitement.

Tableau 1 Situation des personnes vivant avec le VIH/SIDA de la Communauté Urbaine de Niamey de décembre 2004 à décembre 2007 au Niger

	Décembre2004	Décembre 2005	Décembre 2006	Décembre 2007
Nombre de traitement ARV initiés	100	686	1735	3762
Nombre de patients suivis sous traitement	94	563	1261	2564
Nombre de patients décédés sous traitement	00	55	337	324
Nombre de patients perdus de vues sous traitement	06	62	137	266

Source : MSP/ ULSS : Unité de Lutte Sectorielle Sida

3.2.2 Echantillon

Nous avons adopté un plan d'échantillonnage aléatoire simple et stratifié, afin de choisir le nombre de personnes vivant avec le VIH retenu pour l'étude. Dans un premier temps, nous avons créé nos strates et dans un second temps, nous avons procédé à un échantillonnage aléatoire simple dans chaque centre.

Notre population d'étude étant répartie dans les différents centres de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA, nous avons considéré les centres comme des strates. A l'intérieur de chaque strate nous avons adopté un plan d'échantillonnage simple.

Comme base de sondage nous avons 2564 personnes vivant avec le VIH qui bénéficient de la prise en charge dans les différents centres de prise en charge. Pour déterminer notre échantillon de 104 individus nécessaires pour notre étude nous avons attribué à chaque individu un numéro compris entre 0001 et 2564. Cela nous a permis de constituer une table des numéros à partir de notre base de sondage. Dans notre tirage les individus tirés ne sont pas remplacés et si un individu se répète nous allons le sauter. Notre table est composée de chiffres en ligne et en colonne. Puisque les données ne dépassent pas quatre chiffres (au plus 2564 Individus) les numéros aléatoires renferment également quatre chiffres. Ainsi les 104 premiers numéros différents sont entre 0001 et 2564. Notre échantillon ainsi représenté est réparti comme suit :

Tableau 2 Répartition des enquêtés selon le sexe et le centre de soins et soutien des PVVIH

Centres/Sexe	Hommes		Femmes		Total
	Effectifs	%	Effectifs	%	
HNL	06	31,6	13	68,4	19
CTA	15	30,0	35	70,0	50
CEDAV	20	57,1	15	42,9	35
TOTAL	41	39,4	63	60,6	104

Source : notre étude

HNL : Hôpital National de Lamordé CTA : Centre de Traitement Ambulatoire

CEDAV : Centre de Dépistage Anonyme et Volontaire

3.3 Les méthodes de l'étude

3.3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective qui nous permettra de faire le point sur les soins et le soutien des personnes vivant avec le VIH. Depuis le démarrage des activités de prise en charge aucune étude n'a été réalisée auprès des bénéficiaires pour déterminer les obstacles qu'ils rencontrent. De faire également des suggestions ou propositions pour une meilleure qualité de prise en charge. Nous allons à travers cette étude recueillir des données quantitatives et qualitatives qui vont nous permettre de connaître les obstacles et la performance du système de soins et de soutien aux PVVIH. Nous avons utilisé un questionnaire et un guide d'entretien pour avoir le maximum d'informations auprès des bénéficiaires. Sur la manière dont les bénéficiaires de la prise en charge perçoivent les prestations de services dans les différents centres de soins et de soutien aux personnes vivant avec le VIH.

3.3.2 Plan d'analyse

Objectifs	Les variables	Fréquences, Risque Relatifs, Moyennes
Déterminer les obstacles liés aux soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA	Temps d'attente, temps de découvertes du statut sérologique, accueil dans les centres, types de soins, satisfaction, rapport avec les responsables du centre	Temps d'attente selon les centres Accueil dans les centres selon le sexe Le niveau de satisfaction selon les centres Rapport des enquêtés avec les responsables selon les centres
Déterminer les obstacles liés à la fréquentation des centres de prise en charge	Nécessité de fréquenter les centres, la régularité aux centres, distances du domicile par rapport au centre, type de transport utilisé pour venir au centre	Nécessité de fréquenter les centres selon la découverte du statut serologigique Régularité selon les distances Régularité selon le moyen de transport emprunté
Déterminer les opinions que les bénéficiaires ont des centres de prise en charge des PVVIH	Les besoins, les aspirations, respect normes, respect des rendez-vous, participation de la famille à la prise en charge, implication des PVVIH dans les activités du centre, opinions sur le centre	Les besoins des enquêtés selon les centres Niveau d'instruction et participation de la famille à la prise en charge Implication des enquêtés selon les centres Il faut laisser, revoir ou appuyer les centres

3.3.3 Les indicateurs du cadre logique

	Logique d'intervention	Les indicateurs	Hypothèses
Objectif Global	Réduction de l'impact VIH sur les familles, les communautés et les secteurs socio-économiques	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH/SIDA ayant bénéficié d'un appui alimentaire et en soins conseil	
Objectifs Spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la qualité de prestation de service dans les centres de prise en charge • Amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA 	Augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH, qui sont satisfaits des soins et services des centres de prise en charge	Réduction du taux de mortalité des personnes vivant avec le VIH/SIDA
Résultats	<p>Meilleur accès aux soins et aux services pour personnes vivant avec le VIH</p> <p>Suggestion pour l'amélioration de la qualité de prise en charge</p>	<p>Augmentation du nombre de centres qui répondent aux aspirations des personnes vivant avec le VIH/SIDA</p> <p>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui pensent qu'il faut revoir, laisser ou appuyer les centres de prise</p>	Réduction du nombre de patient perdus de vue sous traitement

3.4 Les outils de collectes de données

3.4.1 Le questionnaire

Le questionnaire est uniquement adressé aux bénéficiaires directs de la prise en charge qui sont les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il est composé de quatre grandes parties susceptibles d'avoir une influence sur les soins et soutien des personnes vivant avec le VIH. La première partie est l'identification de l'enquêté et permet d'avoir des informations sur l'âge le sexe la situation matrimoniale la profession et le niveau d'instruction de l'enquêté. La deuxième partie est relative aux opinions des enquêtés sur les soins et soutien socio-économique des PVVIH dans les centres de soins. Une troisième partie qui nous informe sur les difficultés liées à la fréquentation par les PVVIH des centres de soins et soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA. La dernière partie nous invite sur les besoins en matières de soins et soutien des enquêtés, la contribution des familles aux soins et soutien.

L'implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la prise de décision et leur suggestion pour améliorer les services dans le cadre de la prise en charge. Ces différentes variables nous informent sur le fonctionnement des centres.

3.4.2 Le guide d'entretien

Dans le cadre de notre étude nous avons élaboré en dehors du questionnaire, un guide d'entretien pour deux raisons fondamentales, l'une pour avoir des informations de qualité. L'autre raison est le fait que le guide est administré auprès des agents de santé qui organisent les activités de soins et soutien des PVVIH.

Le guide ainsi construit est composé de thème sur :

- La fréquentation du centre ;
- Les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA;
- Les besoins du centre;
- Les stratégies du centre
- Les suggestions.

3.4.3 Le logiciel pour le traitement des données

Pour le traitement des données recueillies sur le terrain après administration des questionnaires, nous avons utilisés le logiciel « EPIDATA ANALYSIS ». La première étape consiste à codifier les informations et les introduire à partir d'un masque de saisie dans une base de données. La deuxième partie nous invite à partir du logiciel à croiser les variables pour faciliter l'analyse et les interprétations de ces données.

3.4.4 La contribution du stage pour la rédaction du mémoire

Le stage professionnel à la Coordination Intersectoriel de Lutte contre les IST/VIH/SIDA et plus précisément a la Direction des ONG et Associations a permis d'avoir accès à des documents très importants. Le stage a également facilité mon contact avec des personnes ressources qui ont pris part à l'élaboration des stratégies de prise en charge des PVVIH. J'ai également travaillé avec le Réseau Nigérien des Personnes vivant avec le VIH et recueilli leurs opinions sur la prise en charge dont ils sont les bénéficiaires. Cela a permis d'avoir une connaissance des structures et du type de prise en charge. Comme structure de prise en charge nous avons, HNN, CHR, ONG DOUBANI, CTA. Le programme de prise en charge comporte les soins-conseils et soutien socio-économique, soutien nutritionnel. La prise en charge étant un programme très vaste nous nous sommes intéressés seulement aux soins et soutien qui rentre dans le cadre de notre sujet. Ainsi comme activités réalisés dans le cadre des soins et soutien il y a le dépistage, le suivi et la distribution gratuite des ARV et les repas de convivialités qui

sont organisés chaque deux semaine. Dans le cadre du dépistage les centres organisent régulièrement des campagnes de dépistage volontaires et anonymes pour permettre à beaucoup de gens de connaître leurs statuts sérologiques et de pouvoir commencer très tôt le traitement. Toujours dans le cadre de la prise en charge les repas de convivialités permettent aux malades de combler ou d'enrichir leur ration alimentaire et éviter des complications dans le traitement.

3.4.5 *Les difficultés rencontrées*

L'enquête prévue pour un mois a duré 3 mois, cela a causé des difficultés. En dehors des contraintes financières telles que les frais de transports urbains, d'autres contraintes doivent être mentionnées:

- Malgré l'intervention des responsables de centre et les nombreuses explications ; de notre étude, on note une certaine méfiance de nombreux enquêtés ;
- Certains enquêtés assimilent notre sujet à un tabou et répliquent qu'ils n'ont rien à dire;
- Pour la population SIDA est égal à argent, ils refusent de participer sans rémunération.

4 Résultats

4.1 Identification

4.1.1 Les différents centres de soins et soutiens socio-économiques des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Les centres de soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA au Niger, sont au nombre de 12. En effet à l'exception de la région de Tillabéry toutes les régions disposent de centre de dépistages et de soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH.

Dans le cadre de notre étude, trois centres de la région de Niamey sont retenus, il s'agit du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA), de l'Hôpital National de Lamordé (HNL) et du Centre de Dépistage Anonyme et Volontaire (CEDAV). Ces centres travaillent en étroite collaboration pour un suivi des malades dépistés. Notre échantillon est réparti comme suit : le CTA avec 50 enquêtés, le CEDAV 35 enquêtés et l'Hôpital National de Lamordé avec 19 enquêtés. Il y a une forte prédominance des femmes qui occupent 60,6% de notre échantillon contre les hommes 39,4%.

Tableau 3 Distribution des enquêtés selon le sexe et le centre de soins et soutien aux PVVIH

Centres/Sexe	Hommes		Femmes		Total
	Effectifs	%	Effectifs	%	
HNL	06	31,6	13	68,4	19
CTA	15	30,0	35	70,0	50
CEDAV	20	57,1	15	42,9	35
TOTAL	41	39,4	63	60,6	104

Source : notre étude

4.1.2 Situation matrimoniale des enquêtés

Les enquêtés sont répartis dans cinq statuts différents selon qu'ils soient célibataires, divorcés, veufs, mariés ou bien vivent en union libre.

Le nombre des divorcés est plus élevé que celui des mariés, 39,4% des enquêtés sont divorcés et 26% sont mariés. Un autre aspect, le pourcentage des veufs qui est de 20,2% et celui des célibataires 13,5%.

Tableau 4 distribution des enquêtés selon leur situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectifs	%
Célibataires	14	13.5
Divorces	41	39.4
Veufs (ves)	21	20.2
Maries	27	26.0
Union libre	1	1.0
Total	104	100.0

Source : notre étude

4.1.3 Profession des enquêtés

Il ressort de notre étude que les enquêtés exercent des professions multi variées, les femmes dans une forte proportion sont, soit des ménagères simples 21,56% ou soit des commerçantes. Les cultivateurs et les élèves sont respectivement 4,9% et 3,9% de notre échantillon, suivis des fonctionnaires qui occupent 16,7%. Aussi les 19,60 sont sans emplois ou ont perdu leurs emplois. Cela montre également, l'importance et la nécessité d'aider les PVVIH, surtout que 39,4% sont des divorcés et 20,2% ont perdu leurs conjoints (voir tableau 4).

Tableau 5 Répartition des enquêtés selon la profession

Profession	Effectifs	%
Cultivateur	5	4,9
Commerçants	25	24,5
Fonctionnaires	17	16,7
Elèves	4	3,9
Ménagères	22	21,56
Sans emplois	20	19,60
Autres	9	8,64
Total	102	100

Source : notre étude

4.1.4 Niveau d'instruction

Sur les 104 enquêtés qui constitue notre échantillon, 2 enquêtés n'ont pas répondu à la question.

Les enquêtés sont repartis selon qu'ils soient sans aucune instruction, alphabétisés, un niveau d'instruction primaire, secondaire ou supérieur. Ainsi 25,5% ont un niveau d'instruction primaire, et un niveau secondaire 37,3%. Les enquêtés qui n'ont aucun niveau d'instruction occupent 17,6% tout comme ceux qui sont alphabétisés

Tableau 6 Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	%
Aucun	18	17,6
Alphabétisé	18	17,6
Primaire	26	25,5
Secondaire	38	37,3
Supérieur	2	2,0
TOTAL	102	100,0

Source : notre étude

4.2 Soins et soutien socio-économique des personnes vivant avec le VIH/SIDA

4.2.1 Temps de découverte du statut sérologique

Tous les enquêtés qui constituent notre échantillon ont déjà découvert leur statut sérologique. Ainsi 79,8% ont découvert leur statut sérologique il y a plus de trois mois. Ils sont déjà rentrés en contact avec les centres de soins et soutien socio-économique tandis que 20,2% ont seulement découvert qu'ils sont séropositifs il y a moins de trois mois. Les enquêtés sont informés de l'existence des centres de soins et soutien aux PVVIH et ont déjà commencé à en bénéficier. En effet, dès qu'un patient est dépisté positif on lui donne les premiers soins et conseils valables pour un bon traitement. Souvent, il y a des patients qui viennent volontairement faire le test de dépistage, mais pour la majorité, c'est seulement à un stade avancé de la maladie qu'ils découvrent leur statut sérologique.

Tableau 7 : Distribution des enquêtés selon le temps de découverte de leur statut sérologique

Temps de séropositivité	Effectifs	%
Moins de 3 mois	21	20,2
Plus de 3 mois	83	79,8
TOTAL	104	100,0

Source : notre étude

4.2.2 Temps d'attente au centre de prise en charge des PVVIH/SIDA

La qualité de soins peut être fonction de l'exécution des tâches ou du temps d'exécution des tâches, c'est dans ce sens que nous avons jugé utile de recueillir l'opinion des enquêtés sur la durée du temps d'attente dans les centres de soins.

Ainsi les opinions des enquêtés sont partagées par rapport au temps d'attente avant d'avoir les soins, 41,7% pensent que l'attente est trop court et 42,7% pensent que c'est assez long. Le temps d'attente varie en fonction des centres de soins, 48,6% des enquêtés du CEDAV pensent que l'attente est assez long contre 26,5% pour le CTA. Le temps d'attente est jugé assez long pour 73,7% des enquêtés de l'hôpital National de Lamordé.

Tableau 8 Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur le temps d'attente dans les centres

Sites/Attente	Court		Moyen		Assez long		Total
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
HNL	3	15,8	2	10,5	14	73,7	19
CTA	27	55,1	9	18,4	13	26,5	49
CEDAV	13	37,1	5	14,3	17	48,6	35
TOTAL	43	41,7	16	15,5	44	42,7	103

Source : notre étude

4.2.3 Accueil dans les centres de soins et soutien des PVVIH

L'accueil dans les centres de soins peut aussi avoir des effets sur la qualité de soins, surtout dans le cadre du VIH/SIDA où les patients sont souvent victimes de rejet social. En effet sur les 104 enquêtés de notre étude 3 n'ont pas répondu à cette question. Ainsi il ressort de notre étude que sur les 101 enquêtés (Tous les centres confondus) les femmes ont jugé l'accueil très bien 48,07% contre 27,88% pour les hommes. Cependant le risque relatif (RR) qui permet de voir l'association entre l'accueil et le sexe étant de 1,4 dans l'intervalle de confiance 0,71 à 2,79 montre que l'accueil n'est pas fonction du sexe. Les hommes tout comme les femmes reçoivent le même accueil dans les centres.

Tableau 9 : qualité de l'accueil au centre de prise en charge en fonction du sexe

Caractéristiques	Accueil au centre		P(test)	RR
	Moyen	Très bien		
Sexe				
M	11,53	27,88	0,31	1,41 0,71-2,79
F	12,50	48,07		

Source notre étude

*P(Test) : test de Chi-square

** RR: Risque Relatif

4.2.4 Les services reçus dans les centres de soins et soutien aux PVVIH.

Les services rendus aux patients dans les centres sont, les médicaments, les conseils et le soutien alimentaire.

Tableau 10 : Opinions des enquêtés selon les types de services reçus dans les centres

Types de services	Effectifs	%
Médicaments	62	60,8
Conseils	17	16,7
Soutien alimentaire	23	21,6
TOTAL	102	100,0

Source : notre étude

En effet 60,8% des enquêtés ont affirmé qu'ils reçoivent des médicaments à titre de soins dans les centres, 16,7% pensent qu'ils reçoivent le plus souvent des conseils et 21,6% un soutien alimentaire dans le cadre de soins et soutien des PVVIH. Sur les 104 enquêtés de notre échantillon, deux ont préféré ne pas répondre à cette question.

Toujours dans le cadre des services reçus par les patients 83% des enquêtés sont très satisfaits de ces services contre 2% qui pensent que les services rendus ne sont pas du tout satisfaisants.

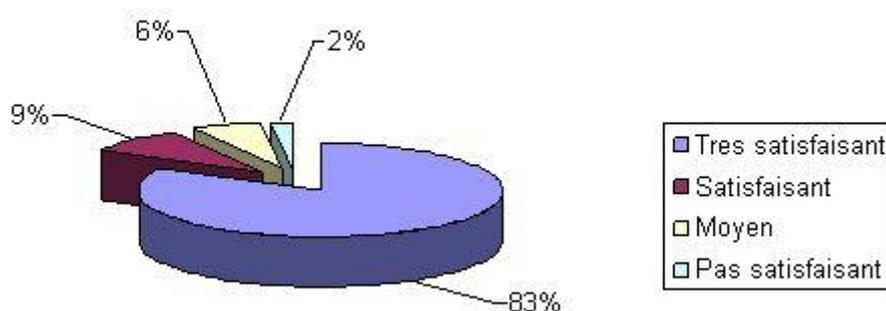


Figure 1 : Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction des soins reçus au centre

Le niveau de satisfaction varie en fonction des centres de soins. En effet 50,6% des bénéficiaires du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) sont très satisfaits des soins reçus alors que 50% du CEDAV ont déclaré être moyennement satisfait des soins reçus.

Le degré de satisfaction des bénéficiaires permet de déterminer la qualité des services rendus dans le cadre des soins et soutien. Plus les bénéficiaires sont satisfaits plus ils sont motivés à fréquenter les centres, ce qui permettra un bon suivi du traitement des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Tableau 11 : Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction par Centre

Satisfaction/Centres	HNL		CTA		CEDAV		Total
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Très satisfaisant	12	14,8	41	50,6	28	34,6	81
Satisfaisant	3	33,3	4	44,4	2	22,2	9
Moyen	1	16,7	2	33,3	3	50,0	6
Pas satisfaisant	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2
TOTAL	18	18,4	47	48,0	33	33,7	98

Source : notre étude

4.2.5 Rapport des enquêtés avec les responsables des centres et les obstacles rencontrés

4.2.5.1 Rapport des enquêtés avec les responsables des centres

Les rapports entre bénéficiaires et responsables des centres sont très importants dans le cadre des soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les enquêtés, en majorité (96,07%) ont des rapports amicaux avec les responsables des centres de soins.

Tableau 12 : Rapport des enquêtés avec les responsables du centre

Rapports avec responsables	Effectifs	%
Amicaux	98	96,07
Non amicaux	4	0,03
TOTAL	102	100,0

Source : notre étude

Mais le niveau de satisfaction des rapports n'est pas partout le même. Les bénéficiaires des soins du CTA ont plus de rapports amicaux (50%) que ceux du CEDAV (34,7) et de l'HNL (15,3%)

Tableau 13 : Rapport des enquêtés avec les responsables du centre selon les centres

Rapports avec responsables	HNL		CTA		CEDAV		Total
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Amicales	15	15,30	49	50,00	34	34,70	98
Non amicaux	3	75,00	0	00,00	1	25,00	4
TOTAL	18	17,60	49	48,00	35	34,30	102

Source : notre étude

4.2.5.2 Les obstacles liés aux soins et soutiens socioéconomiques

Les enquêtés pensent que les obstacles liés aux soins et soutien sont : une insuffisance des centres de soins, de soutien, d'agents de santé et d'activités génératrices de revenus.

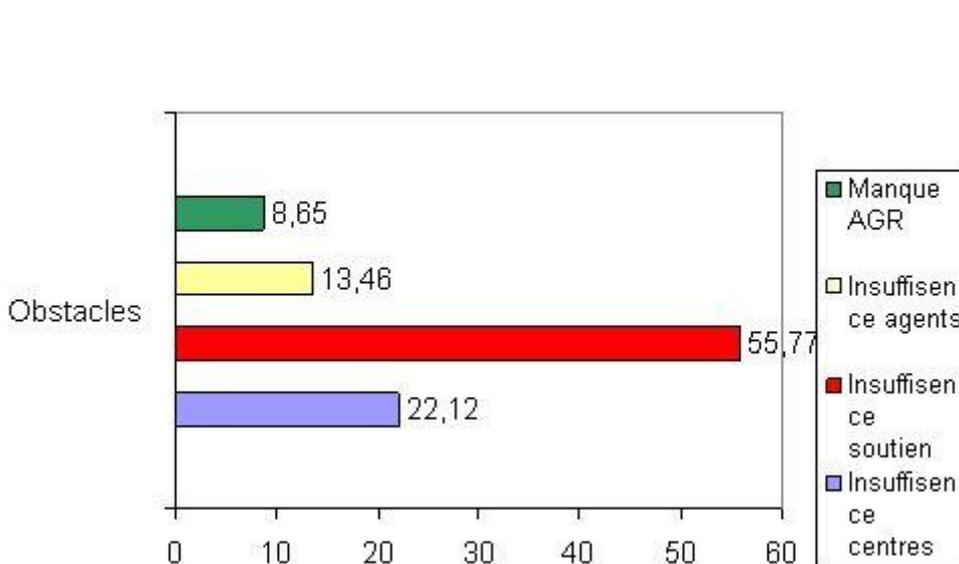


Figure 2 : Opinions des enquêtés sur les obstacles liés aux soins et soutiens dans les centres

4.3 Fréquentation des centres de soins et soutien des personnes vivant avec le VIH

4.3.1 Opinions des enquêtés sur la nécessité de fréquenter les centres

La fréquentation des centres de soins est une variable qui nous informe sur les opinions des bénéficiaires sur les centres. Dans notre étude 89,3% pensent que c'est très nécessaire de fréquenter les centres pour recevoir les soins et le soutien contre 8,7% pour qui c'est peu nécessaire de fréquenter ces centres parce que certains examens ne sont pas gratuits.

Tableau 14 : Distribution des enquêtés selon la nécessité de fréquenter les centres de soins et soutien

Fréquentation/Effectifs	Effectifs	%
Très nécessaire	92	89,3
Peu nécessaire	9	8,7
Pas du tout nécessaire	2	1,9
TOTAL	103	100,0

Source : notre étude

La nécessité de fréquenter les centres dépend du temps de découverte du statut sérologique. Plus les enquêtés découvrent très tôt leur statut sérologique, plus ils jugent très nécessaire de fréquenter les centres. Ainsi, 78,3% des enquêtés ayant découvert leur statut sérologique depuis trois mois, jugent très nécessaire de fréquenter les centres. Pour les enquêtés ayant découvert leur statut sérologique il y a moins de trois mois 21,7% jugent très nécessaire de fréquenter les centres.

Tableau 15 : Répartition des enquêtes sur la nécessité de fréquenter les centres selon le temps de découverte du statut sérologique

Fréquentation/Temps sero	Moins de trois mois		Plus de trois mois		Total
	Effectifs	%	Effectifs	%	
Très nécessaire	20	21,7	72	78,3	92
Peu nécessaire	01	11,1	08	88,9	09
Pas du tout nécessaire	00	00,0	02	100,0	02
TOTAL	21	20,4	82	79,6	103

Source : notre étude

4.3.2 La présence régulière dans les centres

La présence régulière des enquêtés dans les centres a été évoquée lors de nos entretiens. Sur 94 enquêtés qui ont répondu à la question, 10 ont affirmé qu'ils sont très réguliers au centre. Parmi les enquêtés, il y a ceux qui viennent chaque jour au centre 31,9% d'autres par contre 19,1% viennent rarement.

Tableau 16 : Répartition des enquêtés selon qu'ils sont réguliers ou pas dans les centres de soins et soutien aux PVVIH

Présence régulière au centre	Effectifs	%
Régulier	10	10,6
Jamais	1	1,1
Chaque jour	30	31,9
Souvent	25	26,6
Rarement	18	19,1
Non régulier	10	10,6
TOTAL	94	100,0

Source : notre étude

4.3.3 Les moyens de transport des enquêtés

Les enquêtés utilisent différents moyens de transport pour se rendre dans les centres. Parmi les moyens de transports, nous avons les minibus de transport urbain, les taxis et souvent à pied. Ainsi 59,6% des enquêtés utilisent le taxi comme moyen de déplacement pour se rendre au centre. Les usagers de transports urbain 27,3% et ceux qui se rendent à pied 11,1%.

Tableau 17 : Répartition des enquêtés selon les moyens de transport utilisés pour se rendre au centre de soins.

Type de transport utilise	Effectifs	%
Taxi	59	59,6
Transport urbain	27	27,3
A pied	11	11,1
Autres	2	2
TOTAL	99	100

Source : notre étude

La distance à parcourir avant de venir au centre est très importante dans le cadre de la fréquentation. Elle permet de voir si la distance est un obstacle à la fréquentation des centres. Sur les 104 enquêtés 93 ont répondu à cette question. Il ressort de notre étude que les 50% des enquêtés qui viennent chaque jour ou souvent au centre, habitent à moins de 10km du centre. Pour les 15,9% qui viennent rarement ou qui ne sont pas régulier, la distance à parcourir avant d'atteindre le centre est de plus de 10km.

Tableau 18 : Répartition des enquêtés selon la régularité au centre et la distance à parcourir pour venir au centre de soins

Distance/Régulier	Régulier		Chaque jour		Souvent		Rarement		Non régulier		Total
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
Plus de 10km	5	11,4	11	25,0	14	31,8	7	15,9	7	15,9	44
10km	5	12,2	15	36,6	7	17,1	11	26,8	2	4,9	41
Moins de 10km	0	0,0	4	50,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	8
Total	10	10,8	30	32,3	25	26,9	18	19,4	9	9,7	93

Source : notre étude

4.3.4 Les obstacles liés à la fréquentation des centres de soins et soutiens des PVVIH

Pour les enquêtés, les obstacles liés à la fréquentation des centres de soins et soutien aux PVVIH sont l'insuffisance de dépistage et le manque d'information sur l'existence des centres. D'autres raisons ont été citées comme obstacles, tel que le manque de frais de taxi et les occupations quotidiennes.

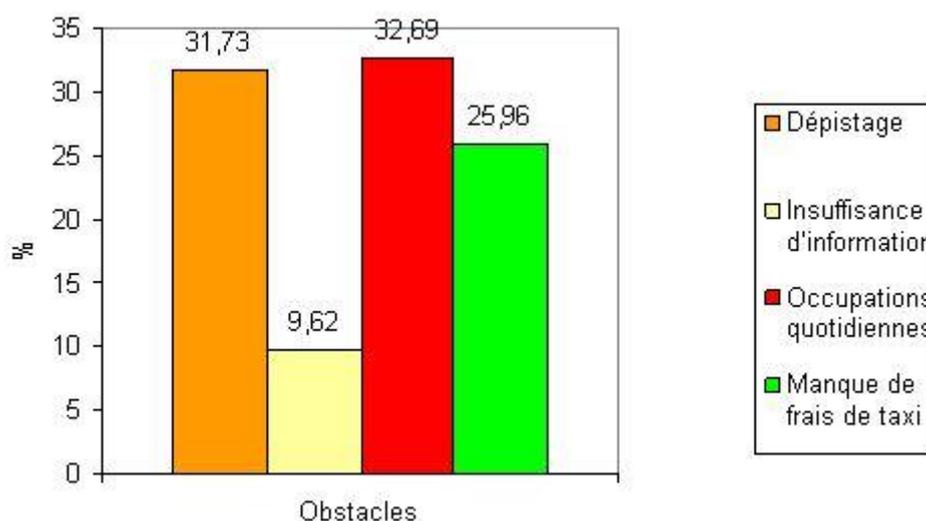


Figure 3 Opinions des enquêtés sur les obstacles liés à la fréquentation des centres de soins et soutien aux PVVIH

4.4 Les besoins et demandes des enquêtés

4.4.1 Les besoins en soins et soutien des enquêtés

Les enquêtés sont répartis selon les besoins exprimés en terme de besoins sociaux (alimentaire, etc..), besoins économiques, besoins sanitaires et autres besoins. En effet certains enquêtés (49%) pensent

que leurs besoins sont surtout d'ordre sanitaire, pour d'autres (29%) les besoins sont essentiellement d'ordre économique.

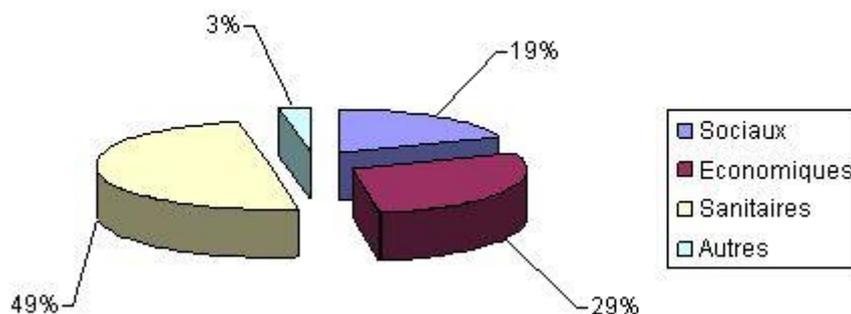


Figure 4 : Répartition des enquêtés selon les besoins exprimés

Source : notre étude

Les besoins varient en fonction de la répartition des enquêtés selon les différents centres. Les enquêtés du CEDAV pensent à 36,8% que leurs besoins sont d'ordre sociaux contre 62% des enquêtés du CTA exprimant des besoins sanitaires. Pour les enquêtés de l'HNL (33,3%) il y'a d'autres besoins non cités.

Tableau 19 : Répartition des Besoins des enquêtés selon les centres

Besoins/Centres	HNL		CTA		CEDAV		Total
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
Sociaux	6	31,6	6	31,6	7	36,8	19
Économiques	8	27,6	11	37,9	10	34,5	29
Sanitaires	2	4,0	31	62,0	17	34,0	50
Autres	13	3,3	1	33,3	1	33,3	3
TOTAL	17	16,8	49	48,5	35	34,7	101

Source : notre étude

4.4.2 Les centres par rapport à la demande des enquêtés

Les opinions des enquêtés sont réparties selon que les centres de soins répondent ou pas à leur demande. Ainsi après enquête auprès des bénéficiaires du programme soins et soutien, 77% affirment que les centres ne répondent pas à leur demande parce que le soutien n'est pas global. Il y a des

examens médicaux qui sont à la charge du patient. Mais pour les 23% les centres répondent à leur demande parce qu'ils trouvent leurs médicaments.

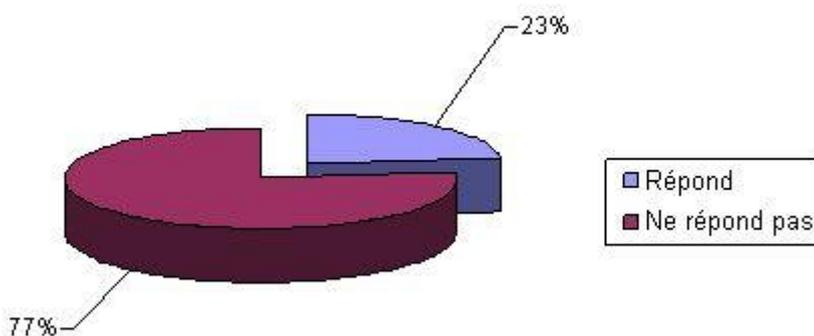


Figure 5 Opinions des enquêtés sur le fait que le centre répond ou non à leur demande

Les réponses varient en fonction de la répartition des enquêtés selon les différents centres. Ainsi 52,5% des enquêtés du CTA ont affirmé que le centre ne répond pas à leur demande contre 33,3% le contraire. Pour le CEDAV 37,5% pensent que le centre répond à leur demande contre 20,8%.

Tableau 20 : Répartition des enquêtés selon que le centre répond ou pas à leur demande

Aspiration/centres	CHL		CTA		CEDAV		Total
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
Répond	11	45,8	8	33,3	5	20,8	24
Ne répond pas	8	10,0	42	52,5	30	37,5	80
TOTAL	19	18,3	50	48,1	35	33,7	104

Source : notre étude

4.4.3 Le respect des rendez-vous, le suivi et la collaboration avec les structures des PVVIH

Les questions relatives au respect des rendez-vous et collaboration avec les structures des personnes vivant avec le VIH, 99 enquêtés ont répondu à cette question. Pour 53,5% les agents respectent les rendez-vous et pour 45,5% c'est le suivi des patients qu'ils respectent.

Tableau 21 : Opinion des enquêtés selon le respect des rendez-vous les suivis permanents et la collaboration avec les structures des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Respect	Effectifs	%
Rendez-vous	53	53,5
Suivis permanents	45	45,5
Collaboration avec structures	01	01,0
TOTAL	99	100,0

Source : notre étude

4.4.4 Soutien de la famille aux personnes vivant avec le VIH/SIDA

Pour la majorité des enquêtés (71%) la famille apporte son soutien socio-économique, tan disque les 29% ont affirmé que leur famille ne participent pas du tout ni aux soins ni au soutien socio-économique.

Tableau 22 : Répartition des enquêtés selon le soutien apporté par la famille aux PVVIH

Participation de la famille	Effectifs	%
Soutien socio-économique de la famille	71	71,0
Ne participe pas	29	29,0
TOTAL	100	100,0

Source : notre étude

4.4.4.1 Contribution de la famille aux soins et soutien socio-économique selon le niveau d'instruction du patient.

La contribution de la famille aux soins et au soutien, varie selon le niveau d'instruction des enquêtés. Sur les 98 enquêtés qui ont donné leurs opinions, 69 reconnaissent que leurs familles contribuent aux soins et soutien aux PVVIH. Ainsi 41,4% de ceux qui ont affirmé que la famille ne contribue pas, ont un niveau secondaire d'étude contre 17,2% qui sont sans instruction. Le niveau d'instruction du patient n'est pas un obstacle à la contribution de la famille au soutien du patient.

Tableau 23 : Répartition des enquêtés selon la participation de la famille aux soins et soutien aux PVVIH en fonction du niveau d'instruction du bénéficiaire

Participation/niveau	Aucun		Alphabétisé		Primaire		Secondaire		Supérieur		Total
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff
Contribue	10	14,5	09	13,0	23	33,3	26	37,7	01	01,4	69
Ne contribue pa	05	17,2	09	31,0	02	06,9	12	41,4	01	03,4	29
TOTAL	15	15,3	18	18,4	25	25,5	38	38,8	02	02,0	98

Source : notre étude

La famille contribue aux soins et au soutien sur trois aspects : l'aspect économique, l'aspect affectif, et sur les soins palliatifs. Cependant, 75,7% des répondants reçoivent auprès de leur famille un soutien affectif contre 8,6 qui reçoivent un soutien économique.

Tableau 24 : Contribution de la famille selon les enquêtés au soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA sur le plan économique, affectif et soins palliatifs

Economique/affectif/palliatif	Effectifs	%
Economique	6	08,6
Affectif	53	75,7
Soins palliatifs	11	15,7
TOTAL	70	100,0

Source : notre étude

4.4.4.2 Implication des enquêtés dans la prise de décision concernant le centre de soins et soutien aux PVVI

Pour la majorité des enquêtés (71,7%), ils sont impliqués dans la prise des décisions concernant les activités du centre. Mais pour les 28,3% ils ne sont pas tous impliqués dans la prise de décision des centres.

Tableau 25 : Répartition des enquêtés selon qu'ils soient ou pas impliqués dans la prise de décisions des activités du centre

Implication prise décision	Effectifs	%
Impliqués	71	71,7
Non impliqués	28	28,3
TOTAL	99	100,0

Source : notre étude

Mais les opinions varient en fonction aussi des centres. Pour les enquêtés du CTA (50,7%), ils sont impliqués dans la prise de décision. Pour ceux de HNL, 21,1% et du CEDAV 28,2% affirment qu'ils sont impliqués.

Tableau 26 : Répartition des enquêtés selon les centres et leur implication dans la prise de décision des activités du centre

Implication/centres	HNL		CTA		CEDAV		Total
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
Impliqués	15	21,1	36	50,7	20	28,2	71
Non impliqués	02	07,1	11	39,3	15	53,6	28
TOTAL	17	17,1	47	47,5	35	35,4	99

Source : notre étude

4.4.4.3 Opinions des enquêtés selon qu'il faut revoir, continuer ou laisser le programme de soins et soutien aux PVVIH

Les opinions des enquêtés divergent sur le fait de revoir, laisser tomber ou d'appuyer les centres de soins et soutien des PVVIH. Ainsi pour 67% des enquêtés, les bailleurs de fonds doivent revoir le système de fonctionnement des centres et pour 22% il s'agit de les appuyer. Mais pour les 13%, ils proposent de laisser tomber les centres de soins si le soutien n'est pas global.

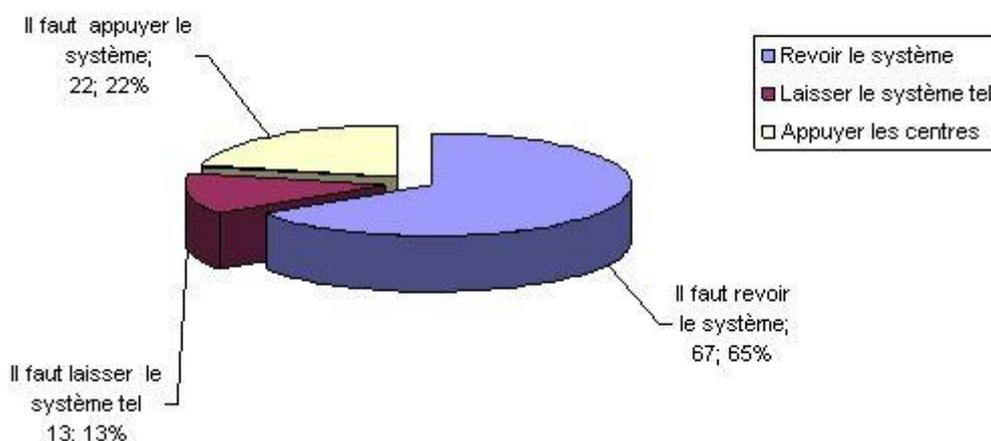


Figure 6 : Opinions des enquêtés sur le fait de revoir, laisser ou appuyer les centres de soins et soutien des PVVIH

Source: notre étude

La répartition des enquêtés selon les différents centres de soins et selon les opinions sur le fait de revoir, laisser ou appuyer les centres se présente comme suit : 47,8% des enquêtés qui pensent qu'il

faut revoir le système de fonctionnement des centres sont du CTA et 46,2% de ceux qui pensent qu'il faut laisser le système comme tel sont du CEDAV et 27,3% de ceux qui pensent qu'il faut appuyer sont de l'HNL.

Tableau 27 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur le système de fonctionnement en fonction des centres de soins et soutien aux PVVIH

	HNL		CTA		CEDAV		Total
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
Revoir,laisser,appuyer/centres							
Revoir le système	11	16,4	32	47,8	24	35,8	67
Laisser le système	02	15,4	05	38,5	06	46,2	13
Appuyer le système	06	27,3	11	50,0	05	22,7	22
TOTAL	19	18,6	48	47,1	35	34,3	102

Source : notre étude

4.5 Les acteurs chargés du programme de soins et soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Tableau 28 : Répartition des acteurs de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA selon la profession et le centre de soins et soutien aux PVVIH

	HNL	CTA	CEDAV
Médecins	2	2	2
Infirmiers	4	3	2
Assistant social	4	2	4
Laborantin	3	3	3
Logisticien	1	1	1
Comptable	1	1	1
TOTAL	15	12	13

Source : notre étude

4.5.1 Les besoins et problèmes des centres de soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA selon les acteurs

Les besoins des différents centres exprimés par les acteurs sont : la disponibilité continue des réactifs et ARV et de fonds pour assurer une bonne prise en charge. En effet ces besoins ont été exprimés en tenant compte des ruptures de réactifs et d'ARV. A cela vient s'ajouter un problème de local et de manque de personnel. Malgré, le soutien des partenaires, le nombre de personnel surtout médical est très insuffisant. Au plus, deux médecins pour un centre de prise en charge ou bien deux

assistantes sociales. Il y a souvent des problèmes d'observances liées à un manque de mécanisme de suivi des patients au niveau ménage. Cela explique le nombre croissant de perdu de vue dans beaucoup de centre.

4.5.2 Fréquentation et conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA selon les acteurs

Les acteurs chargés des soins et du soutien des personnes vivant avec le VIH, pensent que les soins administrés aux PVVIH sont plus ou moins bons. Selon ces derniers, ce qui motive les PVVIH à fréquenter les centres sont surtout la gratuité des médicaments et le soutien socioéconomique. Les PVVIH reçoivent régulièrement une aide financière et alimentaire, qui leur permet de préparer souvent des repas de convivialité. Ces repas, selon les acteurs, leur fournissent un apport nutritionnel nécessaire pour leur organisme.

Les conditions de vie sont souvent difficiles pour certaines personnes vivant avec le VIH, ils ne sont pas tous dans des bonnes conditions alimentaires. Cela ne facilite pas les rapports avec les agents chargés du programme. Même s'ils sont regroupés en réseau (RENIP+) pour se donner plus d'affection, ils sont souvent victimes de rejet social comme le témoigne cet enquêté «certains parents ne sont même pas au courant du statut sérologique, puisque les patients ont peur d'être rejetés ou discriminés ».

4.5.3 Les stratégies adoptées

Parmi les stratégies adoptées dans le cadre des soins et soutien, nous avons la pluridisciplinarité des équipes dans les centres. Ces équipes sont composées de médecins, infirmiers et assistants sociaux. Il y a aussi l'implication des PVVIH dans toutes les activités de prise en charge et la disponibilité du personnel soignant.

4.5.4 Suggestions

- A la fin de l'entretien les acteurs ont formulé des suggestions suivantes :
- Mettre les agents qui travaillent dans les centres dans des bonnes conditions de travail ;
- Associer les personnes vivant avec le VIH dans la gestion de la prise en charge
- Doter les centres de consommables médicaux en qualité et en quantité suffisante.

Tableau 29 Opinions des acteurs sur les fréquentations, besoins et conditions de vies des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

THEMES	OPINIONS DES ACTEURS
Fréquentations des centres	<p>La qualité de la prise en charge est plus ou moins bonne</p> <p>Souvent il y a des ruptures de réactifs et ARV</p> <p>Les personnes vivant avec le VIH/SIDA viennent régulièrement au centre de prise en charge</p> <p>Ce qui motive les personnes vivant avec le VIH à fréquenter le centre de prise en charge c'est surtout la gratuité de la prise en charge (médicale et sociale)</p> <p>L'accueil des agents de santé</p> <p>L'aide financière, alimentaire et les examens complémentaires</p> <p>La majorité des patients sont satisfaits de la prise en charge</p>
Conditions de vies des PVVIH	<p>Les personnes vivant avec le VIH/SIDA ne sont pas tous dans de bonnes conditions alimentaires</p> <p>Certains parents ne sont pas au courant du statut sérologique ce qui fait que les patients ont peur d'être rejetés, stigmatisés ou discriminés</p> <p>Beaucoup de partenaires participent à la prise en charge</p> <p>Nous sommes en très bons rapports avec nos collègues agents de santé</p> <p>Les rapports sont souvent très difficiles avec certains patients</p>
Besoins immédiats du centre	<p>Les besoins immédiats du centre en matière de prise en charge est la disponibilité continue des réactifs et ARV</p> <p>La disponibilité de fonds pour assurer une bonne prise en charge</p> <p>Le centre répond aux aspirations des personnes vivant avec le VIH/SIDA</p> <p>Problème de local et de personnel</p> <p>Problèmes liés à l'observance</p>
Stratégies	<p>Existence d'une équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmier, assistant social) avec deux volets : médical et psychosocial et socioéconomique</p> <p>Disponibilité du personnel</p>
Suggestions	<p>Mettre les agents de santé dans de bonnes conditions de travail</p> <p>Associer les PVVIH dans la prise en charge</p> <p>Consommables médicaux en qualité et en quantité suffisante</p>

Source : notre étude

4.5.5 Discussion

Comme dans tous les pays de l'Afrique subsaharienne, les soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH SIDA restent une préoccupation. Le nombre de personne bénéficiant des soins et soutien dans les centres est nettement en dessous du nombre de personnes qui désire un traitement ARV. Selon des études qui ont été menés dans le cadre du traitement ARV, plus de 4,6 millions d'africains séropositifs ont besoin d'ARV (IRIN, 2008).

Au Niger, l'INARV (Initiative nigérien d'antirétroviraux) avec un financement de 165 280 555 CFA a mis à la disposition des centres de prise en charge un stock de médicament permettant de prendre en charge plus de 3762 patients en 2007. Mais la disponibilité des ARV ne résout pas le problème de dépistage et de perdu de vu. Ainsi selon les statistiques de l'Unité Sectorielle de Lutte contre le SIDA (ULSS) de décembre 2004 avec seulement 6 patients perdu de vue sous traitement on arrive à 266 en décembre 2007. Même si le soutien des partenaires techniques et financier a facilité l'accès à la prise en charge le plus grand problème en Afrique reste le nombre de personne dépisté.

En espérant trouver les facteurs qui peuvent influencer les soins et soutien aux PVVIH, nous avons croisé un certain nombre de variables telles que l'âge, le sexe, et la situation matrimoniale. Ces variables ont été croisées à d'autres variables comme le temps d'attente dans les centres de soins et soutien, l'accueil, la satisfaction et les aspirations des enquêtés.

Les résultats ont montré que le sexe n'est pas un facteur influant la qualité de soins et soutien, le fait qu'on soit homme ou femme n'a pas d'influence sur l'accueil qu'on réserve aux patients. Nous avons fait également le test d'association pour voir si le temps d'attente avant la consultation au centre peut avoir une influence sur la qualité de soins. Il n'y a non plus de facteur d'association, le risque relatif (RR) est toujours dans l'intervalle de confiance approximativement égale à 1. Ce qui montre qu'il n'y a pas d'association entre ces facteurs. Ce qui est tout le contraire des opinions de FOLQUET A. et al (page 17), qui pensent que le délai d'attente peut avoir une influence sur la qualité des soins dans les différents centres de santé.

Mais d'autres facteurs sont susceptibles d'être un obstacle aux soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il s'agit notamment de l'insuffisance des centres, de personnel, insuffisance de soutien alimentaire et d'activités génératrices de revenus. En moyenne, 57,77% pensent que le soutien alimentaire est très insuffisant. Ainsi, le facteur soutien alimentaire peut être un obstacle pouvant influencer la qualité des soins. Cela est contraire aux opinions de (Rosen et al; 2007) qui pensent que « les perdus de vue et les décès constituent en majorité les causes de prise discontinue d'ARV ». La prise discontinue d'ARV peut être liée à un manque de motivation des patients qui jugent le soutien insuffisant. Une fois que le patient n'est pas motivé, il ne viendra pas au centre pour prendre ses médicaments. Plus on améliore le soutien alimentaire et le nombre de centre de soins, plus les conditions de soins et soutien seront jugées appréciables par les bénéficiaires.

Un autre facteur qui constitue un obstacle de soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH, celui de la prise en compte des aspirations des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il ressort de notre étude que 77% (figure 5) affirment que les centres ne répondent pas à leurs demandes. En effet les PVVIH attendent plus de soutiens et d'activités de la part des centres de soins. Ils attendent par exemple des centres, la création d'activités génératrices de revenu pour la majorité de ceux qui ont perdu leurs emplois. Cela montre que les programmes de soins et soutien dans les pays de l'Afrique subsaharienne doivent largement dépasser la prise des ARV. Ces programmes pour avoir plus de résultats doivent avoir une vision multisectorielle comme le pensaient (Thomas et al, 2006) « continuer de déployer tout les efforts nécessaires pour intensifier la riposte globale et durable (...) afin de mener toute une gamme d'activités multisectorielles ». Ce point de vue encourage la création d'activités génératrices de revenu pouvant ainsi répondre aux aspirations des personnes vivant avec le VIH/SIDA. La création d'activités génératrices de revenu peut avoir des résultats significatifs en termes d'indépendance économique des PVVIH. Cela peut améliorer leurs conditions de vie et surtout leur état nutritionnel, facilitant ainsi le traitement.

Même avec ces obstacles le système de prise en charge est encourageant sur le plan de la performance. La CISLS à travers l'axe stratégique IV (soutien aux personnes infectées et affectées et promotion des droits humains) s'est donné comme objectifs spécifique : organiser la prise en charge psychosociale des PVVIH sur les sites de PEC médicale, de prévention de la transmission Mère enfant du VIH, des centres de protection sociale à 100% et des ménages à 50%. Pour atteindre cet objectif, une stratégie de renforcement des acteurs de prise en charge psychosociale a été adoptée. Cela a permis à tous les sites de disposer d'acteurs de prise en charge psychosociale et aux PVVIH de bénéficier à 100% d'un soutien psychosocial.

L'objectif général du programme de prise en charge de la Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA est la réduction de l'impact VIH sur les familles, les communautés et les secteurs socio-économiques (voire indicateur du cadre logique page 21).

Le programme de prise en charge a pour but :

- L'amélioration de la qualité de prestation de service dans les centres de prise en charge ;
- L'amélioration des conditions de vies des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Pour mesurer l'atteinte des objectifs par rapport aux résultats, nous avons retenu comme indicateurs : le pourcentage des personnes vivant avec le VIH/SIDA ayant bénéficié d'un appui en soins conseil et soutien socio-économique de 2005 a 2008.

Le nombre de personne vivant avec le VIH/SIDA qui sont satisfaits des soins et services des centres de prise en charge.

Il ressort de notre étude que sur les 104 enquêtés, tous les 102 ont affirmé bénéficier de soins et de soutien en termes de médicaments, conseil ou soutien alimentaire. Par rapport aux objectifs du programme de prise en charge 98,07% des personnes vivant avec le VIH/SIDA de notre étude

bénéficient de la prise en charge initiée par la coordination intersectorielle. L'amélioration des conditions de vie des PVVIH est déterminée par leur niveau de satisfaction. Ainsi 86,53% des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont satisfaites des soins et services des centres de prise en charge en 2008.

L'efficacité du programme de soins et soutien aux PVVIH est basée sur les moyens mobilisés (activités et ressources) par rapport aux résultats et aux effets des différentes actions menées. Ainsi entre 2003 à 2006 plus de 681 358 218 FCFA ont été affectés à l'achat et à la réalisation de biens et services. Aussi, 83 620 339 FCFA ont été investis dans l'acquisition des ARV et 81 660 216 pour les réactifs (CISLS, 2008).

L'objectif (objectif spécifique 2 axe III) est d'assurer la prise en charge de 7000 PVVIH adultes selon les normes et procédures nationales d'ici à 2012. En décembre 2007 le nombre de personnes qui ont initié le traitement ARV est de 3712 (tableau1). L'objectif d'avoir 7000 PVVIH pris en charge est atteint à 53,02% en 2007. Cela montre que le résultat est très significatif par rapport à l'investissement qui a été réalisé dans le temps.

Mais le nombre de personnes dépistées reste toujours un handicap qui freine le rythme de la lutte contre le VIH/SIDA au Niger. Cette performance sera beaucoup plus importante si les efforts sont concentrés sur le dépistage effectif. Beaucoup de gens vivent avec la maladie sans connaître leur statut sérologique. Le nombre de centres prescripteurs étant de douze (12) pour tout le pays, n'offre pas de possibilité de dépister un nombre important.

5 Conclusion

A la fin de notre étude, nous avons atteint les objectifs de notre étude qui consistent, à déterminer les obstacles liés aux soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les centres de soins pilotés par la CISLS au Niger. Ces obstacles favorisent le nombre sans cesse croissant des patients perdus de vue. Comme obstacles rencontrés selon les bénéficiaires nous avons : une insuffisance des centres de soins et soutien aux PVVIH, une insuffisance d'agents de santé dans les centres, le manque d'activités génératrices de revenus et une insuffisance du soutien. Selon les opinions des enquêtés les obstacles liés à la fréquentation des centres de soins et soutien sont : l'insuffisance de personnes dépistés, insuffisance d'information, les occupations quotidiennes et le manque de frais de taxi pour se rendre au centre de soins. Toujours comme obstacles, les enquêtés pensent aussi que les centres ne répondent pas à leurs aspirations puisque la prise en charge n'est pas effective. Certains examens médicaux ne sont pas payés ni remboursés par les centres. Ils proposent en majorité (65%) de revoir le système de fonctionnement des centres pour améliorer les soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH.

Malgré, ces obstacles évoqués par les bénéficiaires des soins et soutien, le programme de la prise en charge des PVVIH piloté par la Coordination Intersectorielle de Lutte contre le SIDA (CISLS) est très performant. Un niveau de satisfaction jugé appréciable par les PVVIH. L'objectif de prendre en charge 7000 personnes vivant avec le VIH/SIDA est atteint à 53,02% (3712 PVVIH prise en charge sur 7000 pour 2015). Les recommandations issues de cette étude, peuvent aider la Coordination Intersectorielle de Lutte contre le SIDA à atteindre ses objectifs.

Cependant, quel sera l'avenir des PVVIH dans un contexte de crise financière généralisé à l'absence d'un soutien national conséquent aux soins et soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA ?

6 Recommandations

A l'endroit de la CISLS :

Pour faciliter davantage l'accès aux soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, la Coordination Intersectorielle de Lutte contre le VIH doit :

- Augmenter les centres de dépistage et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH : faire de sorte que toutes les régions et même toutes les communes disposent de centres de soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- Amener la population à initier une prise en charge communautaire des PVVIH en mettant en place des structures capables d'organiser la population pour mobiliser des ressources et contribuer aux soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- Augmenter le nombre d'agents de santé dans les centres de soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH, afin de garantir aux patients l'accès aux soins et soutien de manière quantitative et qualitative;

A l'endroit des centres :

- Financer les activités génératrices de revenu pour que les personnes vivant avec le VIH qui ont perdu leurs emplois arrivent à contribuer à leurs soins et à améliorer leur situation alimentaire;
- Multiplier les campagnes de dépistages volontaires à l'échelle nationale afin de permettre à chacun de connaître son statut sérologique pour débiter très tôt le traitement en cas de test positif.

A l'endroit des PVVIH :

- Multiplier les groupes de discussions sur le respect des rendez-vous fixés par les centres de soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH ;
- Participer aux activités rentrant dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA réalisées par les centres de soins.

7 Proposition d'une campagne de contribution volontaire pour l'amélioration des conditions alimentaires des PVVIH

Justification de la campagne :

Les PVVIH ont souvent des pertes d'appétit ; l'ingestion et la digestion des nutriments sont difficiles. Ainsi, elles présentent des besoins nutritionnels plus que toutes personnes en bonne santé. L'aide alimentaire aura pour rôle de renforcer le système immunitaire de l'organisme grâce à l'amélioration de l'état nutritionnel des séropositifs sous trithérapie et de ceux dont l'état immunitaire ne justifie pas encore la mise sous ARV mais dont l'état nutritionnel est critique. Le renforcement de l'état nutritionnel réduit l'apparition des maladies opportunistes.

Objectif général :

Contribuer à améliorer la qualité de la vie par la réduction de l'impact du VIH/SIDA sur la sécurité alimentaire des personnes vivant avec le VIH/SIDA ou affectées.

Objectifs spécifiques :

1. Améliorer l'état nutritionnel de 50% des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui sont dans les centres de soins de Niamey d'ici janvier 2010 au Niger ;
2. Amener la population à contribuer à la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Effets attendus :

- Contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des PVVIH dénutris afin de contribuer à la réussite du traitement médical ;
- Renforcer la sécurité alimentaire des PVVIH ou des ménages démunis affectés par le VIH/SIDA
- Contribuer à améliorer les connaissances, attitudes et pratiques liées à la nutrition et au VIH/SIDA.

Population cible pour la quête : les agents des différents secteurs de la Coordination Inter Sectorielle de Lutte Contre le IST/VIH/SIDA (CISLS), des ONG, du secteur privé et de l'Assemblée Nationale. Avec la collaboration des coordonnateurs sectoriels des ministères ou des différents points focaux de ces secteurs. Ainsi, des urnes scellées seront déposées dans tous les 35 ministères et les ONG et Associations qui interviennent dans le cadre du VIH/SIDA et les hôtels.

INSTITUTIONS	GROUPE CIBLE
Assemblée nationale	Agents
Ministères	Agents
OMS	Agents
CISLS	Agents
UNICEF	Agents
HOTELS	Agents
Secteur privé (Chambre de Commerce)	Agents
ONG nationales et internationales	Agents

Période : du 1er juillet au 3 août 2009

Le mois de juillet : nous avons choisi le mois de juillet pour permettre aux différents points focaux de mobiliser la contribution de chaque institution. A cet effet, des urnes scellées seront placées dans les locaux des différents secteurs publics afin de recueillir les dons des agents ou des clients des services publics. Ces dons seront remis par leur représentant pendant la cérémonie de clôture en présence du plus haut responsable de la lutte contre le SIDA.

Le début du mois d'août :

Le 03 août 2009, journée de célébration de l'indépendance nationale du Niger est retenue comme date de clôture de la campagne. Une cérémonie de clôture sera organisée au cours de laquelle toutes les ressources mobilisées seront remises aux responsables des enfants vivant avec le VIH/SIDA en présence des différentes personnalités présentes. Cette contribution volontaire permettra de renforcer la prise en charge et d'améliorer leurs alimentations. Elle permettra aussi aux mères de ces enfants qui sont en contact des structures de prise en charge, de démarrer des activités génératrices de revenu pour prendre la charge de leurs enfants.

Stratégie de communication :

Rencontre avec les différents points focaux :

- Il s'agit d'une rencontre sous forme d'atelier de travail pour organiser la campagne qui s'étalera sur le mois de juillet jusqu'au 3 août 2009. Cette rencontre permettra de présenter et de corriger les différents supports de communication qui seront utilisés pendant cette campagne.
- Rencontre des points focaux avec leur personnel :

Cette deuxième rencontre permettra aussi de sensibiliser le personnel administratif sur la nécessité de venir au secours des enfants vivants avec le VIH/SIDA et de les informer sur l'organisation de la campagne.

Une caisse de solidarité sera ouverte au cours de cette rencontre qui permettra de mobiliser les ressources qui seront mis à la disposition des responsables de ces enfants.

Stratégie de création

Visuels : Comme support de communication nous allons utiliser des affiches qui seront élaborées pour la campagne. Ces affiches une fois amendées par les différents participants à la première rencontre seront envoyées dans toutes les institutions concernées par la campagne.

Mécanisme de suivie :

Le suivie de cette activité sera réalisée par le RENIP+ à travers des visites régulières (tout les deux mois) dans les centres de soins. Cela permettra de rencontrer les enfants, de contrôler leur nourriture et de vérifier également si les fonds collectés sont effectivement utilisés pour améliorer leur alimentation. A la fin de cette première édition en 2010 une évaluation permettra de voire l'impact de cette activité sur l'état nutritionnel de ces enfants vivant avec le VIH/SIDA.

8 Bibliographie

Bandura, A. *Self-efficacy in changing societies*, New York, Cambridge University Press, 1995, p 11

Direction générale des communications et du marketing Canada; rapport sur l'examen législatif des articles 21.01 à 21.19 de la loi sur les brevets, Industrie Canada, Bureau 264D, tours Ouest 235, rue Queen, Ottawa (Ontario) K1A 0H5

CISLS, *Cadre National de communication stratégique*, Direction de la communication, 10077, Niamey, 22février 2006, non publié

CISLS, *Plan national de suivi et d'évaluation du cadre stratégique national de la lutte contre les IST/VIH/SIDA 2008-2012*, août 2008, non publié

DGS & ANRS, *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*; Rapport 2006, Flammarion, 87, quai Panhard et Levassor, 75013 Paris 2006.

Dieleman M, Bwete V, Maniple E, Bakker M, Namaganda G, Odaga J, van der Wilt GJ. 'I believe that the staff have reduced their closeness to patients': anexploratory study on the impact of HIV/AIDS on staff in four rural hospitals inUganda.*BMC Health Serv Res.* 2007 Dec 18;7:205.

PMID: 18088407 [PubMed - in process]

Falquet, A., Danguye, Kouakou C., Moua, G. J.C., Houenou Agbo Y., Kouame K.J., *Evaluation de la satisfaction des clients en consultations pédiatrique au centre hospitalier universitaire de Cococdy Abidjan*, Médecine d'Afrique Noire Edition électronique, Octobre 2007-54 (10), pp521-529

Jean-Pierre Olivier de Sardan, *Dramatique déliquescence des États en Afrique*, *le Monde diplomatique*, février 2000, pp. 12-13.

Michel P, Amouretti M, Juge C, Mathoulin-Pelissier S, Mazou H, Pheley-Peyronnaud C, Rossignol C, Salmi L-R, *Lecture critique des indicateurs de qualité des soins*, *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* n°2, avril-juin 2001, pp 201-209

Ooms G, Van Damme W, Temmerman M.; *Medicines without doctors: why the Global Fund must fund salaries of healthworkers to expand AIDS treatment*.Belgian section of Médecins Sans Frontières, Brussels, Belgium.gorik.ooms@brussels.msf.org PMID: PMC1852123

PMID: 17439295 [PubMed - indexed for MEDLINE]

OMS, ONUSIDA, UNICEF, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé : rapport de situation*, mars 2007, ISBN 978 92 4 259539 0 (NLM classification: WC 503.6)

ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2008*, août 2008, 20 avenue Appia, CH-1211 Genève 27 Suisse, IBSN 978929 1737123, pp 362

Piot P, Greener R, Russell S. *Squaring the circle: AIDS, poverty, and human development.* PLoS Med. 2007 Oct;4(10):1571-5. Review. No abstract available. PMID: 17958469 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Rosen S, Fox MP, Gill CJ. *Patient retention in antiretroviral therapy programs in sub-Saharan Africa: asystematic review.* PLoS Med. 2007 Oct 16;4(10):e298. Review. PMID: 17941716 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Setswe G, Peltzer K, Banyini M, Skinner D, Seager J, Maile S, Sedumedi S, Gomis D, van der Linde I. *Report and policy brief from the 4th Africa Conference on Social Aspects of HIV/AIDS Research: Innovations in access to prevention, treatment and care in HIV/AIDS,* Kisumu, Kenya, 29 April - 3 May 2007. SAHARA J. 2007 Aug;4(2):640-51. PMID: 18071616 [PubMed - in process]

Santé-Canada, *Rapport du congrès international CVG/DPT relatif aux décisions sur la validation des produits pharmaceutiques en fonction du risque,* Ddirection des produits thérapeutiques Holland Cross, Tour "B" 1600, rue Scott, 6e étage Indice de l'adresse 3106B, Juin 2005 OTTAWA (Ontario) K1A 0K9

05-111210-58

Thomas P., Foster John W., *Le Sida le développement et la politique canadienne, Arriver à un accès mondial et universel d'ici à l'an 2010,* the North-South Institute; 2006 55 Murray street, suite 200, Ottawa, Ontario, Canada K 1N 5M3

Vasan A, Hoos D, Mukherjee JS, Farmer PE, Rosenfield AG, Perriens JH., *The pricing and procurement of antiretroviral drugs: an observational study of data from the Global Fund.* Bull World Health Organ. 2006 May;84(5):393-8. Epub 2006 May 17. PMID: 16710550 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Watson DB, Thomson RG, Murtagh MJ. *Professional centred shared decision making: patient decision aids in practice inprimary care.* BMC Health Serv Res. 2008 Jan 11;8:5.

PMID: 18190683 [PubMed - in process]

9 Liste des illustrations

Figure 1	: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction des soins reçus au centre	28
Figure 2	: Opinions des enquêtés sur les obstacles liés aux soins et soutiens dans les centres	30
Figure 3	Opinions des enquêtés sur les obstacles liés à la fréquentation des centres de soins et soutien aux PVVIH ..	33
Figure 4	: Répartition des enquêtés selon les besoins exprimés	34
Figure 5	Opinions des enquêtés sur le fait que le centre répond ou non à leur demande	35
Figure 6	: Opinions des enquêtés sur le fait de revoir, laisser ou appuyer les centres de soins et soutien des PVVIH ...	38

10 Liste des tableaux

Tableau 1	Situation des personnes vivant avec le VIH/SIDA de la Communauté Urbaine de Niamey de décembre 2004 à décembre 2007 au Niger	18
Tableau 2	Répartition des enquêtés selon le sexe et le centre de soins et soutien des PVVIH	19
Tableau 3	Distribution des enquêtés selon le sexe et le centre de soins et soutien aux PVVIH	24
Tableau 4	distribution des enquêtés selon leur situation matrimoniale	25
Tableau 5	Répartition des enquêtés selon la profession	25
Tableau 6	Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction	26
Tableau 7	: Distribution des enquêtés selon le temps de découverte de leur statut sérologique	26
Tableau 8	Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur le temps d'attente dans les centres	27
Tableau 9	: qualité de l'accueil au centre de prise en charge en fonction du sexe	27
Tableau 10	: Opinions des enquêtés selon les types de services reçu dans les centres	28
Tableau 11	: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction par Centre	29
Tableau 12	: Rapport des enquêtés avec les responsables du centre	29
Tableau 13	: Rapport des enquêtés avec les responsables du centre selon les centres	30
Tableau 14	: Distribution des enquêtés selon la nécessité de fréquenter les centres de soins et soutien	31
Tableau 15	: Répartition des enquêtes sur la nécessité de fréquenter les centres selon le temps de découverte du statut sérologique	31
Tableau 16	: Répartition des enquêtés selon qu'ils sont réguliers ou pas dans les centres de soins et soutien aux PVVIH 32	
Tableau 17	: Répartition des enquêtés selon les moyens de transport utilisés pour se rendre au centre de soins.	32
Tableau 18	: Répartition des enquêtés selon la régularité au centre et la distance à parcourir pour venir au centre de soins 33	
Tableau 19	: Répartitions des Besoins des enquêtés selon les centres	34
Tableau 20	: Répartition des enquêtés selon que le centre répond ou pas a leur demande	35
Tableau 21	: Opinion des enquêtés selon le respect des rendez-vous les suivis permanents et la collaboration avec les structures des personnes vivant avec le VIH/SIDA	36
Tableau 22	: Répartition des enquêtés selon le soutien apporté par la famille aux PVVIH	36
Tableau 23	: Répartition des enquêtés selon la participation de la famille aux soins et soutien aux PVVIH en fonction du niveau d'instruction du bénéficiaire	37

Tableau 24	: Contribution de la famille selon les enquêtés au soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA sur le plan économique, affectif et soins palliatifs	37
Tableau 25	: Répartition des enquêtés selon qu'ils soient ou pas impliqués dans la prise de décisions des activités du centre	37
Tableau 26	: Répartition des enquêtés selon les centres et leur implication dans la prise de décision des activités du centre	38
Tableau 27	: Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur le système de fonctionnement en fonction des centres de soins et soutien aux PVVIH	39
Tableau 28	: Répartition des acteurs de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA selon la profession et le centre de soins et soutien aux PVVIH	39
Tableau 29	Opinions des acteurs sur les fréquentations, besoins et conditions de vies des personnes vivant avec le VIH/SIDA.	41

11 Annexes

11.1 Annexe 1 : Questionnaire adressé aux bénéficiaires des soins et soutien socioéconomique des centres de soins

1. Identification de l'enquêté

Numéros du questionnaire : /__/_/_/_/

1. Site : /_/_/

2. Numéros enquêté : /_/_/_/_/

3. Date de l'enquête : /_/_/2008

4. Age en année /_/_/_/

5. Sexe : masculin féminin

6. Situation matrimoniale

Célibataire Divorce Veuf (ve)

Marie Union libre

7. Profession

Cultivateur Commerçant Fonctionnaire

Éleveur Autres /_____/

8. Niveau d'instruction

Aucun Alphabétisé

Primaire Secondaire Supérieur

2. Soins et soutien socio-économique dans les centres de soins

9. Depuis combien de temps avez-vous découvert votre séropositivité?

Depuis:

Moins de 3 mois

Plus de 3 mois

10. Etes-vous bénéficiaire des soins ou d'un soutien quelconque au centre de traitement

Oui

Non

Si oui de puis combien de temps ?

Moins de 5 ans

Plus de 5 ans

11. Quels sont les types de soins ou de soutien dont vous avez bénéficié au centre ?

.....
.....
.....

12. Comment vous jugez l'accueil des patients au centre ?

Très bien

Bien

Moyen

Pas bien

13. Selon vous le temps d'attente avant d'avoir les soins au centre est

Cout

Moyen

Assez long

14. Les soins ou soutien dont vous bénéficiez au centre sont-ils :

Très satisfaisant

Satisfaisant

Moyennement satisfaisant

Pas du tout satisfaisant

15. Vos relations avec les responsables du centre sont-elles :

Amicales

Non amicales

Ne sais pas

16. Avez-vous des difficultés à accéder aux soins et soutien du centre ?

Oui

Non

Si oui quelles sont ces difficultés ?

.....
.....
.....

3. Fréquentation des centres de soins et soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA

17. Selon vous est-il nécessaire de créer d'autres centres de soins et de soutien aux personnes vivant avec le VIH ?

Oui Non

Pourquoi ?

.....
.....
.....

18. Etes-vous régulier au centre de soins

Oui Non

Si oui à quelle fréquence ?

Chaque jour Souvent rarement jamais

Si non pourquoi

19. Vous habitez par rapport au centre à :

Plus de 10 km 10 km Moins de 10km

20. Pour partir au centre vous utilisez comme moyen de déplacement

Taxi Minibus A pied Autres à préciser/_____/

21. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour vous rendre au centre ?

.....
.....
.....

4. Besoins et aspirations des enquêtés

22. Quels sont vos besoins dans le cadre des soins et soutien ?

.....
.....
.....

23. Quels sont vos besoins prioritaires ?

.....
.....
.....

24. Le centres de soins répondent t-ils à vos aspirations ?

Oui non

Si non pourquoi ?

.....
.....

25. Les rendez-vous sont ils respectés par les agents qui travaillent dans les centres de soins ?

Oui Non

26. Les agents des centres de soins font-ils des suivis permanents des patients ?

Oui Non

Si non pourquoi ?

.....
.....

27. Est-ce que les membres de votre famille apportent leur contribution pour les soins et soutien socioéconomiques ?

Oui Non

Si oui

Quel type de contribution ?

Economique

Affectif

Soins palliatifs

Si non pourquoi ?

.....
.....
.....

28. Êtes-vous souvent impliqués dans la prise de décisions concernant les activités du centre ?

Oui Non

Si non pourquoi ?

.....
.....

29. A votre avis faut-il revoir, laisser tel qu'il est ou appuyer, le système de soins et soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA ?

Revoir

Laisser tel qu'il est

Appuyer

30. Quelles sont vos suggestions pour améliorer les services du centre ?

.....
.....
.....
.....

Merci

11.2 Annexe 2 : Guide d'entretien adressé aux agents de santé

I- **Identification**

1. AGE

2. SEXE:

3. Niveau d'instruction

• Supérieur:

• Moyen:

• Primaire:

4. Formation reçue / _____ /

5. Fonction occupée dans le centre / _____ /

6. Durée dans le centre / ___ / ___ / ___ /

II- **Fréquentation du centre par les personnes vivant avec le VIH**

7. Que pensez-vous des soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les centres de soins?

.....
.....
.....
.....

8. Pensez vous que les personnes vivant avec le VIH/SIDA fréquentent régulièrement le centre de soins et de soutien ?

.....
.....
.....
.....

9. Pourquoi d'après vous les personnes vivant avec le VIH fréquentent les centres de soins et de soutien?

.....
.....
.....
.....

..

10. Pensez vous que les PVVIH sont satisfaits de la façon dont ils reçoivent les soins et soutien dans les centres de soins?

.....
.....
.....

III- Accès des personnes vivant avec le VIH aux soins et soutien des centres de soins

11. Les patients qui bénéficient de soins et soutien abondante dans les centres?

.....
.....
.....
.....

12. Quels types de soins et de soutien reçoivent-ils dans les centres

.....
.....
.....
.....

13. Les parents viennent-ils en aide aux PVVIH sur le plan soins et soutien?

.....
.....
.....

.....
..

14. Y a-t-il des Associations ou ONG qui viennent en aide aux PVVIH sur le plan soins et soutien?

.....
.....
.....

15. Avez-vous des rapports amicaux avec les personnes vivant avec le VIH/SIDA ?

.....
.....
.....

16. Ces rapports sont-ils souvent difficiles?

.....
.....
.....

...

IV- Les besoins et stratégies du centre

16. Quels sont selon vous les besoins immédiats du centre pour mieux s'occuper des personnes vivant avec le VIH?

.....
.....
.....

17. Le centre répond-t-il à la demande des personnes vivant avec le VIH/SIDA?

.....
.....

18. Quels sont les problèmes que rencontre le centre ?

.....
.....
.....

19 Y- a-t-il souvent des malades qui ne viennent plus au centre après avoir débuté le traitement ?

.....
.....
.....

20. Comment le centres offre t-il les services de soins et de soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA ?

.....
.....
.....

21. Selon vous les soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH sont-ils suffisant ?

.....
.....
.....

22. Les PVVIH ont-ils été associés á la conception des activités du centre?

.....
.....
.....

23. Quels sont les obstacles que rencontrent les centres dans le cadre de soins et soutien aux PVVIH

24. Comment selon vous peut-on améliorer les soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH?

