

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE



MINISTRE DE LA SANTE ET
DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

SOINS ET TRAITEMENT ARV AU COURS DE L'INFECTION A VIH Pour le personnel médical

MANUEL DE REFERENCE

EDITION 2012

GROUPE DE TRAVAIL

Le développement de ce manuel a été réalisé sous la facilitation technique de ERCACI. Le groupe de travail se compose comme suit :

Nom et Prénoms	Titre et Provenance
1. Pr AMORISSANI FOLQUET Amah Madeleine	MCA UFR/SM d'Abidjan Service de pédiatrie CHU de Cocody 07848317 folquetamorissani@hotmail.com
2. Dr DADIE E. Alphonse	Médecin CHU Cocody Service de PPH 05083398/02249121 alphonsedadie@yahoo.fr
3. Dr AYEKOE Adou Ignace	Médecin au Programme National de Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH. 02 02 47 78/ 07 56 89 44 ayekoeadou@yahoo.fr
4. Dr KRAFFA Blaise	S/D de la formation continue et des stages DFR 01 258 221 kraffblaise@yahoo.fr
5. Dr DAINGUY Marie Evelyne	ACC UFR/SM d'Abidjan Service de pédiatrie CHU de COCODY 07 10 29 34 marieve3med@yahoo.fr

PREFACE

La formation des professionnels de santé constitue une étape importante dans l'organisation d'un système de santé en général et dans la prise en charge des patients vivant avec le VIH/sida en particulier. En Côte d'Ivoire, le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida à travers le Programme National de Prise en Charge Médicale des PVVIH, s'est engagé depuis 2003 dans un processus d'intégration des interventions de Prise en Charge des PVVIH dans les structures de Santé. Des progrès importants ont ainsi été accomplis dans le pays dans le cadre du passage à l'échelle de l'offre de services de prévention, de soins, de traitement et de soutien en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées à l'infection à VIH. Ce passage à l'échelle des activités de lutte contre le VIH/sida a facilité des formations en cascades des prestataires de soins à travers toute la Côte d'Ivoire afin de disposer d'un personnel qualifié à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Cependant, une analyse de la situation des formations montre : une multiplicité de modules traitant souvent des mêmes thèmes (CDIP, PTME, IST), (PEC Pédiatrique et PEC Adulte etc...) ; une répétition des chapitres d'un module à l'autre avec pour conséquences, un allongement de la durée des formations, un coût élevé de la formation et une absence prolongée des prestataires de soins sur leur lieu de travail.

C'est pour pallier à tous ces désagréments que le PNPEC a voulu regrouper dans ce manuel de référence de formation en soins et traitement du VIH/sida, tous les outils nécessaires pour une prise en charge holistique du sujet infecté par le VIH/sida qu'il soit nouveau né, enfant ou adulte. Cette prise en charge holistique prend en compte le traitement antiretroviral, le traitement des co-infections, des infections et affections opportunistes et les soins et soutien à offrir aux personnes affectées et aux soignants.

Ce manuel est un outil de formation de l'adulte axée sur la compétence prenant en compte les trois domaines de l'apprentissage que sont le cognitif, le psychomoteur et l'affectif. Les objectifs éducationnels de chaque module sont donc classés en savoir, savoir faire et en savoir être de sorte à favoriser l'acquisition de la compétence. Ce manuel est d'usage pratique et consacre 40% de son volume horaire aux cas cliniques. Le guide du formateur et le cahier du participant qui l'accompagnent, permettront aux formateurs d'harmoniser le transfert de la compétence aux bénéficiaires.

Je félicite les experts et toutes les bonnes volontés qui, sous le leadership du Programme National de Prise en Charge médical des PVVIH n'ont ménagé aucun effort pour l'élaboration de ces documents.

Mes remerciements s'adressent spécifiquement au Gouvernement américain, à ERCACI et JHPIEGO pour leur appui technique.

J'exhorte les prestataires de la santé, en l'occurrence les médecins, les chirurgiens dentistes et les pharmaciens à tirer profit de cet ouvrage pour une offre holistique de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH.

Ministre de la Santé et de la Lutte Contre le Sida

Professeur Thérèse NDRI-YOMAN

SOMMAIRE

Sigles et acronymes

Introduction

Module 1 : Notions essentielles sur l'infection à VIH

- Chapitre 1 : Généralités sur l'infection à VIH
- Chapitre 2 : Etiopathogénie, histoire naturelle, classifications
- Chapitre 3 : Diagnostic biologique de l'infection à VIH
- Chapitre 4 : Stratégies de prévention de l'infection à VIH
- Chapitre 5 : Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au sang et autres produits biologiques AES
- Chapitre 6: Secret médical
- Chapitre 7 : Gestion des déchets sanitaires

Module 2 : Traitement ARV

- Chapitre 1 : Directives du traitement ARV
- Chapitre 2 : Présentation des molécules antirétrovirales
- Chapitre 3 : Modalités thérapeutiques
- Chapitre 4 : Observances et suivi du traitement ARV

Module 3 : Soins et soutien au cours de l'infection à VIH

- Chapitre 1 : Prise en charge des affections opportunistes
- Chapitre 2 : Prise en charge de la douleur
- Chapitre 3 Prise en charge des autres symptômes pénibles
- Chapitre 4 Soutien nutritionnel et alimentaire
- Chapitre 5 : Soutien social
- Chapitre 6 : Soutien psychologique
- Chapitre 7 : Soutien spirituel
- Chapitre 8 : Prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS)
- Chapitre 9 : Fin de vie et accompagnement des familles en deuil

Module 4 : Gestion des activités de Soins et traitement ARV

- Chapitre 1 : Notion de base sur la gestion des données
- Chapitre 2 : Organisation des activités de soins et traitement
- Chapitre 3 : Collecte des données.

Annexes

Annexe1 dilution d'une solution chlorée (l'eau de javel)

Annexe 2 : Matériel de sécurité

Annexe 3 : Score de Karnosky

Annexe 4 : fiche mémoire du professionnel de la santé

Annexe 5 : liste de participants à l'atelier de validation

Annexe 6 : directives 2012

Conclusion

LISTES DES TABLEAUX

No DES TABLEAUX	TITRE	PAGE
Tableau I :	Facteurs de risque de la Transmission mère-enfant du VIH	
Tableau II	Statistiques régionales VIH/sida fin 2009 chez les enfants et adultes	
Tableau III	Mode évolutif de l'infection à VIH de l'enfant	
Tableau IV	Classification immunologique du déficit associé au VIH (OMS 2005)	
Tableau V	Classification CDC 1993	
Tableau VI	Classification CDC 1994	
Tableau VII	agents pathogènes responsables d'infections lors d'un AES.	
Tableau VIII	Risque de contamination virale selon la nature du liquide biologique	
Tableau IX	Risque de transmission des virus (VIH, VHC, VHB) selon le type d'exposition	
Tableau X	Profondeur de la blessure et nature de l'objet vulnérant	
Tableau XI	Les sites d'action des différentes classes d'antirétroviraux	
Tableau XII	Inhibiteurs nucléosidiques de la Réverse Transcriptase	
Tableau XIII	Inhibiteurs non nucléosidiques de la Réverse Transcriptase	
Tableau XIV	Inhibiteurs de la Protéase	
Tableau XV	Les formes combinées des médicaments antirétroviraux	
Tableau XVI	Les ARV réservés pour le traitement de 3 ^{ème} ligne	
Tableau XVII	Les interactions médicamenteuses des INRT	
Tableau XVIII	Les interactions médicamenteuses des INNRT	

Tableau XIX	Les interactions médicamenteuses des IP	
Tableau XX	Résumé des principaux effets secondaires par classe d'ARV	
Tableau XXI	les effets toxiques potentiellement graves des médicaments ARV	
Tableau XXII:	critères d'initiation du traitement antirétroviral en Côte d'Ivoire chez les patients adultes et adolescents infectés par le VIH selon les directives nationales 2012 des	
Tableau XXIII	Directives nationales 2012 sur les critères immunologiques de mises sous TARV de l'enfant	
Tableau XXIV	protocoles thérapeutiques ARV chez l'adulte en Côte d'Ivoire	
Tableau XXV	schémas thérapeutiques de première ligne de l'infection à VIH chez l'enfant en Côte d'Ivoire	
Tableau XXVI	schémas thérapeutiques de seconde ligne de l'infection à VIH-1 chez l'enfant en Côte d'Ivoire	
Tableau XXVII	Régime thérapeutique chez le nourrisson infecté issu de la PTME	
Tableau XXVIII	Schémas thérapeutiques en Côte d'Ivoire en fonction des indications cliniques	
Tableau XXIX	Indications cliniques et schémas thérapeutiques chez les enfants de moins de 3ans en Côte d'Ivoire	
Tableau XXX	Indications cliniques et schémas thérapeutiques recommandés chez les enfants de plus de 3 ans en Côte d'Ivoire	
Tableau XXXI	Avantages et inconvénients des outils d'évaluation de l'observance	
Tableau XXXII	Avantages et inconvénients des méthodes de mesure de l'observance	
Tableau XXXIII	Stratégies pour améliorer l'observance	
Tableau XXXIV(a) :	Calendrier des patients éligibles et sous TARV	
Tableau XXXIV(b)	calendrier des patients éligibles et sous TARV	

Tableau XXXIV France	Calendrier des patients éligibles et sous TARV	
Tableau XXXV :	Définition clinique, immunologique et virologique de l'échec thérapeutique d'un traitement antirétroviral de première ligne de l'infection à VIH-1.	
Tableau XXXVI	Conduite à tenir devant échec thérapeutique	
Tableau XXXVII	Sièges des principales infections opportunistes	
Tableau XXXVIII	Principaux germes en cause	
Tableau XXIX	Posologies du cotrimoxazole en fonction du poids.	
Tableau...XXX	Principaux antituberculeux recommandés par l'OMS et l'UICMR	
Tableau XXXI	Prescription du régime de 1 ^{ère} ligne avec les formes combinées d'antituberculeux chez l'adulte	
Tableau XXXII	Prescription du régime de 1 ^{ère} ligne avec les formes combinées d'antituberculeux chez l'enfant	
Tableau XXXIII	Antibiothérapie en cas d'infections respiratoires à germes communautaires	
Tableau XXXIV	Traitement en fonction du type de mycobactérie	
Tableau XXXV	Classification FIGO (2009)	
Tableau XXXVI :	Recommandations 2010 des critères d'initiation du traitement antirétroviral en Côte d'Ivoire chez les patients adultes et adolescents co-infectés par le VIH/VHB	
Tableau XXXVII	Stratégies thérapeutiques du traitement antirétroviral chez les patients adultes et adolescents co-infectés par le VIH-VHB	
Tableau XXXVIII :	Score Amiel Tison	
Tableau XXXIX	Echelle douleur et inconfort du nouveau-né	
Tableau XL	Les myorelaxants utilisés dans le traitement de la douleur	
Tableau XLI	Corticoïdes utilisés dans le traitement de la douleur	
Tableau XLII	Antispasmodiques utilisés dans le traitement de la douleur	
Tableau XLIII	Biphosphonates	
Tableau XLIV	Diverses techniques utilisées pour calmer une douleur en fonction du stade de développement de l'enfant	

Tableau XLV	Traitement des diarrhées	
Tableau XLVI	Sites des escarres selon la position du malade dans le lit	
Tableau XLVII	Description des différents stades d'évolution de l'escarre	
Tableau XLVIII	Postures pour réduire la pression au niveau des zones à risque en fonction de la position du malade	
Tableau XLIX	Traitement des escarres selon leur stade d'évolution	
Tableau L	Prise en charge de la fièvre	
Tableau LI	Prise en charge de la diarrhée	
Tableau LII	Prise en charge des problèmes de peau	
Tableau LIII	Prise en charge des problèmes de bouche et de gorge	
Tableau LIV	Prise en charge de la toux et des difficultés à respirer	
Tableau LV	Prise en charge des nausées et des vomissements	
Tableau LVI	Prise en charge de la fatigue et de la faiblesse	
Tableau LVII	Apports énergétiques recommandés pour les PVVIH adultes selon le stade d'évolution de la maladie (en Kcal adapté de l'OMS, 2003)	
Tableau LVIII	Apports énergétiques recommandés chez les enfants de 6 mois à 18 ans infectés et non infectés par le VIH selon le stade d'évolution de la maladie	
Tableau LIX	Besoins énergétiques et stades évolutifs du VIH/sida chez l'enfant	
Tableau LX	Classification de la malnutrition selon l'indice Poids/Taille chez l'enfant de 6 à 59 mois	
Tableau LXI	Classification de l'état nutritionnel en fonction du périmètre brachial	
Tableau LXII	Classification de l'état nutritionnel en fonction de l'IMC	
Tableau LXIII	Avantages, inconvénients, conduite de l'alimentation et conseils en fonction du type d'aliment choisi pour le nouveau-né né de mère séropositive	
Tableau LXIV	Prise en charge nutritionnelle du sujet adulte VIH + avec IMC normal sans perte de poids	
Tableau LXV	Prise en charge nutritionnelle du sujet adulte VIH + avec malnutrition légère ou modérée	
Tableau LXVI	Prise en charge nutritionnelle avec intervention et suivi du sujet adulte VIH + ayant une malnutrition	

	aigue modérée	
Tableau LXVII	Prise en charge nutritionnelle du sujet adulte VIH + ayant une malnutrition aigue sévère	
Tableau LXVIII	Prise en charge nutritionnelle avec intervention et suivi du sujet adulte VIH + avec malnutrition aigue sévère	
Tableau LXIX	Prise en charge nutritionnelle des enfants nés de mères séropositives, des enfants vivants avec le VIH et /ou malade de la tuberculose de 0 à 18 ans avec malnutrition aigue sévère	
Tableau LXX	Distribution des sachets de Plumpy'nut® selon la classe de poids	
Tableau LXXI	Quantité d'ATPE à consommer pour le test de l'appétit en l'absence de balance de précision	
Tableau LXXII	Prise en charge nutritionnelle de l'enfant VIH + ayant une malnutrition aigue sévère sans complication	
Tableau LXXIII	Prise en charge nutritionnelle des enfants nés de mères séropositives, des enfants vivants avec le VIH et /ou malade de la tuberculose de 0 à 18 ans avec malnutrition aigue légère ou modérée	
Tableau LXXIV	Prise en charge nutritionnelle avec intervention et suivi du sujet enfant VIH + avec malnutrition aigue modérée	
Tableau LXXV	Prise en charge nutritionnelle des symptômes associés au VIH/sida	
Tableau LXXVI	Besoins fondamentaux selon Virginia Henderson	
Tableau LXXVII	Besoins sociaux élémentaires	
Tableau LXXVIII	Besoins sociaux complémentaires	
Tableau LXXIX	Exemple d'aliments pour un kit	
Tableau LXXX	Emotions et comportements selon les étapes de la crise	
Tableau LXXX	Critère d'accréditation d'un centre de PEC	

LISTE FIGURES

No DES FIGURES	TITRE	PAGE
Figure 1	distribution géographique des sous types du VIH 1	
Figure 2 :	Formes recombinantes du VIH 1	
Figure 3 :	Aperçu mondial de l'infection à VIH en 2009	
Figure 4 :	Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH dans le monde (ONUSIDA 2010)	
Figure 5 :	Evolution de l'espérance de vie à la naissance en Côte d'Ivoire, 1955-2000	
Figure 6 :	Evolution de l'espérance de vie dans certains pays africains à prévalence faible et élevée de VIH de 1950 à 2005	
Figure 7 :	Impact of HIV/AIDS on urban households, Cote d'Ivoire/impact du VIH sur les ménages urbains	
Figure 8 :	Structure du VIH-1 d'après « Traité de virologie médicale », J.M.Hurax, éditions Estem, France, 2003.	
Figure 9 :	Organisation génomique du VIH	
Figure 10 :	cycle de réplication du VIH	
Figure 11 :	Evolution de l'infection à VIH au cours du temps	
Figure 12 a :	L'impact de la prévention positive	
Figure 12 b	l'impact de prévention positive.	
Figure 13	: Séparation et disposition des déchets médicaux	
Figure 14 :	Réglette EVA	
Figure 15	: Planche des visages pour les enfants	
Figure 16 :	Dessin de cotation de la douleur chez l'enfant	
Figure 17 :	échelle visuelle analogique (EVA).	
Figure 18 :	Paliers de l'OMS	

Figure 19 :	Algorithmes de Prise en charge de la diarrhée chronique	
Figure 20 :	le cycle malnutrition et infection dans le contexte du VIH/sida (<i>FANTA 2002</i>)	
Figure 21 :	Classification de la malnutrition aigue chez l'enfant	
Figure 22	les soins sur la trajectoire de la maladie	
Figure 23	Vue d'ensemble du transfert du flux de données	
Figure 24 :	Circuit de la collecte des données	
Figure 25	Circuits des anciens clients	

SIGLES ET ACCRONYMES

AES	Accident d'Exposition au Sang
ALAT	Alanine Aminotransférase
AP	Antiprotéase
ASAT	Aspartate Aminotransférase
ARV	Antirétroviraux
BAAR	Bacille Acido-Alcool Résistant
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CD4	Lymphocyte T CD4+
CDC	Centers for Diseases Control and Prevention
CMV	Cytomégalovirus
CPK	Creatine Phosphokinase
CRP	C Réactive Protéine (Protéine C Réactive)
CTX	Cotrimoxazole
CV	Charge Virale
DBS	Dried Blood Spot (goutte de sang séchée sur papier filtre)
DIPE	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DFR	Direction de la Formation et de la Recherche
HAART	Highly Active Antiretroviral Treatment (Traitement Antirétroviral Hautement Actif)
HTIC	Hypertension intracrânienne
IM, IV, IVD	Intramusculaire, Intraveineuse, Intraveineuse Directe
INNRT	Inhibiteur Non Nucléosidique de la Reverse Transcriptase
INRT	Inhibiteur Nucléosidique de la Reverse Transcriptase
IOs	Infections Opportunistes
IP	Inhibiteur de la Protéase (antiprotéase)
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCIMAA	Prise en Charge Intégrée des Maladies des Adolescents et des Adultes
PCIMNE	Programme Intégré des Maladies de l'Enfant et du nouveau-né

PCR	Polymerase Chain Reaction (Réaction de polymérisation en chaîne)
PEC	Prise En Charge
PNPEC	Programme National de Prise En Charge des PVVIH
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH/sida	Personnes Vivant avec le VIH/sida
QBC	Quantitative Buffy Coat
RETROCI	Rétrovirus Côte d'Ivoire
SRO	Sel de Réhydratation Orale
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TARV	Traitement Antirétroviral
USA	United States of America
VHB, VHC, VHD	Virus Hépatite B, Virus Hépatite C, Virus Hépatite Delta
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine
ZDV (AZT)	Zidovudine

INTRODUCTION AU MANUEL

Malgré la stabilisation actuelle de la pandémie du VIH/sida dans le monde selon le rapport de l'ONUSIDA en 2010, l'Afrique subsaharienne reste la région la plus affectée par la maladie avec plus de 22,5 millions de personnes vivant avec le virus, soit 68% du total des cas mondiaux. En Côte d'Ivoire, la prévalence nationale du VIH est passée de 4,7 % (EIS 2005) à 3,4% (ONUSIDA) en 2010, avec 17000 nouvelles infections dues au virus et 36 000 cas de décès (ONUSIDA). En outre, le nombre de personnes vivant avec le virus est maintenant estimé à 450.000 dont 63000 enfants et 440 000 rendus orphelins du fait du VIH (ONUSIDA 2010).

Des progrès énormes ont été accomplis dans le cadre de la prise en charge des PVVIH. Selon le rapport d'activités du PNPEC, on comptait en décembre 2010, 58 000 patients VIH positifs sous traitement antirétroviral, suivis régulièrement dans 148 sites de prises en charge. Le manuel de référence sur la formation au traitement ARV, aux soins et soutien aux PVVIH se veut être un outil qui puisse permettre aux prestataires d'avoir une connaissance solide de l'infection à VIH pour une prise en charge efficiente des personnes infectées.

Ce document s'articule autour de quatre principaux modules subdivisés en plusieurs chapitres. Le premier module du manuel permet aux praticiens d'acquérir des notions essentielles sur l'infection à VIH. Il comprend les généralités sur l'infection à VIH, l'étiopathogénie, l'histoire naturelle, les classifications, le diagnostic biologique de l'infection à VIH, les stratégies de prévention, les AES, le Secret médical et se termine par la gestion des déchets médicaux.

Le module II traite des ARV qui ont considérablement amélioré la qualité de vie des PVVIH et le pronostic de la maladie. Pour être efficace, le prescripteur et le dispensateur des ARV doivent bien comprendre et maîtriser les principes et directives du traitement.

Le module III apporte les informations sur les soins et soutien à donner au cours de l'infection à VIH. Pour améliorer le pronostic des malades, la prévention des infections opportunistes doit être systématique, leur diagnostic précoce et leur traitement efficace. Les chapitres contenus dans ce module permettent d'optimiser la prise en charge des PVVIH par une approche globale de l'infection à VIH. Il passe en revue les autres aspects de la prise en charge dans le cadre d'une approche holistique et expose les méthodes diagnostiques et de prise en charge d'autres symptômes physiques. Il décrit les stratégies du soutien psychologique, social et spirituel des PVVIH et identifie les mesures et stratégies pour soutenir les professionnels de santé et les prestataires de soins.

Enfin, le module IV relatif à la gestion des activités de soins et traitement ARV décrit les outils de collecte de données, la gestion de ces données et l'organisation des activités de soins et traitement.

Le manuel de référence se termine par des annexes.

DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Manuel de référence PEC globale 2005
2. Manuel de référence PTME 2005
3. Manuel de procédure technique de la PTME 2008
4. Manuel de référence en prévention de l'infection à VIH (Draft)
5. Manuel de référence co-infection TB-VIH 2008
6. Manuel de référence en formation Soins Palliatifs pour les professionnels de la santé
7. Manuel de référence en formation Soins Palliatifs pour les communautaires
8. Manuel de référence en CDV
9. Manuel de référence en CDIP
10. Manuel de référence en Prévention positive (Draft)
11. Manuel de référence en Observance au traitement ARV
12. Memento thérapeutique du VIH/Sida en Afrique
13. Guide de PEC de l'infection VIH pédiatrique
14. Directives Nationales ARV 2012
15. Rapport Annuel VIH/SIDA du secteur de la Santé en Côte d'Ivoire 2009
16. Code de déontologie médical français article 72
17. Florence Duma s hôpital Tenon. Impact socio-économique de la pandémie du VIH/sida. Paris Revue transcriptase N° 112 novembre 2003
18. Prise en charge Intégrée des Maladies des Adultes et adolescents (PCIMA)
19. Prise en charge Intégrée des Maladies de l'enfant et du nouveau-né (PCIMNE)
20. J-M Dariosecq, A M Taburet, P M Girard Infection VIH. Mémento Thérapeutique 2007 Doin
21. Guide national de soins et soutien nutritionnels et alimentaires pour les personnes affectées et infectées par le VIH et/ou la tuberculose. Edition 2009
22. Protocole national de prise en charge nutritionnelle des personnes infectées et affectées par le VIH et/ou malades de la tuberculose. Edition 2009
23. (Emergency Infectious Diseases www.cdc.gov/eid vol 10 No 4 April 2004)
24. Philippe Letonturier. Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant, une nouvelle maladie professionnelle. La presse médicale, Vol 33, N° 6 p. 393 - mars 2004

Module I
NOTIONS ESSENTIELLES SUR
L'INFECTION A VIH

Introduction du module

La lutte contre le VIH/sida demeure un enjeu majeur de santé publique dans le monde, plus particulièrement dans les pays à ressources limitées d'Afrique subsaharienne. En effet, selon l'ONUSIDA en 2010, 33,5 millions de personnes vivaient avec le VIH/sida à travers le monde dont 22,5 millions en Afrique subsaharienne.

La Côte d'Ivoire reste le pays le plus touché en Afrique de l'ouest avec une prévalence de 3,4% et environ 450 000 personnes sont infectées [ONUSIDA 2009] dont 72011 personnes, sont sous traitement ARV suivis régulièrement sur 404 sites en décembre 2009 [Rapport DIPE 2009]. Ceci est le résultat de la politique de décentralisation initiée par le PNPEC. Cette politique doit être poursuivie et renforcée pour permettre une amélioration de la prise en charge des PVVIH. Le but de ce premier module est d'aider les apprenants à mieux appréhender l'importance de cette pandémie en leur fournissant les notions essentielles sur le VIH.

Objectif général du module

A la fin de ce module, le participant sera en mesure de décrire les notions essentielles sur le VIH

Objectifs d'apprentissage du module

Pour atteindre l'objectif du module, le participant devra être capable de:

1. Décrire les principaux éléments des généralités sur l'infection à VIH
2. Décrire l'étiopathogénie, l'histoire naturelle, les classifications de l'infection à VIH
3. Décrire les éléments de diagnostic biologique de l'infection à VIH chez l'adulte et chez l'enfant
4. Expliquer les principales stratégies de prévention de l'infection à VIH
5. Assurer la prévention et la prise en charge des accidents d'exposition au sang et autres produits biologiques AES
6. Gérer le secret médical
7. Gérer les déchets sanitaires

Plan du module

- Chapitre 1 : Généralités sur l'infection à VIH
- Chapitre 2 : Etiopathogénie, histoire naturelle et classifications de l'infection à VIH
- Chapitre 3 : Diagnostic
- Chapitre 4: Stratégies de prévention de l'infection à VIH
- Chapitre 5 : Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au sang et autres produits biologiques AES
- Chapitre 6: Gestion du secret médical
- Chapitre 7: Gestion des déchets sanitaires

Chapitre 1: Généralités sur l'infection à VIH

Introduction

La prévalence de l'infection à VIH est passée de 9,8% en 2000 pour atteindre 4,7 % en 2005 et 3,4% en 2010. Ceci est le résultat de différents facteurs, notamment l'impact des efforts consentis par le gouvernement ivoirien pour bâtir et pérenniser un système de santé capable de répondre aux besoins de la population avec l'appui des partenaires nationaux et internationaux.

Comprendre certaines étapes de l'évolution historique de l'infection à VIH dans le monde et en Côte d'Ivoire, son épidémiologie et son impact socio-économique permettra sans doute au clinicien de mieux appréhender certains aspects de la prise en charge de cette infection.

Ce chapitre aborde la chronologie des différents événements survenus depuis l'avènement de cette pandémie ainsi que l'épidémiologie et l'impact socio-économique de cette infection.

Objectifs éducationnels

A la fin de la formation, le participant sera en mesure de :

1. Enumérer les grandes étapes de l'historique de l'infection à VIH dans le monde et en Côte d'Ivoire
2. Définir les concepts, sida et VIH
3. Décrire la répartition géographique de l'agent pathogène
4. Citer les modes de transmission du virus
5. Enumérer les facteurs à risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant
6. Citer les déterminants de non transmission de l'infection à VIH
7. Citer les déterminants de propagation de l'infection à VIH
8. Décrire l'ampleur de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire
9. Décrire l'impact du VIH/sida sur la société et les secteurs d'activités.

Plan du chapitre

1. Historique
2. Epidémiologie
3. Impact socioéconomique

1. HISTORIQUE DE L'INFECTION A VIH

1.1. Dans le monde

- 1981 : Diagnostic des premiers cas aux USA
- 1982 : Définition du concept de SIDA
- 1983 : Isolement du VIH-1 par les équipes de L. Montagnier et de R. Gallo
- 1984 : Consensus autour du nom VIH
- 1985 : Développement du premier test sérologique

- Détection du VIH dans le lait maternel
- 1983-1985: Découverte des premiers cas de VIH chez les enfants en Afrique centrale et orientale
- 1986 : Découverte du VIH-2
- 1987 : Mise au point de l’AZT (Zidovudine)
- 1994 : Essai ACTG076 : AZT régime long PTME
- 1996 :
 - Trithérapies avec antiprotéases
 - Création de l’ONUSIDA
- 1997: Résultats des essais de l’AZT, régime court PTME (ANRS-CI et CDC- Thaïlande)
- 2001 : Réunion spéciale du Conseil de Sécurité sur le VIH/sida avec la création du Fonds Mondial des Nations-Unies (UNGASS)
- 2003 : Initiative 3 by 5 de L’OMS
- 2004: Mobilisation mondiale des ressources (Fonds Mondial, PEPFAR, Banque Mondiale...)

1.2. Historique en Côte d’Ivoire

Principales étapes de l’infection à VIH en Côte d’Ivoire :

- 1985: Diagnostic du premier cas de SIDA
- 1987 : Engagement de l’Etat de Côte d’Ivoire à travers la création du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS)
- 1990 : Premières études sur la Transmission Mère Enfant (TME)
- 1993 : Création de la cellule mère enfant
- 1994-1998: Essais cliniques sur régime court d’AZT en PTME: RETROCI (CDC)/DITRAME (ANRS)
- 1997:
 - CISMA à Abidjan et création du Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI)
 - Mise en place d’un fond de solidarité nationale pour les ARV
- 1998 :
 - Initiative ONUSIDA d’accès aux soins pour les PVVIH avec accréditation de 8 centres de PEC
- 1999 :
 - Résultats sur l’utilisation du cotrimoxazole (ANRS; CDC/RETROCI)
 - Atelier de consensus sur l’utilisation du CTX en prévention des Ios
 - Initiative PTME (UNICEF/FSTI)
- 2000 : Application des essais cliniques sur le régime court d’AZT en PTME
- 2001 :
 - Création du Ministère de la Lutte contre le sida
 - Création du Programme National de Prise en Charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PNPEC)
 - Gratuité de la prise en charge pédiatrique et de la PTME (ARV, bilan initial et de suivi)
- 2004 : Décentralisation et déconcentration des activités de prise en charge
- 2005 : Résultats des essais du nouveau schéma PTME (AZT 3TC NVP), DITRAME-PLUS (ANRS)

- 2005 : Enquête EIS avec une baisse de la prévalence à 4,7%
- 2008 : - Adoption et adaptation des nouvelles recommandations de l’OMS
- Gratuité de la PEC ARV en CI
- 2010 : Adoption des nouvelles recommandations de l’OMS

2. EPIDEMIOLOGIE

2.1. Définition

SIDA est le sigle du syndrome d’immunodéficience acquise :

- Syndrome: ensemble de signes
- Immuno Déficience: affaiblissement du système immunitaire Acquise : déficience ni innée, ni héréditaire

Cette infection est causée par un virus de la famille des rétrovirus appelé le virus de l’immunodéficience humaine (VIH) dont il en existe deux types : le VIH 1 et VIH2

2.2. Distribution géographique des VIH 1 ; détaillée sur la figure 1

La distribution géographique des VIH 1 est détaillée sur la figure 1

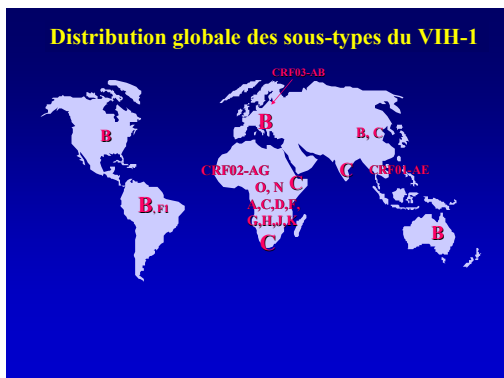


Figure 1 : distribution géographique des sous types du VIH 1

Les souches naturelles peuvent se recombiner et donner de nouveaux types de virus appelés virus recombinants. (Figure 2)

Recombinant forms of HIV-1

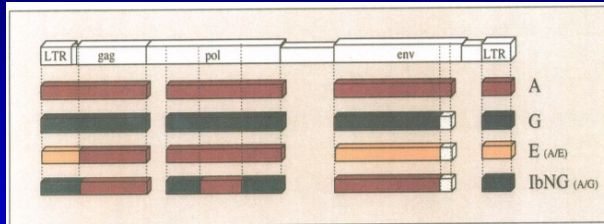


Figure 2 : Formes recombinantes du VIH 1

2.3. Caractéristiques physico-chimiques du virus

Les rétrovirus se caractérisent au plan physico-chimique par :

a- leur sensibilité à :

- Alcool à 70° pendant 15 minutes.
- Eau de Javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10 pendant 10 minutes.
- Soluté de Dakin pendant au moins 5 minutes.
- Chaleur à 56° pendant au moins 5 minutes.

b- leur résistance dans le milieu extérieur :

- Eau à 37° pendant 11 à 15 jours
- Sang en dessiccation 3-7 jours

2.4. Les liquides biologiques à risque élevé de transmission du virus

- Sang
- Sperme
- Sécrétions vaginales
- Lait maternel
- Autres (LCR, liquide amniotique, etc...)

2.5. Modes de transmission

Trois modes de transmission sont connus :

- Sexuelle
- Sanguine
- Mère - enfant

2.5.1. Transmission par voie sexuelle

Les facteurs de risques sont :

- les microtraumatismes lors de rapports sexuels,
- les rapports sexuels non protégés pendant les menstrues,
- les rapports sexuels non protégés avec partenaires multiples,
- le premier rapport sexuel chez la jeune fille,
- les viols et violences sexuelles
- la prostitution,
- Le stade avancé de la maladie
- les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ulcéraives ou non

Ce risque est variable selon ; le germe incriminé (Trichomonas, Chlamydia, Gonocoque...) ; la fréquence des contacts avec prostituées ; la présence d'ulcérations génitales chez l'homme et l'absence de circoncision.

2.5.2. Transmission par voie sanguine

Les facteurs de risques de la transmission par voie sanguine sont les suivants :

- Transfusion avec du sang non testé
- Toxicomanie avec échange de seringues

Certaines pratiques : excision, circoncision, percées d'oreilles, tatouages avec le même matériel souillé.

- Accident d'exposition au sang (AES)

2.5.3. Transmission mère-enfant

Les déterminants de la Transmission **Mère-Enfant** (TME) sont les facteurs de risque, le taux et le moment de transmission.

2.5.3.1. Facteurs de risque

Tableau I : Facteurs de risque de la Transmission mère-enfant du VIH

	Facteurs prouvés	Facteurs possibles
Viral	Charge virale élevée Sida avéré Certains génotypes et phénotypes viraux	Résistance virale (théoriquement possible)
Maternel	Déficit immunitaire (CD4 bas) Primo-infection pendant la grossesse ou l'allaitement	Déficit en vitamine A IST Chorioamniotite Nombreux rapports sexuels non protégés Utilisation de drogues par voie intra veineuse
Obstétrical	Accouchement par voie basse (comparé à césarienne programmée) Rupture des membranes de plus de 4 heures	Gestes traumatiques et invasifs : forceps, amniocentèse, épisiotomie, Versions par manœuvre externe, Hémorragie intrapartum
Fœtal	Prématurité < 37 SA	

Allaitement	Allaitement prolongé Pathologie des seins	Allaitement mixte Plaies buccales
--------------------	--	--------------------------------------

Source : De Cock KM et al. 2000

2.5.3.2. Taux de transmission

Le taux de transmission de la mère à l'enfant pour le VIH 1 est de 20 – 35 % et de 2 – 3 % pour le VIH 2 en l'absence d'intervention.

2.5.3.3. Moments de transmission

Le virus peut être transmis de la mère à l'enfant à n'importe quel moment de la grossesse. Le risque est plus important pendant l'accouchement (50-80 %) à cause du contact avec les sécrétions des voies génitales et demeure après l'accouchement si la mère allaite.

2.6. Déterminants de non transmission

Certains actes de la vie courante n'entraînent pas la transmission de l'infection à VIH :

- Salutations et baisers simples
- Utilisation de mêmes ustensiles de cuisine
- Utilisation de même couvert
- Utilisation de mêmes toilettes, douches, bureau, et couchette.
- Sueur, respiration, toux
- Piqûres d'insectes: mouches, moustiques
- Natation dans la même piscine

Utilisation des mêmes moyens de transport

2.7. Déterminants de la propagation du VIH

Les déterminants regroupent les comportements et les situations à risque favorisant l'expansion de l'infection dans la population :

2.7.1. Chez la femme

- Pauvreté
- Analphabétisme
- Lévirat, sororat
- Incapacité à négocier le préservatif
- Anatomie de la femme
- Subordination

2.7.2. Chez les jeunes

- Ignorance,
- Inconscience
- Mimétisme
- Esprit de groupe

2.7.3. Chez les corps habillés

- Mythe de l'uniforme : le port de l'uniforme donne le sentiment d'invulnérabilité.
- Missions loin des foyers conjugaux
- Esprit de groupe

2.7.4. Chez les migrants

Ces populations sont appelées à faire des déplacements fréquents et prolongés hors du foyer conjugal.

En général ceux-ci ne respectent pas les mesures de prévention : faible utilisation des préservatifs chez les routiers, les saisonniers, et les personnes en mission.

2.8. Ampleur de la maladie

2.8.1. Estimations mondiales

2.8.1.1 Estimations mondiales de l'infection à VIH chez les Enfants et les adultes

Tableau II : Statistiques régionales VIH/sida fin 2009 chez les enfants et adultes

	Adultes et enfants vivants avec le VIH	Nouvellement infectés Adultes et enfants	Prévalence parmi les adultes (15-49 ans)	Décès d'adultes et d'enfants liés au sida
Estimations mondiales	33,3 millions [31,4–35,3 millions]	2,6 millions [2,3–2,8 millions]	0,8 [0,7–0,8]	1,8 million [1,6–2,1 millions]
En Afrique Sub saharienne	22,5 millions [20,9–24,2 millions]	1,8 million [1,6–2,0 millions]	5,0 [4,7–5,2]	1,3 million [1,1–1,5 million]
Moyen-Orient et Afrique du nord	460 000 [400 000–530 000]	75 000 [61 000–92 000]	0,2 [0,2–0,3]	24 000 [20 000–27 000]
Asie du sud et du sud-est	4,1 millions [3,7–4,6 millions]	270 000 [240 000–320 000]	0,3 [0,3–0,3]	260 000 [230 000–300 000]
Asie de l'est	770 000 [560 000–1,0 million]	82 000 [48 000–140 000]	0,1 [0,1–0,1]	36 000 [25 000–50 000]
Océanie	57 000 [50 000–64 000]	4500 [3400–6000]	0,3 [0,2–0,3]	1400 [<1000–2400]
Amérique centrale et du sud	1,4 million [1,2–1,6 million]	92 000 [70 000–120 000]	0,5 [0,4–0,6]	58 000 [43 000–70 000]
Caraïbes	240 000 [220 000–270 000]	17 000 [13 000–21 000]	1,0 [0,9–1,1]	12 000 [8500–15 000]
Europe orientale et Asie centrale	1,4 million [1,3–1,6 million]	130 000 [110 000–160 000]	0,8 [0,7– 0,9]	76 000 [60 000–95 000]
Europe occidentale et centrale	820 000 [720 000–910 000]	31 000 [23 000– 40 000]	0,2 [0,2– 0,2]	8500 [6800–19 000]
Amérique du nord	1,5 million [1,2–2,0 millions]	70 000 [44 000–130 000]	0,5 [0,4–0,7]	26 000 [22 000– 44 000]

Source : rapport mondial ONUSIDA 2010

2.8.1.2 Prévalence mondiale du VIH

Figure 2.4

Prévalence du VIH au niveau mondial, 2009

Source : ONUSIDA

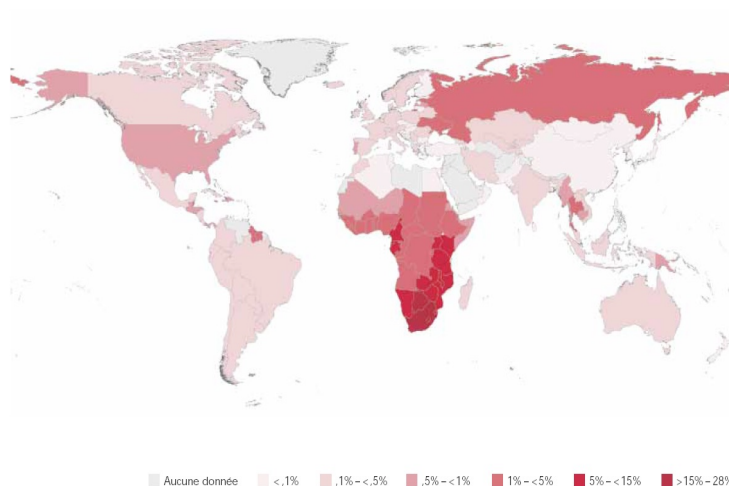


Figure 3 : Aperçu mondial de l'infection à VIH en 2009

2.8.1.3 Nombre de personnes nouvellement infectées dans le monde

Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH

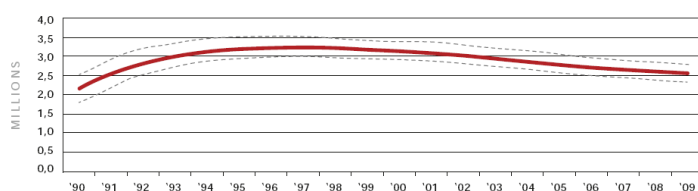


Figure 4 : Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH dans le monde (ONUSIDA 2010)

2.8.1.4 Statistiques de l'infection à VIH en fin décembre 2009

Estimations mondiales de l'infection à VIH en fin décembre 2009 (ONUSIDA 2010)

- Personnes infectées = 33,3 millions [31,4 million–35,3 millions]
- Proportion de femmes séropositives = un peu moins de 52 % du nombre total de personnes vivant avec VIH
- Nombre d'enfants vivant avec le VIH = 2,5 millions [1,7 million–3,4 millions]
- Nombre de personnes nouvellement infectées = 2,6 millions [2,3–2,8 millions] dont 370 000 [230 000–510 000] enfants.

2.8.2. Estimation de l'ampleur de l'épidémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire

2.8.2.1. Enquête sur les Indicateurs du sida en CI (EIS, 2005)

- Prévalence: **4,7%**
- Hommes = 2,9% ; Femmes = 6,4%
- Nombre de personnes vivant avec le VIH
 - Adultes et enfants = 570 000 dont 350 000 femmes (61.4%)
 - 74 000 Enfants vivant avec le VIH (< 15 ans) avec 16 200 nouvelles infections attendues /an si aucune action n'est entreprise
 - Enfants: 90% des infections dues à la TME
- Orphelins enfants vulnérables (OEV) du fait du VIH = 310 000

2.8.2.2. Estimations de l'infection à VIH en fin décembre 2009 (ONUSIDA 2010)

- Prévalence: 3,4%
- Nombre de personnes vivant avec le VIH
 - Adultes et Enfants = 450.000
 - Femmes de plus de 15 ans = 220 000 [190 000 – 260 000]
 - Enfants = 63 000 [32 000 – 91 000]
- Nombre de nouvelles infections
 - Adultes et enfants = 17 000 [11 000 – 27 000]
 - Adultes nouvellement infectés = 11 000 [5700 – 19 000]
- Nombre de décès d'adultes et d'enfants liés au sida = 36 000 [29 000 – 44 000]
- OEV = 440 00 [330 000 – 550 000]

2.8.2.3. Données disponibles de surveillance biologique du VIH en Côte d'Ivoire : A actualiser

- Chez les femmes enceintes, le taux de prévalence de l'enquête de Séro Surveillance Sentinelle (ESS) 2008: 4,5 %
 - 5,6 % en milieu urbain
 - 2,9 % en milieu rural

3. IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE

L'infection à VIH a des conséquences néfastes sur la société et l'économie des pays où sa prévalence est élevée. En effet le SIDA est une maladie qui affecte l'équilibre familial et social, compromet la stabilité économique et financière des PVVIH et les rend plus pauvres et vulnérables.

Ce sous chapitre décrit l'impact démographique, économique et social de l'infection à VIH.

3.1. Impact démographique

3.1.1. Morbidité et mortalité

L'infection à VIH représente 20% de la population vue dans les consultations de médecine des formations sanitaires urbaines. Le VIH/sida est la première cause de mortalité chez

l'adulte. En Afrique subsaharienne, le VIH/sida représente désormais la première cause de mortalité devant le paludisme et les pneumopathies.

3.1.2. *Espérance de vie*

Le VIH/sida a réduit de manière significative l'espérance de vie à la naissance comme le montre les figures 4 et 5. En Afrique subsaharienne, l'espérance de vie, dont la moyenne n'est plus que de 47 ans, aurait été de 62 ans en l'absence de VIH/sida.

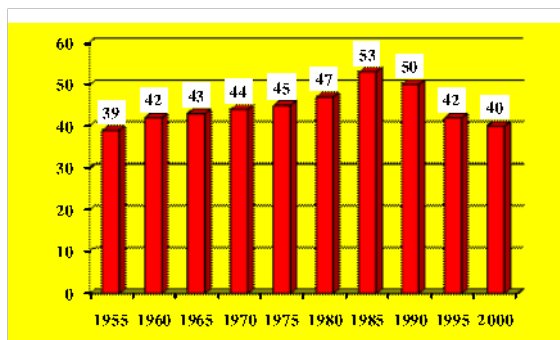


Figure 5 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance en Côte d'Ivoire, 1955-2000

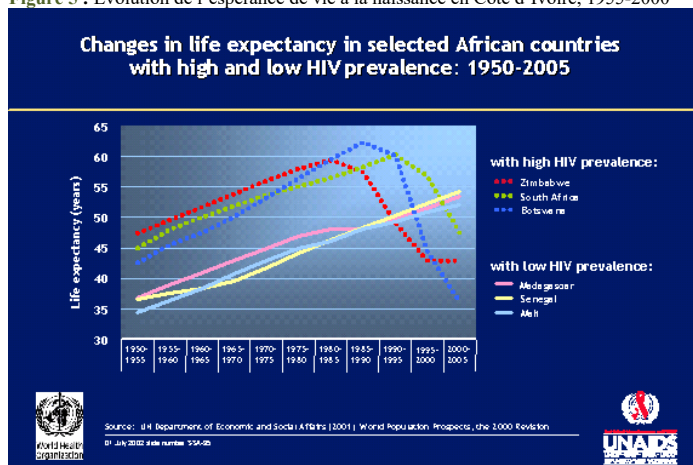


Figure 6 : Evolution de l'espérance de vie dans certains pays africains à prévalence faible et élevée de VIH de 1950 à 2005

3.1.3. *Impact sur les groupes vulnérables*

- Plus de 55% de la population totale des séropositifs sont des femmes.
- Les jeunes filles de 15 à 19 ans sont six fois plus atteintes que les garçons du même âge.
- Près de la moitié des sujets infectés par le VIH le sont avant 25 ans et décèdent en moyenne 10 ans plus tard.

3.2. Impact macro-économique

L'impact macro-économique est fonction de la prévalence de l'infection à VIH et touche le financement des programmes de santé et le Produit Intérieur Brut (PIB). Plus la prévalence croît plus le PIB diminue.

L'infection à VIH a entraîné un accroissement des coûts de financement des programmes de prévention et de traitement.

Les coûts de financement sont estimés à 54 millions \$ U.S/an pour la Côte d'Ivoire

3.3. Impact micro économique

Les impacts micro-économiques sont fonction de la prévalence de l'infection à VIH et touchent les ménages, l'activité économique et les différents secteurs notamment l'éducation, la santé, l'agriculture, les entreprises et les corps habillés

3.3.1. Sur le ménage

3.3.1.1. Impact économique

Lorsque la prévalence est comprise entre 1 et 4%, l'impact se ressent au niveau des ménages et du secteur de la santé.

Lorsqu'elle est comprise entre 5 et 9%, les dépenses de la famille pour les soins à vie d'un patient atteint du sida augmentent et se situent entre 416 et 546 \$ US/an (208 000 et 273 000 frs CFA si le coût du dollar est égal à 500 frs CFA).

Pour une prévalence comprise entre 10 et 20%, on note :

- Un impact catastrophique du sida sur les ménages
- Une chute de la consommation moyenne des ménages
- Une augmentation des frais médicaux des ménages et qui consacrent 25 à 50% de leur revenu net en soins aux malades du sida (Cf Figure 6)

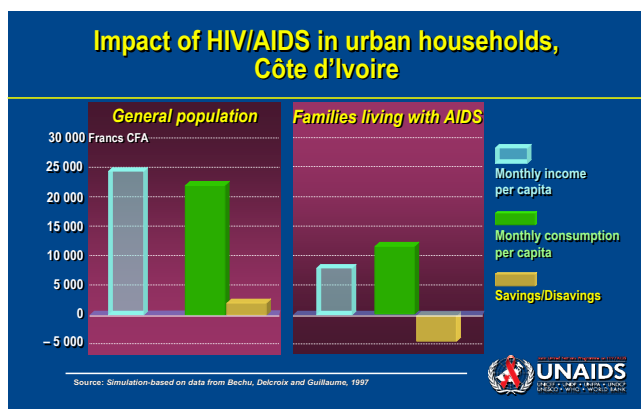


Figure 7: Impact of HIV/AIDS on urban households, Cote d'Ivoire/impact du VIH sur les ménages urbains

3.3.1.2. Impact social

Il va conduire à la désintégration de la famille par :

- Insécurité alimentaire

- Dissolution des familles par le fait du divorce
- Enfants séparés et répartis entre différents parents après le décès des parents
- Augmentation du nombre des femmes chefs de famille
- Impact psychosocial sur les familles prenant soins des patients
- Nouveaux nés séropositifs, les orphelins et enfants vulnérables
- Veuvage en cas de décès d'un membre du couple

3.3.2. Impact sectoriel

3.3.2.1. Impact sur l'éducation

Il se traduit par une baisse du taux de scolarisation et une augmentation du taux de mortalité et de morbidité des enseignants :

Par exemple, en Côte d'Ivoire, les résultats d'une étude montrent qu'il y a eu cinq décès d'instituteurs par semaine scolaire pour cause de sida pendant l'année scolaire 1996-1997. Cela a eu une conséquence sur la cohorte d'enfants scolarisables de 1997 à l'an 2000 : il y a eu en Côte d'Ivoire au moins 71 655 enfants âgés de 6 à 11 ans qui n'ont pas pu être scolarisés pour cause de VIH/sida.

3.3.2.2. Impact sur le secteur de la santé

Il est observé une augmentation des besoins en soins de santé.

Le taux d'occupation des lits par les malades du sida au SMIT est supérieur à 80 %.

Il est aussi observé une augmentation de la morbidité et de la mortalité du personnel de santé, une réduction en qualité et en quantité de personnels de la santé (mise à la retraite, décès d'agents qualifiés), une surcharge de travail du fait de la morbidité, de la mortalité et de la réémergence des maladies liées au VIH/sida (tuberculose).

3.3.2.3. Impact sur l'agriculture

Entre 1985 et 2000, 7 millions de travailleurs agricoles sont morts de sida en Afrique et 16 millions le seront dans les 20 prochaines années soit un quart de la main d'œuvre agricole pour certains pays si rien n'est fait [Manuel de référence PEC globale 2005] .

Dans les 10 pays africains les plus atteints, la force de travail sera diminuée de 10 à 20% en 2020. La Côte d'Ivoire et le Cameroun sont inclus dans ces 10 pays :

- En Côte d'Ivoire la force de travail en agriculture a baissé de 5,6% en 2000 et cette baisse sera de 11, 4% en 2020
- Au Cameroun cette baisse a été de 2,9% en 2000 et sera de 10,7% en 2020

L'épidémie du VIH/sida menace la production agricole et la sécurité alimentaire en réduisant le temps et la force de travail :

- Réduction de la production agricole et abandon des champs (Burkina Faso)
- Diminution des devises du fait de la baisse de production des produits d'exportation
- Perte de terres, de maison et de biens physiques

Les jeunes adultes productifs des régions agricoles paient un lourd tribut à la maladie, contribuant à lier inexorablement VIH/sida et famine.

Les décès liés au sida chez les agriculteurs peuvent provoquer un effondrement de la production agricole pouvant atteindre 60%.

3.3.2.4. Impact chez les Militaires

Dans de nombreux pays africains, les ministères de la défense signalent des taux moyens de prévalence du VIH entre 20 et 40% parmi les militaires, pouvant atteindre jusqu'à 50-60% dans les pays où le VIH/sida sévit depuis plus d'une décennie. Exemple :

- Au Nigeria, : 11% des forces de maintien de la paix venant de la Sierra Leone et du Liberia sont infectés par le VIH contre 5% dans la population adulte.
- En Afrique du Sud, : 60-70% des militaires sont infectés.
- Au Kenya, le sida représente jusqu'à trois décès sur quatre au sein des forces de police.

3.3.2.5. Impact sur les Entreprises

Les coûts les plus importants pour les entreprises affectées par le VIH/sida sont liés aux facteurs suivants :

- Augmentation de l'absentéisme (dans les entreprises, le taux d'absentéisme est 4 fois plus élevé chez les PVVIH non suivis)
- Baisse de la productivité (exemple de la CIE)
- Surcoût en termes de formation qui s'explique par la nécessité de remplacer le personnel qualifié malade ou décédé
- Accroissement des charges salariales. En C.I les pertes annuelles ont coûté aux entreprises de 0,8% à 3,2% de l'enveloppe salariale en 1997
- Accroissement des dépenses de santé. Dans 4 entreprises 146 à 298 millions de CFA ont été dépensés pour la santé en 1993
- Frais de funérailles.

Conclusion

- Impact important du VIH/sida sur les différents secteurs de développement
- Cet impact doit être pris en compte dans les stratégies de contrôle de la maladie.
- Adoption par la Côte d'Ivoire de l'approche multisectorielle pour rendre plus efficace la lutte contre ce fléau.

Chapitre 2: Etiopathogénie, Histoire naturelle du VIH et Classifications

Introduction

L'étude de l'étiopathogénie et de l'histoire naturelle de l'infection à VIH permet de mieux comprendre l'évolution, les manifestations cliniques et la classification.

Objectifs éducationnels

A la fin du chapitre, le participant sera en mesure de :

1. Expliquer l'action du VIH sur les cellules du système immunitaire.
2. Décrire les différentes phases de l'évolution de l'infection à VIH
3. Décrire les particularités évolutives du VIH chez l'enfant
4. Classer les clients infectés par le VIH selon les données cliniques et immunologiques

Plan du chapitre

1. Etiopathogénie de l'infection à VIH
2. Histoire naturelle de l'infection à VIH
3. Classifications

1. ETIOPATHOGENIE DE L'INFECTION A VIH

1.1. Agent pathogène

1.1.1 Taxonomie

Il s'agit d'un virus de la famille des rétrovirus appelé le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Les rétrovirus sont des virus à ARN qui sont caractérisés par la présence d'une enzyme appelée la transcriptase inverse (reverse transcriptase) qui transforme l'ARN viral en ADN pour se multiplier.

Ces rétrovirus comprennent 3 sous groupes :

- Oncovirus : HTLV responsable de cancer
- Lentivirus: VIH maladie à évolution lente
- Spumavirus : non pathogène chez l'homme

Les lentivirus comprennent deux types de virus qui sont le VIH 1 et le VIH 2 :

- **VIH 1** a trois groupes
 - M : Main ou Major, avec 9 sous types A, B, C, D, F, G, H, J et K et des formes recombinantes circulantes
 - O : Outlier, au Cameroun et au Gabon
 - N : non M, non O, au Cameroun

VIH 2 : n'a qu'un seul groupe avec 7 sous types de A à G

Le VIH infecte les cellules clés du système immunitaire entraînant un déficit profond de l'immunité.

1.1.2. Structure (figure 8)

C'est un Rétrovirus caractérisé par :

- Sa taille de 90 à 120 nm
- Une enveloppe avec des glycoprotéines de surface dont la gp120 et la gp41 (VIH1)
- Une capside ou core
- Deux brins d'ARN monocaténaire
- Des enzymes (reverse transcriptase, intégrase, protéase)

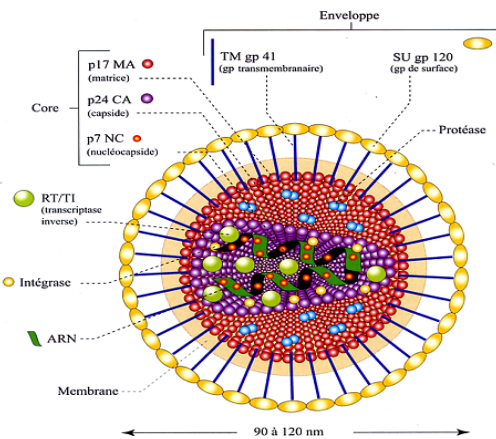


Figure 8 : Structure du VIH-1 d'après « Traité de virologie médicale », J.M.Hurax, éditions Estem, France, 2003.

1.1.3. Génome

Le génome du VIH-1 a une longueur d'environ 9200 bases.

Il est constitué de trois régions principales appelées *gag* (group antigen specific), *pol* (polymerase gene), *env* (enveloppe gène) et de gènes accessoires (*vif*, *vpr*, *tat*, *rev*, *nef*, *vpu*).

Les gènes de structure codent pour la nucléocapside, les enzymes virales, et les protéines de surface.

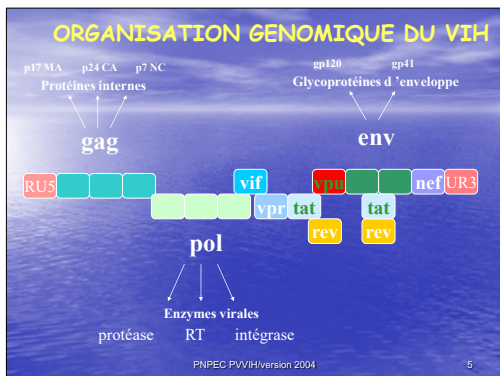


Figure 9: Organisation génomique du VIH

1.1.4. Réplication

1.1.4.1. Cellules cibles

Ce sont des cellules de l'immunité qui possèdent à leur surface le récepteur CD4 :

- Lymphocytes T4
- Monocytes / macrophages
- Autres cellules (microgliales, folliculaires dendritiques, Langerhans)

1.1.4.2. Cycle de réplication

La réplication virale a pour conséquence le transfert du matériel génétique du VIH dans celui des cellules cibles.

Ses différentes étapes sont :

1.1.4.2.1. Reconnaissance des cellules cibles

Les glycoprotéines de l'enveloppe du VIH reconnaissent et se fixent sur les récepteurs CD4 et les co-récepteurs CCR5 (pour les monocytes/macrophages) ou CXCR4 (pour les lymphocytes T4).

1.1.4.2.2. Pénétration du virus

Après adsorption sur les cellules cibles un changement morphologique va entraîner la fusion de la membrane cellulaire et de l'enveloppe virale permettant la pénétration du VIH dans le cytoplasme de la cellule cible.

1.1.4.2.3. Rétrotranscription

C'est la transformation de l'ARN viral en ADN proviral grâce à la transcriptase inverse ou reverse transcriptase.

1.1.4.2.4. Intégration

L'intégrase virale permet l'intégration de cet ADN proviral dans le matériel génétique de la cellule cible transformant ainsi le virus en provirus.

1.1.4.2.5. Production des particules virales

L'ADN proviral est transcrit en ARN messager dont la traduction au niveau des ribosomes permet d'obtenir des protéines virales. Ces dernières subissent un clivage par la protéase virale pour donner des protéines virales. Celles-ci s'assemblent avec les enzymes et l'ARN viral pour donner après bourgeonnement sur la membrane cellulaire de nouvelles particules.

1.1.4.2.6. Libération de virions

Les particules virales matures produites ou virions sont libérées après destruction de la cellule cible et sont capables d'infecter d'autres cellules exprimant à leur surface le récepteur CD4 et l'un des corécepteurs (CCR5 ou CXCR4).

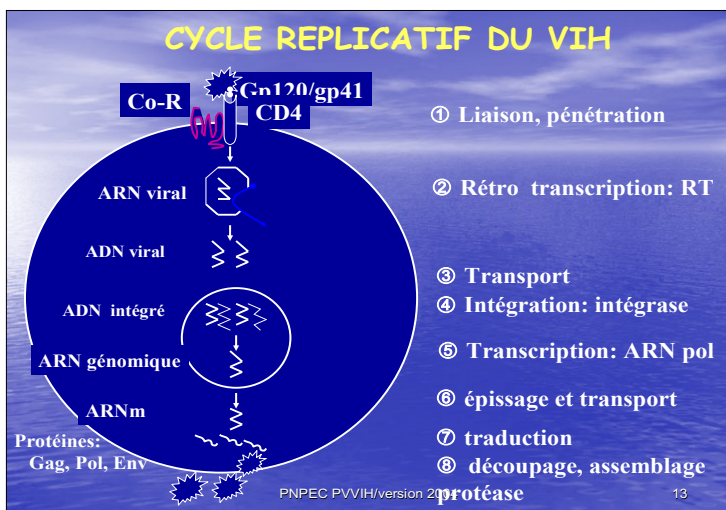


Figure 10 : cycle de réplication du VIH

Remarques

Les principales étapes du cycle réplcatif du VIH sont des cibles potentielles des molécules antirétrovirales. La réplication du VIH est caractérisée par une cinétique rapide et par des erreurs de copies (le taux d'erreurs *in vivo* est évalué à une substitution pour 10 000 bases par cycle réplcatif). Cette variabilité du VIH explique l'existence des différents variants du virus.

1.2. Pathogénie

1.2.1. La réponse immunitaire anti-VIH

Les principaux éléments de la réponse anti-VIH sont les lymphocytes T8 cytotoxiques (CTL) et les anticorps. Les CTL détruisent les lymphocytes T4 et les macrophages infectés par le VIH qui les ont activés. Les CTL produisent des cytokines qui empêchent la réplication du VIH. Ainsi le nombre de CTL est inversement proportionnel à la charge virale plasmatique chez les sujets non traités.

Les anticorps anti-VIH sont inefficaces sur le virus. Les macrophages et leurs dérivés (cellules dendritiques et autres) du fait de leur localisation dans des nodules lymphoïdes constituent des réservoirs de virus (même sous ARV).

1.2.2. Le déficit immunitaire dans l'infection à VIH

Au cours de la réponse immunitaire, les lymphocytes T4 ont un rôle amplificateur (helper) de la réponse immunitaire qu'elle soit humorale ou cellulaire par contact direct avec les autres cellules ou par production de cytokines (IL-2, IFN-gamma, etc.). Le VIH entraîne une destruction progressive des lymphocytes T4 conduisant au déficit immunitaire qualitatif et quantitatif qui augmente la susceptibilité aux infections opportunistes et autres pathologies associées au sida. Au cours de sa réplication le VIH entraîne directement ou indirectement une destruction des lymphocytes T4 matures (dont la fonction est d'augmenter l'action des lymphocytes T8 cytotoxiques et la production d'anticorps) mais aussi une déplétion des cellules souches des lymphocytes T4 (dans la moelle osseuse et le thymus) conduisant à un déficit de la compensation des lymphocytes T4 détruits. La persistance de la virémie entraîne une réinfection continue des lymphocytes T4 suivie d'une réplication virale et de l'infection d'autres cellules cibles.

2. HISTOIRE NATURELLE

L'infection à VIH est une maladie qui évolue en trois stades :

- La primo infection ou phase aiguë
- La phase de latence et/ou pauci symptomatique
- Le stade de sida

2.1 Primo infection

- Durée moyenne de 3 mois
 - Multiplication active du virus 2 à 4 semaines après le contact infectant
 - Symptomatique dans 20% des cas
 - Syndrome pseudo-grippal (malaise général, fièvre, algies diffuses)
 - Syndrome mononucléosidique (éruptions cutanées morbilliformes, adénopathies, splénomégalie)
 - Tableau de méningo-encéphalite
- Disparition spontanée des manifestations cliniques en quelques jours (8 – 15 jours)
- Biologie
 - Hémogramme : augmentation du pourcentage des lymphocytes, présence de lymphocytes atypiques et de monocytes hyper basophiles (> 10%)
 - Sérologie VIH négative mais la séroconversion (apparition des anticorps anti-VIH) survient 1 à 3 mois après la contamination

- Charge virale souvent élevée
- Antigène p24 peut être positif
- Culture virale positive

2.2. Phase de latence et/ou paucisymptomatique

- Durée : 3 ans à plus de 10 ans
- 2 formes cliniques :
 - Asymptomatique
 - Symptomatique : candidose buccale, zona, folliculite, fièvre, condylomes, lymphadénopathie généralisée persistante symétrique indolore évoluant depuis plus de 3 mois
- Biologie
 - Sérologie VIH positive
 - Taux CD4 $> 350/\text{mm}^3$ ou $>20\%$
 - Charge virale peu élevée

2.3. Stade sida

- Forme clinique terminale
- Symptômes
 - Amaigrissement : perte de poids $\geq 10\%$
 - Fièvre modérée persistante, continue ou intermittente > 1 mois
 - Diarrhée chronique continue, intermittente > 1 mois
 - Infections opportunistes (IOs)
 - Proliférations malignes
- Biologie
 - Sérologie VIH positive
 - Taux CD4 $< 200/\text{mm}^3$ ou $<15\%$
 - Charge virale très élevée

Évolution de l'infection au cours du temps (Réf. 1)

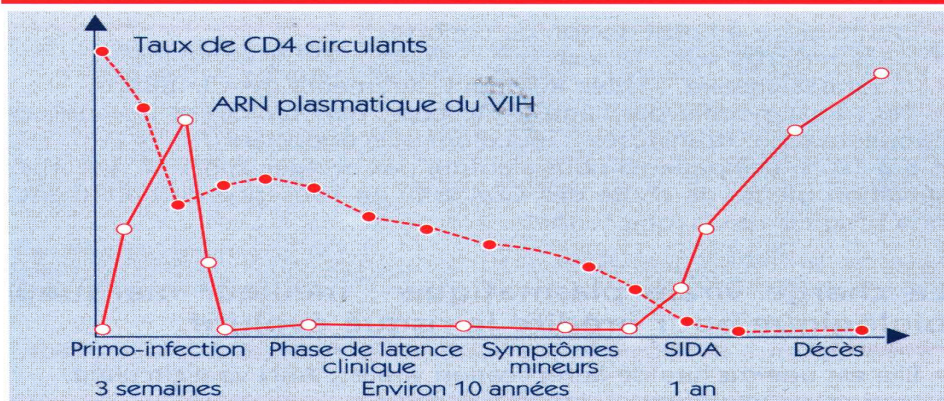


Figure 11: Évolution de l'infection à VIH au cours du temps

2.4. Cas de l'enfant

2.4.1. Contamination mère-enfant

Ce mode de contamination représente 95% des cas et constitue la primo-infection principale de l'enfant.

2.4.1.1. Evolution

Elle est différente de celle de l'adulte. Le passage à la phase sida est beaucoup plus rapide selon deux modes évolutifs :

- Évolution précocement sévère
- Évolution lentement progressive

Le tableau V précise les caractéristiques de ces deux modes évolutifs.

Tableau III : Mode évolutif de l'infection à VIH de l'enfant

	Précocement sévère	Lentement progressive
Contamination	In utero	Per partum, allaitement
Apparition du sida	3 à 15 mois	2 ans à plus de 10 ans
Signes cliniques	• Adénopathies • Splénomégalie • Candidose • Retard de croissance • IOs graves à répétitions • Encéphalopathie 70-80 %	• Retard statural et pubertaire • Infection bactérienne • Pneumopathie • Parotidite chronique
Survie moyenne	Moins de 10% à 5 ans	95% à 5ans

Selon l'OMS l'évolution de l'infection à VIH des enfants infectés en période périnatale est classée en 3 catégories:

2.4.1.2. Progresseurs rapides (25%-30%)

Ces enfants acquièrent l'infection in utero ou au cours de la période périnatale précoce et le décès survient avant l'âge de un an.

2.4.1.3. Enfants développant précocement des symptômes (50 % à 60 %)

Ce sont les enfants chez qui survient une dégradation rapide de l'état clinique et le décès entre 3 et 5 ans d'âge.

2.4.1.4. Survivants à long terme (5 % à 25 %) :

Ce sont les enfants qui acquièrent l'infection au cours de l'allaitement. Ils vivent au-delà de l'âge de 8 ans.

2.4.2. Dans les autres modes de contamination

Le mode d'évolution est superposable à celui de l'adulte avec les 3 stades d'évolution.

3. CLASSIFICATIONS

Les manifestations cliniques étant polymorphes, il est nécessaire de déterminer le stade évolutif du patient.

Il existe plusieurs classifications, celle de l'OMS (1990) et celle du CDC (1993)
La classification de Bangui bien que n'étant plus utilisée, est ici rappelée.

3.1. Classification de Bangui (1985)

3.1.1. Les signes majeurs et mineurs de la classification de Bangui sans examen de laboratoire permettent d'évoquer l'infection à VIH.

3.1.1.1. Signes majeurs

- Diarrhée prolongée $\geq$ un mois
- Amaigrissement $\geq$ 10% du poids corporel
- Fièvre prolongée $\geq$ un mois

3.1.1.2. Signes mineurs

- Toux chronique $>$ 1 mois
- Lymphadénopathie chronique
- Prurit – Prurigo
- Zona récidivant
- Candidose buccale
- Infection herpétique progressive chronique ou généralisée

3.1.2 Diagnostic du sida selon Bangui

Le diagnostic de sida est évoqué en présence de :

- 2 signes majeurs et un signe mineur
- ou Sarcome de Kaposi
- ou Méningite à cryptocoque

3.2. Classification clinique OMS (1990)

C'est une classification basée sur la clinique qui détermine en plus un degré d'activité.

3.2.1. Pour les adultes et adolescents

- **Stade I**

- Asymptomatique
- Adénopathie persistante généralisée

Degré d'activité 1 : Patient asymptomatique, activité normale

- **Stade II**

- Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel
- Manifestations cutanéomuqueuses mineures : dermatite séborrhéique, prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales récurrentes, chéilite
- Zona au cours des 5 dernières années

- Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures

Degré d'activité 2 : Patient symptomatique, activité normale

- **Stade III**
 - Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel
 - Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus de 1 mois
 - Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) pendant plus de 1 mois
 - Candidose buccale (muguet)
 - Leucoplasie orale chevelue buccale
 - Tuberculose pulmonaire, dans l'année précédente
 - Infections bactériennes sévères (pneumopathies, pyomyosite par exemple)

Degré d'activité 3 : Patient alité moins de la demi-journée pendant le dernier mois

- **Stade IV**
 - Syndrome cachectisant du VIH
 - Pneumopathie à *Pneumocystis jiroveci*
 - Toxoplasmose cérébrale
 - Cryptosporidiose, accompagnée de diarrhée pendant plus d'un mois
 - Cryptococcose extrapulmonaire
 - Cytomégalovirus touchant un autre organe que le foie, la rate, les ganglions
 - Herpès cutanéomuqueux pendant plus de 1 mois ou viscéral quelle qu'en soit la durée
 - Leucoencéphalopathie Multifocale Progressive ou LEMP
 - Toute mycose endémique généralisée (histoplasmoses, coccidioïdomycose)
 - Candidose œsophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire
 - Mycobactériose atypique généralisée
 - Septicémie à *Salmonella* non typhiques
 - Tuberculose extrapulmonaire
 - Lymphome
 - Sarcome de Kaposi
 - Encéphalopathie

Degré d'activité 4 : Patient alité plus de la demi-journée pendant le dernier mois

3.2.2. Pour les enfants

Classification du VIH/sida pédiatrique révisée de l'OMS (2005)

Classification clinique

Stade clinique 1 • asymptomatique • Adénopathies persistantes généralisées • Hépatosplénomégalie
Stade clinique 2 • Eruptions prurigineuses papuleuses • Dermatoses séborrhéiques • Septicémie à papillomavirus • Septicémie à <i>Molluscum contagiosum</i> • Ulcérations buccales à répétition (Érythème gingival linéaire) • Onychomycose • Parotidites chroniques • Herpès zoster • Infections ORL chroniques ou récidivantes (otite, sinusite 2 épisodes ou plus au cours d'une période)

de 6 mois) • Chélites angulaires
Stade clinique 3 <i>Conditions où un diagnostic présomptif peut être fait sur la base de signes cliniques ou de simples investigations</i> • Malnutrition modérée inexpliquée ne répondant pas au traitement standard • Diarrhée persistante inexpliquée (14 jours ou plus) • Fièvre persistante inexpliquée intermittente ou constante ($> 37^{\circ}\text{C}$ de durée $>$ un mois) • Candidose buccale (en dehors de la période néonatale) • Leucoplasie orale • gingivite ou parodontite intense, ulcérate et nécrosante • Tuberculose pulmonaire • Pneumonie sévère à répétition présumée bactérienne (2 épisodes ou plus au cours d'une période de 6 mois) <i>Conditions où un test de confirmation est nécessaire</i> • Infection VIH associée à une pneumopathie chronique incluant une bronchectasie • Pneumopathie lymphoïde interstitielle (LIP) • Anémie inexpliquée ($< 8\text{g/dl}$), et/ou neutropénie inexpliquée ($< 1000/\text{mm}^3$), et/ou thrombopénie ($< 50000/\text{mm}^3$) supérieure à un mois • Infection VIH associée à une cardiomyopathie ou néphropathie
Stade clinique 4 <i>Conditions où un diagnostic présomptif peut être posé sur des signes cliniques ou de simples investigations</i> • Perte de poids importante inexpliquée ou malnutrition sévère ne répondant pas correctement au traitement standard • Pneumopathie à <i>Pneumocystis jiroveci</i> • Infections récurrentes sévères (2 épisodes par an), présumées bactériennes (empyème, pyomyosite, ostéite ou arthrite, méningite, sauf pneumonie) • Herpès chronique (cutané ou labiale de plus d'un mois de durée) • Tuberculose extra pulmonaire • Sarcome de Kaposi • Candidose œsophagienne • Toxoplasmose cérébrale (en dehors de la période néonatale) • Encéphalopathie à VIH <i>Conditions où un test de confirmation est nécessaire</i> • Infection à CMV (rétinite à CMV ou infection d'organes en dehors du foie, de la rate, et d'adénopathies, à partir d'un mois de vie, ou au delà) • Cryptococcose extra pulmonaire, incluant la méningite • N'importe quelle mycose disséminée (histoplasmoses extra pulmonaire, coccidiomycose) • Cryptosporidiose • Isosporose • Mycobactériose atypique disséminée • Candidose trachéale, bronchique, ou pulmonaire • Infection à Herpès Simplex viscérale • Lymphome cérébral non hodgkinien • Leuco encéphalopathie multifocale progressive • Infection VIH associée à une fistule rectale

Classification immunologique

Cette classification est présentée dans le tableau X.

Tableau IV : Classification immunologique du déficit associé au VIH (OMS 2005)

Immunodéficience associée au VIH	Taux de CD4 en fonction de l'âge (% ou nombre absolu/mm ³)			
	< 11 mois (%)	12-35 mois (%)	36-59 mois (%)	> 5ans mm ³
Absence de déficit immunitaire	> 35	> 30	> 25	> 500
Déficit modéré	30-35	25-30	20-25	350-499
Déficit avancé	25-30	20-25	15-20	200-349
Déficit sévère	< 25	< 20	< 15	< 200

3.3. Classification CDC

Cette classification combine les signes cliniques et le taux de lymphocytes CD4

3.3.1. Pour les adultes et adolescents > 13 ans (1993)

Catégorie A

- Asymptomatique
- Primo-infection
- Lymphadénopathie généralisée persistante

Catégorie B

- Candidose oro-pharyngée
- Candidose vaginale persistante, fréquente
- Dysplasie du col
- Fièvre ou diarrhée > 1 mois
- Leucoplasie chevelue de la langue
- Zona récurrent
- Purpura thrombocytopénique idiopathique
- Neuropathie périphérique

Catégorie C

- Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
- Candidose œsophagienne
- Cancer invasif du col
- Cryptococcose extra pulmonaire

- Cryptosporidiose intestinale > 1 mois
- Rétinite à CMV
- Toxoplasmose cérébrale
- Syndrome cachectique lié au VIH
- Leucoencéphalopathie multifocale progressive
- Isosporose intestinale chronique > 1 mois
- Sarcome de Kaposi
- Histoplasmosse disséminée
- Infection à *Mycobacterium tuberculosis*
- Infection à *Mycobacterium avium* ou *kansasii*
- Pneumonie à *Pneumocystis jiroveci*
- Pneumopathie bactérienne récurrente
- Septicémie à *Salmonella* non typhique récurrente
- Lymphome cérébral primaire

Tableau V : Classification CDC 1993

Nombre de CD4/mm ³	A	B	C
> 500 (>29%)	A1	B1	C1
200-499 (14-29%)	A2	B2	C2
< 200 (<14%)	A3	B3	C3

3.3.2. Pour les enfants < 13 ans (CDC 1994)

3.3.2.1. Classification clinique

- N : Asymptomatique
- A : Symptômes mineurs
Lymphadénopathie, hépatosplénomégalie, dermatose, parotidite, infection ORL ou bronchique à répétition
- B : Symptômes modérés
Infection bactérienne, pneumopathie lymphoïde, anémie, thrombopénie, neutropénie, zona, néphropathie, candidose ou herpès buccal récidivant, cardiopathie (liste non limitative)
- C: Symptômes sévères
Infection opportuniste, infection bactérienne sévère répétée, encéphalopathie, lymphome ou cancer, cachexie.

3.3.2.2. Classification immunologique

Tableau VI : Classification CDC 1994

Catégories immunitaires	< 12 mois	1 – 5 ans	6 – 12 ans
Absence de déficit immunitaire	> 1 500/mm ³ > 25 %	> 1 000/mm ³ > 25 %	> 500/mm ³ > 25 %
Déficit modéré	750 – 1 499/mm ³ 15 – 24 %	500 – 1 000/mm ³ 15 – 24 %	200 – 499/mm ³ 15 – 24 %
Déficit sévère	< 750/mm ³ < 15 %	< 500/mm ³ < 15 %	< 200/mm ³ < 15 %

Conclusion

- Les étapes de l'évolution de l'infection à VIH sont importantes à connaître
- La classification de la maladie aidera le clinicien à mieux prendre en charge son patient.

Chapitre 3: Diagnostic biologique de l'infection à VIH

Introduction

Les personnes infectées par le VIH le sont à vie. Nombre d'entre elles restent asymptomatiques pendant des périodes de durée variable et peuvent ne pas se savoir infectées. Des manifestations cliniques peuvent faire suspecter la maladie mais ces signes ne suffisent pas pour poser un diagnostic de l'infection à VIH chez une personne. Seul le diagnostic biologique permet de confirmer l'infection à VIH. Cet examen biologique repose sur la mise en évidence du virus ou une partie du virus et la détection des anticorps anti-VIH produits.

Le diagnostic biologique repose sur des méthodes directes et des méthodes indirectes

Objectifs éducationnels

A la fin du chapitre, le participant sera en mesure de :

1. Décrire les méthodes de diagnostic biologique de l'infection à VIH
2. Expliquer les stratégies de diagnostic biologique au niveau national
3. Expliquer l'algorithme national

Plan du chapitre :

1. Méthodes de diagnostic direct
2. Méthodes de diagnostic indirect
3. Algorithmes et stratégies de diagnostic

1. METHODES DE DIAGNOSTIC DIRECT

Ces méthodes ont pour principe la mise en évidence de tout ou partie du virus. Elles comportent :

- La culture virale
- La recherche de l'antigène p24
- Le dosage de la transcriptase inverse
- La recherche du matériel génétique (Biologie moléculaire)

1.1. Isolement viral : Culture du VIH dans des lymphocytes in vitro

Indications : recherche fondamentale

Limites : Nécessite un laboratoire adéquat (équipement, sécurité)

1.2. Recherche de l'antigène p24 (Ag p24)

Lors de la primo-infection un pic d'antigémie P24 précède la séroconversion d'environ une à 2 semaines.

Indications : Sécurité transfusionnelle (donneurs de sang)

Limites : Présence non permanente

1.3. Dosage de la reverse transcriptase

Indications : surveillance thérapeutique

Limites : évaluation /validation internationale en cours

1.4. Biologie moléculaire (PCR = polymerase chain reaction ou réaction de polymérisation en chaîne)

Mise en évidence du matériel génétique du VIH : ARN des virus circulants ou ADN proviral intégré dans les cellules hôtes

Indications :

Bilan et surveillance thérapeutique

Diagnostic chez l'enfant (< 12 mois)

Limite : coût élevé

2. METHODES DE DIAGNOSTIC INDIRECT

Principe : Mise en évidence des anticorps anti-VIH

Ces anticorps sont entre autres, les anticorps anti-gp41 et anti-gp120 pour le VIH-1 et les anti-gp36 et anti-gp140 pour le VIH-2.

Ces méthodes permettant le diagnostic de l'infection après la séroconversion par sont appelées tests sérologiques. Il en existe deux types : les tests de dépistage et les tests de confirmation.

2.1. Tests de dépistage

- Tests rapides :
 - Avantages: faisabilité, rapidité (<30mn)
 - Limites : Pas adapté aux grandes séries (>50 tests/jour)
- Tests ELISA
 - Avantage:
 - adapté aux grandes séries (>50 tests/jour)
 - Technique automatisable
 - Limite :
 - long délai des résultats
 - Nécessite une chaîne ELISA (enzyme linked immuno-sorbent assay) et un personnel qualifié.

2.2. Tests de confirmation

- Western blot et les tests immuno-analyse en ligne ou line immuno-assay (LIA)
 - Avantages: grande spécificité
 - Limites : coût élevé.

3. ALGORITHMES ET STRATEGIES DE DIAGNOSTIC

L'algorithme de dépistage est une combinaison de tests en vue du diagnostic.

Il existe 2 types d'algorithmes :

- Algorithme de tests en parallèle où les échantillons sont testés simultanément par 2 ou plusieurs tests différents
- Algorithme de tests en série où les échantillons sont testés par un 1^{er} test (sensible) et seuls les échantillons positifs sont retestés par 1 ou plusieurs autres tests (spécifiques).

Plusieurs stratégies de diagnostic peuvent être utilisées

- Stratégie conventionnelle : Test ELISA + Western blot
- Stratégies alternatives : algorithme de tests ELISA et/ou de tests rapides en série ou en parallèle

En Côte d'Ivoire, la stratégie de diagnostic utilise un algorithme en série de tests rapides pour les laboratoires des sites de prise en charge.

3.1. Diagnostic chez l'adulte et l'enfant plus de 18 mois

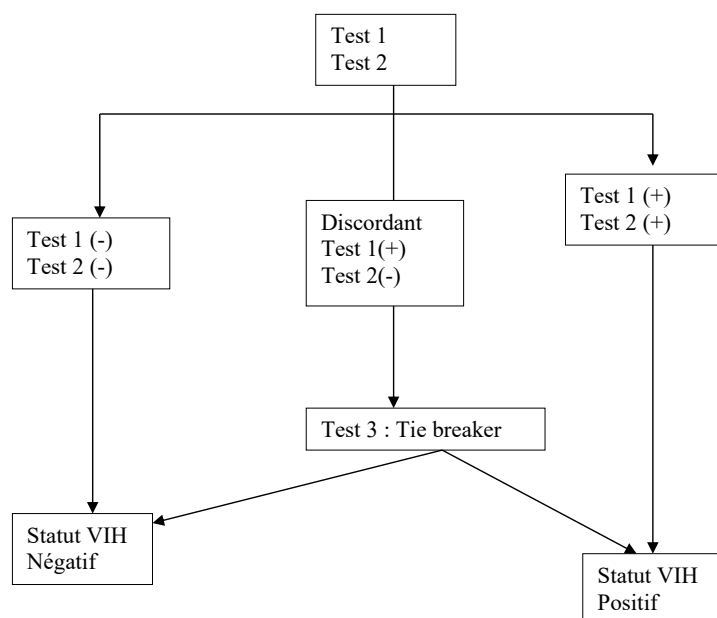


Figure 9: Algorithme en parallèle

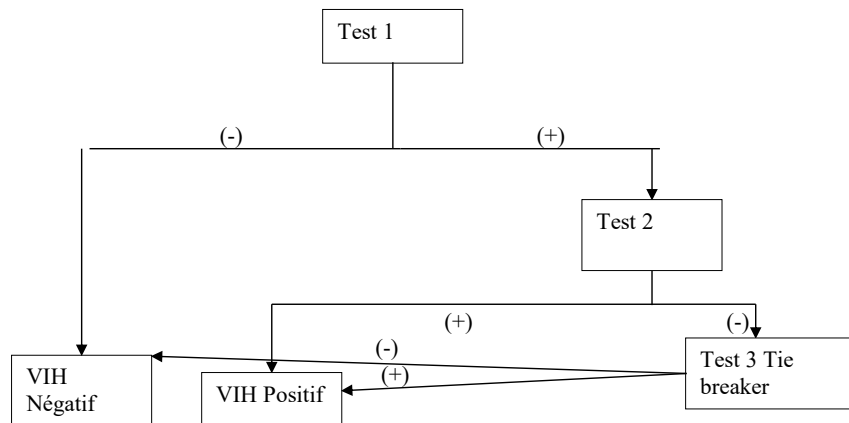


Figure 10 : Algorithme en série

Les critères de choix des tests de dépistage sont fondés sur la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive, la valeur prédictive négative, le pouvoir discriminant, etc.)

La sensibilité : un test est dit sensible lorsque celui ci est capable de détecter correctement les échantillons contenant des Anticorps anti VIH.

La spécificité : un test est dit spécifique lorsqu'il permet de détecter correctement les échantillons qui ne contiennent pas d'anticorps anti VIH.

La valeur prédictive positive (VPP) : Probabilité lorsqu'un test est positif que l'échantillon contienne effectivement des anticorps anti-VIH.

La valeur prédictive négative (VPN) : Probabilité lorsqu'un test est négatif que l'échantillon ne contienne effectivement pas d'anticorps anti-VIH.

3.2. Diagnostic chez l'enfant de moins de 18 mois

3.2.1. Le diagnostic VIH chez les nourrissons

Il est plus difficile de faire le diagnostic du VIH chez les nourrissons exposés, parce que leur sang peut contenir les anticorps de la mère jusqu'à l'âge de 15 mois. Ces anticorps sont en fait des anticorps de la mère qui ont traversé le placenta.

3.2.2. La confirmation de l'infection au VIH chez les nourrissons

S'ils sont disponibles, les tests comme la PCR peuvent déceler dès l'âge de 6 semaines les nourrissons infectés pendant la grossesse ou à l'accouchement.

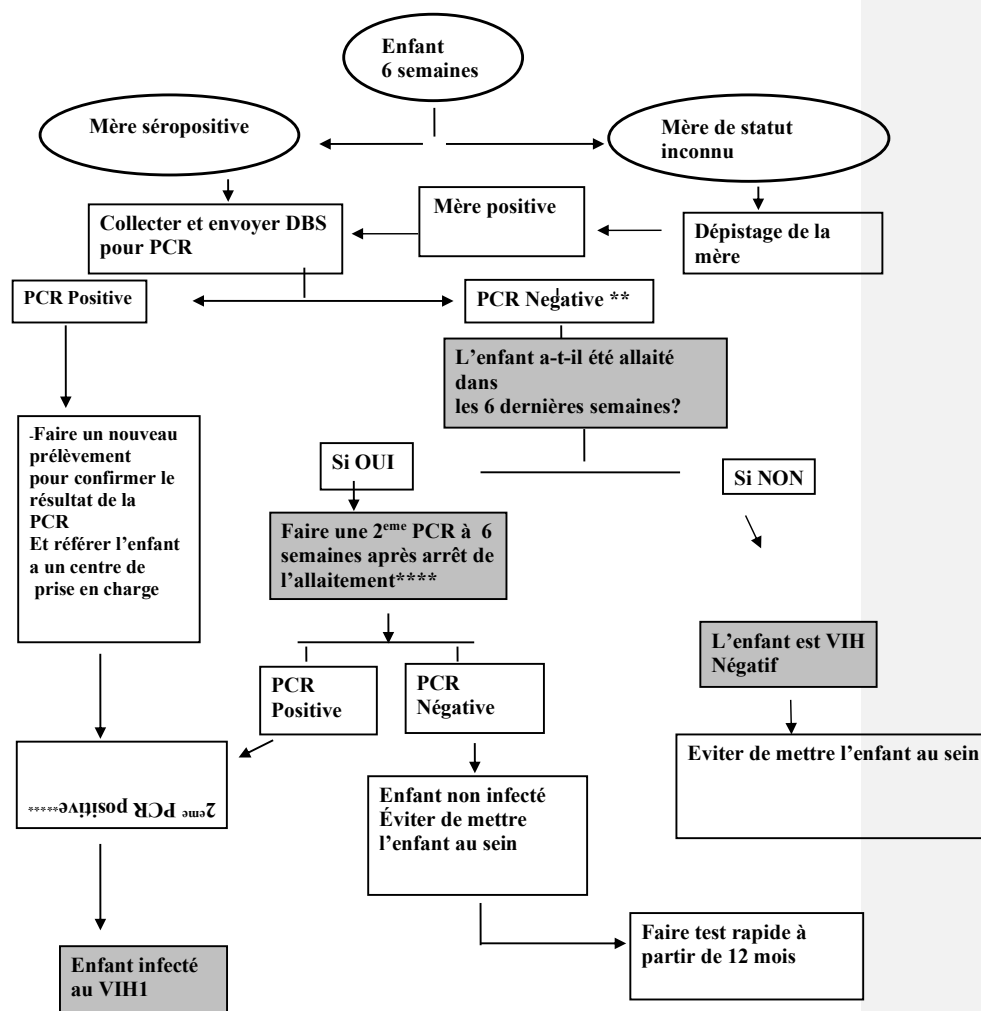


Figure 11 : Algorithme du dépistage VIH1 des enfants âgés de 6 semaines à 11 mois

* Si la mère ne veut pas être testée, faire un test rapide chez l'enfant. Si le test est positif, collecter et envoyer le DBS pour la PCR

** Faire le conseil sur l'alimentation des enfants

*** Si l'enfant est allaité et a une PCR négative et est symptomatique ; refaire le DBS/PCR et référer immédiatement l'enfant dans un centre de PEC

****Si l'enfant a plus de 12 mois au moment du sevrage ; suivre l'algorithme national de dépistage pour les enfants de 12 mois et plus

*****Si la 2ème PCR est négative (résultats discordants par rapport à la 1ère PCR ; faire une investigation par le superviseur et refaire un troisième prélèvement DBS PCR.

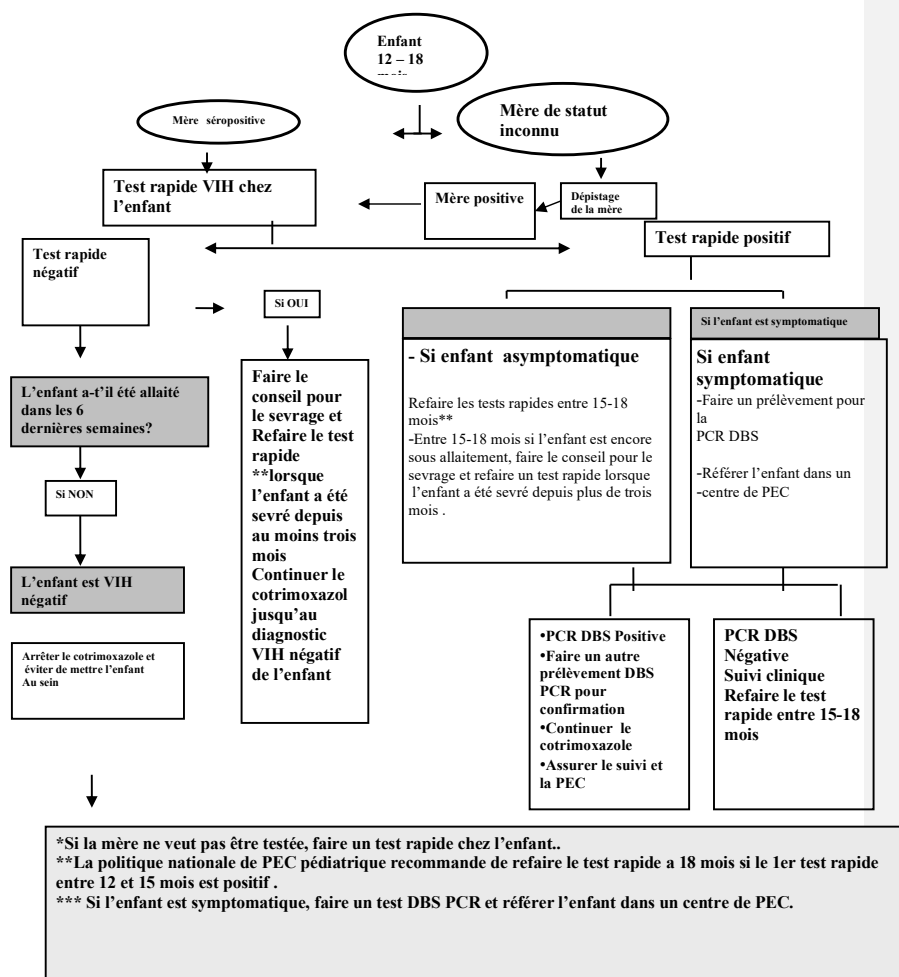


Figure 12: Algorithme de dépistage VIH des enfants âgés de 12 à 18 mois

3. 3. Algorithmes nationaux

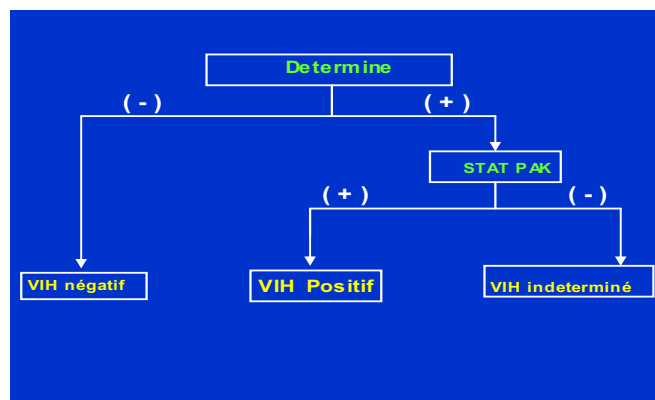


Figure 13: Algorithme national sur les sites de dépistage

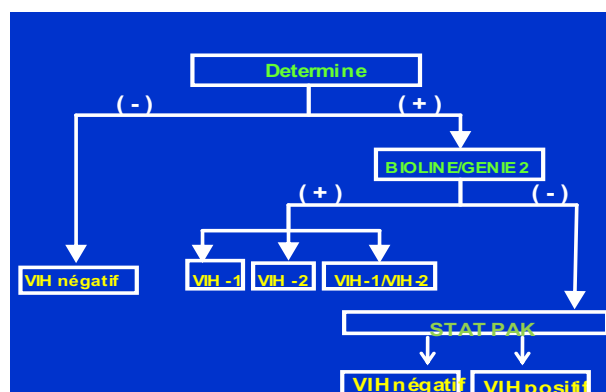


Figure 14: Algorithme national sur les sites de PEC/ARV

Conclusion

- Le diagnostic de l'infection à VIH est confirmé biologiquement par des méthodes indirectes et des méthodes directes.
- Les tests rapides sont faciles à réaliser à tous les niveaux du système de santé.
- Le développement des stratégies de prévention de l'infection permet de réduire l'incidence de l'infection à VIH sur la population.

Chapitre 4: Stratégies de prévention de l'infection à VIH/SIDA

Introduction

L'épidémie actuelle du VIH/sida en Côte d'Ivoire et en Afrique subsaharienne est en grande partie le fait de comportements individuels à risque. Bien que la prévention ne suffise pas pour juguler entièrement et efficacement tous les aspects de l'épidémie, elle constitue la pierre angulaire de la lutte contre le VIH/sida. Sa contribution pour inverser la tendance de la pandémie est primordiale. En l'absence de vaccin, la prévention de l'infection à VIH dans notre contexte repose essentiellement sur la promotion de comportements à moindre risque et l'application de mesures visant à empêcher la transmission du virus d'une mère infectée à son enfant. Ce chapitre présente les stratégies de prévention de l'infection.

Objectifs éducationnels

A la fin de la formation, le participant sera en mesure de :

1. Expliquer les mesures de prévention primaire
2. Définir les termes suivants : la prévention positive et le conseil et dépistage
3. Expliquer l'importance de la prévention positive
4. Citer les différents types de conseil et dépistage
5. Définir le conseil et dépistage
6. Expliquer la différence entre le CDV et le CDIP
7. Expliquer les principes de base du counseling VIH/sida
8. Expliquer les techniques d'écoute et d'expression
9. Utiliser la fiche du professionnel pour conduire un entretien en prévention positive

Plan du chapitre

1. Prévention primaire
2. Prévention positive
3. Conseil et dépistage

1. PREVENTION PRIMAIRE

1.1. Prévention de la transmission sexuelle

Les moyens de prévention de la transmission sexuelle sont les suivants :

1.1.1. Abstinence sexuelle

L'abstinence sexuelle est la non participation à une activité sexuelle. Elle est recommandée comme méthode de prévention pour éviter tout risque d'exposition au VIH par la voie sexuelle.

1.1.2. Fidélité mutuelle mono partenaire

Il s'agit de la limitation des relations sexuelles à un (e) et seul (e) partenaire.

1.1.3. Rapport protégé

Les préservatifs masculins ou féminins réduisent le risque de transmission du VIH/sida.

La fiabilité du préservatif masculin (condom) a été démontrée par une étude américaine (aucun cas de transmission en 2 ans chez 120 partenaires de personnes VIH+).

Cependant on observe un taux de rupture de 1 % en cas de pénétration vaginale et de 5 % en cas de pénétration anale.

L'utilisation d'un préservatif lubrifié réduit le risque de sa rupture.

Le préservatif féminin (fémidom) est aussi efficace que le préservatif masculin.

Le port de préservatif est indiqué dans un couple pratiquant la fidélité mais serodiscordant
NB : Les religieux ne sont pas contre le port de préservatif pour prévenir l'infection, mais ils sont contre le libertinage sexuel, c'est pourquoi ils mettent l'accent sur la pratique de l'abstinence et la fidélité. Toutefois dans les couples serodiscordants, les religieux admettent l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention.

1.1.4. Autres moyens de prévention

Ce sont les relations sexuelles sans risque ou à moindre risque :

- rapports orogénitaux protégés ;
- masturbation ;
- caresses ;
- baisers sur la bouche ;

1.2. Prévention de la transmission par voie sanguine du VIH

Toute transfusion sanguine doit se faire avec du sang testé.

Toutes les injections (intramusculaires, ou intraveineuses) et certaines pratiques rituelles (scarifications, tatouages, circoncisions, toilettes mortuaires ...) doivent être faites avec du matériel à usage unique ou stérilisé.

En milieu de soins, des mesures d'hygiène doivent être prises pour prévenir les accidents d'exposition au sang (AES) et aux produits biologiques : port de gants, blouse, masque, pansement sur des plaies même mineures.

1.3. Prévention de la transmission Mère-Enfant

Elle passe par une sensibilisation large des populations sur les 4 piliers de la PTME.

- La prévention primaire dans le cadre de la PTME ;
- La prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées ;
- La Prévention de la transmission de l'infection à VIH des mères infectées à leurs enfants ;
- Les Soins et soutien aux mères infectées, leurs enfants et leur famille.

1.3.1. Prévention primaire dans le cadre de la PTME

Elle concerne la population en âge de procréer (hommes et femmes). Cette prévention consiste à :

- Promouvoir des pratiques sexuelles à moindre risque et responsables
- Faciliter l'accès aux préservatifs
- Pratiquer un diagnostic et un traitement précoces des infections sexuellement transmissibles
- Offrir le dépistage et le conseil VIH aux partenaires sexuels des femmes dépistées séronégatives.

1.3.2. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées

- Offrir le conseil et les services de planning familial;
- Offrir après l'accouchement la double contraception;
- Offrir le dépistage et le conseil VIH à des partenaires sexuels des femmes dépistées séropositives au VIH dans le cadre de la PTME.

1.3.3. Prévention de la transmission de l'infection à VIH des mères infectées à leurs enfants

- Mettre sous traitement ARV les femmes infectées par le VIH éligibles ;
- Mettre sous prophylaxie ARV les femmes infectées par le VIH non éligibles au traitement ARV ;
- Mettre sous prophylaxie ARV les enfants nés de mère infectée par le VIH
- Assurer le diagnostic de l'infection VIH chez les enfants nés de mère infectée par le VIH

1.3.4. Soins et soutien aux mères infectées, leurs enfants et leur famille

- Offrir des services de conseil et soutien pour l'alimentation des femmes pour leurs enfants au premier contact post natal ;
- Mettre sous prophylaxie au Cotrimoxazole les enfants nés de mère infectée par le VIH

2. PREVENTION POSITIVE OU PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH CHEZ LES PVVIH

2.1. Définition

C'est un ensemble d'actions axées sur la communication, menées de manière organisée, centrées sur la personne vivant avec le VIH et qui visent la réduction de la transmission de l'infection et de la réinfection par le VIH.

Toutes ces actions sont menées aussi bien dans les structures de santé que dans la communauté par tous les acteurs de la prise en charge.

2.2. Importance de la prévention positive

Les sujets sont contaminés par le VIH parce qu'ils ont été en contact avec une personne séropositive pour le VIH. Il est donc logique de cibler les efforts de prévention sur ceux qui sont déjà contaminés, comme pour d'autres maladies transmissibles telles que la tuberculose. En faisant de la prévention avec les patients séropositifs pour le VIH, on peut avoir une réduction de la propagation du virus au sein de la communauté. Lorsque les effets de prévention sont concentrés sur une personne la contamination potentielle de cette personne peut être évitée.

L'impact de la prévention de la transmission du VIH chez les PVVIH dans la réduction de l'infection

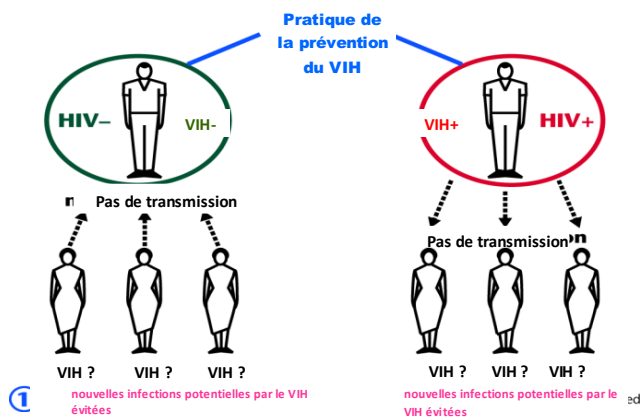


Figure 12 a: L'impact de la prévention positive

Cette illustration schématisée ci-dessus montre le résultat potentiel lorsque la prévention de la transmission du VIH concerne des personnes contaminées par ce virus.

En effet lorsque deux personnes, l'une séronégative au VIH et l'autre séropositive au VIH ont chacune des rapports sexuels protégés avec trois partenaires dont on ignore s'ils sont contaminés. Il est prouvé que :

- La personne séronégative permet d'éviter une nouvelle infection
- La personne séropositive permet d'éviter trois nouvelles infections

Dans le même ordre d'idées, il se peut qu'une personne séronégative VIH n'ait jamais de rapports sexuels avec une personne atteinte du VIH tandis qu'il est très probable qu'une personne séropositive VIH ait des rapports sexuels avec des personnes séronégatives VIH dans la mesure où une plus grande proportion de la population est séronégative VIH.

Si la personne vivant avec le VIH n'a qu'un seul partenaire, il y a risque d'infecter qu'une seule personne. Par contre, si elle a de multiples partenaires ayant chacun plus d'un partenaire, le risque de propagation du VIH est plus grand comme l'illustre la figure 7b ci-dessous.

Pour réduire la propagation du VIH, il est important d'inciter les PVVIH à réduire le nombre de leurs partenaires sexuels.

En conséquence, lorsque des personnes vivant avec le VIH sont impliquées dans la lutte, l'impact de prévention de la propagation est plus grand.

2.3. Utilisation de la fiche mémoire du professionnel de santé

La fiche mémoire du professionnel de la santé a été conçue comme un outil utile de manière à mieux intégrer la prévention positive pour les personnes séropositives au VIH dans leurs habitudes personnelles.

Elle a 5 composantes :

2.3.1. Composante 1: Donner des conseils de prévention à vos clients séropositifs VIH à chaque visite

- Encourager le (la) client à partager son statut avec son (sa) conjoint
- Encourager le (la) partenaire du client et ses enfants à faire un test de dépistage
 - Votre partenaire (ou partenaires) sexuel est peut-être infecté par le VIH – il peut-être atteint du VIH comme vous.
 - Votre partenaire (ou partenaires) sexuels n'est peut-être pas infecté par le VIH – il peut être séronégatif VIH, même si vous avez des relations sexuelles depuis longtemps.
 - Vos enfants pourraient être infectés
- Expliquer l'importance des rapports sexuels protégés (figure 1.b)
- Expliquer l'importance d'adopter un mode de vie sain
 - Eviter la consommation de l'alcool, la drogue
 - Eviter les comportements sexuels à haut risque de contamination
 - Adopter les mesures d'hygiène corporelle, alimentaire et environnementale

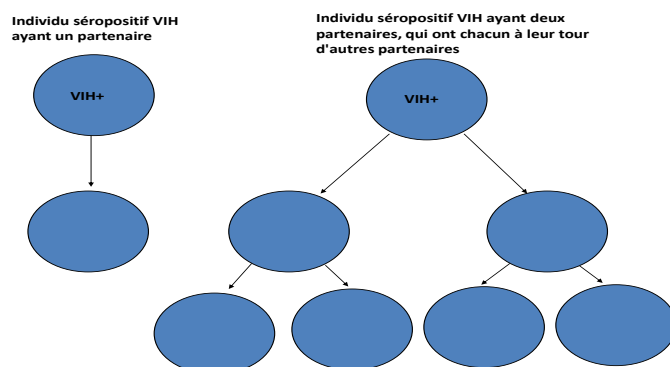


Figure12 b l'impact de prévention positive.

2.3.2. Composante 2: Évaluer l'observance du patient du traitement par les antirétroviraux et d'autres médicaments à chaque visite

- Donner les conseils sur l'infection à VIH ;
- Donner des conseils sur les médicaments
- Donner des conseils sur la prise des médicaments (voir l'observance du traitement ARV)

2.3.3. Composante 3: Rechercher les intentions de grossesse

- Expliquer l'importance du planning familial pour garder une bonne santé
- Expliquer l'importance d'une double contraception pour éviter la grossesse en cas de déchirure du préservatif (double contraception est l'usage du préservatif associé à une autre méthode de contraception)
- Expliquer les risques encourus lors d'une nouvelle grossesse
- Expliquer les stratégies de prévention de la transmission mère enfant
- Référer la cliente à un professionnel en santé de la reproduction en cas de grossesse.

2.3.4. Composante 4: Rechercher les signes et symptômes d'IST

- Interroger le (la) client sur les signes d'écoulement urétral ou vaginal, d'ulcération génitale
- Examiner l'appareil génital du (de la) client (e)
- Offrir une prise en charge syndromique en cas d'IST.

2.3.5. Composante 5: Echanger sur le port des préservatifs

- Expliquer l'importance du port correct du préservatif dans toute relation sexuelle
- Expliquer l'avantage du port du préservatif pour une double protection (protection contre les infections et protection contre les grossesses)
- Procéder à une démonstration du port correct des préservatifs
- Donner des préservatifs au client

Nb. Les cinq composantes présentées ici peuvent être parcourues dans l'ordre qui vous convient le mieux, à condition que chaque composante soit couverte à chaque visite.

A la fin de la visite, établir d'un commun accord un plan de prévention ou orienter le client si nécessaire à des structures compétentes au problème identifié.

3. CONSEIL ET DEPISTAGE

3.1. Définition du conseil et dépistage

Le Conseil et Dépistage du VIH est un éventail de prestations avec plusieurs composantes permettant de prévenir et de limiter l'infection dans la population. Il englobe toutes les prestations offertes dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du VIH/sida pour augmenter le nombre de personnes ayant connaissance de leur statut sérologique.

3.2. Différents types de conseil et dépistage

Il existe plusieurs types de conseil et dépistage :

- Conseil et Dépistage Volontaire (CDV) cible le client qui veut volontairement connaître son statut sérologique ;

- Conseil et Dépistage Initié par les Prestataires (CDIP) cible le client dont l'anamnèse de sa maladie ou les symptômes qui présentent, font évoquer l'infection à VIH.
- Conseil et Dépistage de routine concerne l'offre systématique de dépistage mené dans certains services (par exemple dans les services de CPN, de CAT, vénérologie chez les populations hautement vulnérables (PHV) ;
- Conseil et Dépistage à Base Communautaire ou le Conseil et Dépistage Porte à Porte (CD P à P) cible les familles et les couples au sein des domiciles;
- Conseil et dépistage du couple, de l'enfant quand il s'agit d'adresser les questions spécifiques concernant le dépistage du partenaire sexuel, le dépistage prénuptial, le dépistage des enfants, etc.

3.3. Le conseil et dépistage du VIH initié par le prestataire (CDIP)

3.3.1. Définition du CDIP

Le CDIP peut se définir comme un processus d'offre en routine de service de conseils et dépistage pour assurer la prise en charge des patients séropositifs en consultation dans les structures de santé.

3.3.2. Différences entre CDV et CDIP

Tableau IV : Différences entre CDV et CDIP

	CONSEIL ET DÉPISTAGE VOLONTAIRE (CDV)	CONSEIL ET DÉPISTAGE INITIE PAR LE PRESTATAIRE (CDIP)
CLIENTS/PATIENTS	- Viennent au centre spécialement pour le test du VIH (Initié par le client) - S'attendent à faire le test	- Viennent au centre de santé parce qu'ils sont malades - Ne s'attendent pas nécessairement à faire le test du VIH - Initié par le prestataire a cause des symptômes
PRESTATAIRES	Généralement des conseillers formés, pas nécessairement formés comme prestataires de soins de santé	Prestataires de soins de santé formés à assurer l'éducation et le counseling du VIH/sida
FINALITÉ DU CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH	L'accent est mis avant tout sur la prévention de la transmission du VIH par l'évaluation du risque, la réduction du risque et le dépistage	L'accent est mis avant tout sur le diagnostic du VIH pour une prise en charge appropriée des pathologies liées du VIH/sida
ENTRETIEN INDIVIDUEL	- Conseil axé sur le client- Conseil pré et post test plus long - Consentement éclairé	- Offre systématique en routine - Brève discussion sur la nécessité du dépistage du VIH - Consentement présumé - Peu de temps passé avec les personnes dont le résultat est négatif - Insistance sur la prise en charge des PVVIH
SUIVI	Les clients séropositifs sont référés vers des services de prise en charge médicale et d'autres services de soins et soutien, dont certains sont localisés dans la communauté	Coordination interne de la prise en charge des patients séropositifs entre les prestataires ou référence externe vers d'autres services de soins et de soutien y compris les soins palliatifs et les OEV

3.4. Counseling du VIH

3.4.1. Définitions du Counseling

L'OMS définit le counseling du VIH/sida comme «un dialogue confidentiel entre un client et un soignant en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/sida.

Le counseling consiste notamment à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption de comportements préventifs ».

Le counseling VIH/sida est donc un avis dirigé qui devrait conduire à une prise de décision.

La personne qui bénéficie du counseling est appelée client et le prestataire est appelé conseiller. Le client est donc assisté pour se maintenir dans les meilleures conditions psychologiques, physiques, et sociales.

Le counseling intervient donc pour:

- Aider le client à acquérir des connaissances en matière de VIH/sida
- Aider le client à prendre des décisions dans le sens de la réduction du risque de transmission du VIH/sida
- Aider le client à adopter des comportements allant dans le sens de la prévention.

Pour cela, le counseling en matière de VIH/sida est un processus qui commence dès le premier contact avec le client et se développe à travers une relation interpersonnelle.

Le counseling en matière de VIH/sida a la particularité de mener des actions de soutien et de prévention.

3.4.2. Buts du counseling

Le counseling du VIH/sida vise à:

- Prévenir la transmission du VIH en encourageant les changements de comportements et en félicitant les bons comportements
- Amener le maximum de personnes à connaître leur statut sérologique
- Fournir un soutien psychosocial aux personnes infectées et affectées par le VIH

Pour cela, le conseiller doit assurer les tâches suivantes:

- Informer les clients et leurs partenaires sur les IST et le VIH/sida
- Aider les clients à comprendre le lien entre leurs symptômes et le VIH
- Informer les clients sur le processus de dépistage du VIH
- Aider le client séropositif et son entourage à surmonter les réactions liées au stress de l'annonce
- Discuter des décisions à prendre selon les besoins et les conditions de vie du client
- Encourager l'adoption des comportements qui vont dans le sens de la prévention
- Référer les clients séropositifs auprès des structures de soins pour une prise en charge plus effective.

3.4.3. A qui s'adresse le counseling?

Le counseling du VIH/sida concerne les individus, les couples, les familles, les groupes sociaux, etc. En d'autres termes, il s'adresse à tout le monde.

3.4.4. Qui pratique le counseling?

Toute personne formée dans les soins et soutien aux personnes infectées par le VIH. Il s'agit notamment des médecins, infirmiers, sages femmes, assistants sociaux, bénévoles, membres d'ONG de soins et soutien.

3.4.5. Où se fait le counseling ?

Le counseling doit se pratiquer dans un cadre privé et confidentiel

3.4.6. Quelles sont les exigences (principes) du counseling ?

3.4.6.1. Confidentialité

Le caractère confidentiel est une caractéristique importante des services de conseil et dépistage. Les conseillers doivent garder secret toute information sur les clients et respecter le souhait du client de décider lui-même quand et à qui il révélera son statut VIH. En général, les clients sont à l'aise pour partager des informations personnelles avec les conseillers et se soumettre au test du VIH quand ils savent que cette information ne sera communiquée à personne d'autre.

Toutefois le conseiller devra avertir le client de la possibilité de partager l'information avec une autre personne afin d'optimiser sa prise en charge.

3.4.6.2. Consentement éclairé

Le dépistage du VIH est volontaire, il doit être effectué après que le client ait donné son consentement éclairé. Pour obtenir le consentement du client, il faut l'informer, lui révéler les avantages et les inconvénients du test de dépistage et répondre à ses questions. Le client doit avoir accès à toutes les informations relatives à son cas et aux conséquences psychologiques, sociales et juridiques actuelles qui en découlent. Le client qui consent de façon éclairée à subir un test de dépistage doit être dans les conditions mentales, physiques et psychologiques pour comprendre les risques, les préjugés, les avantages de subir ou non un test de dépistage du VIH.

3.4.6.3. Consentement présumé

Dans le cadre du CDIP, le client est informé de l'initiative que prend le prestataire et de la relation entre les symptômes qu'il présente et le VIH. On parlera de *'consentement présumé'* au lieu de *'consentement éclairé'*. Il incombe au client réticent d'exprimer explicitement son refus.

Tous les clients dépistés doivent bénéficier d'un soutien qui comprend :

- Les informations avant le dépistage (entretien individuel et causerie de groupe),
- la prévention primaire pour les personnes séronégatives
- la prévention secondaire et la prise en charge pour les personnes séropositives.

3.4.7. Prise en compte du contexte socioculturel

Le conseiller doit avoir une approche globale du client et de son contexte socioculturel :

- Les croyances au sujet du sida
- La spiritualité du client
- Les interprétations de la sexualité
- La tradithérapie
- La disparité entre hommes et femmes
- La monogamie, la polygamie
- Les rites, les habitudes et coutumes, etc.

Il doit se rappeler que la spiritualité, la culture et la tradition influencent les attitudes et les idées surtout dans les domaines de la maladie et du décès. Le conseiller doit être sensible aux différences de culture et reconnaître ses limites.

3.4.8. Respect des valeurs et absence de préjugés

Chaque personne a ses propres opinions, attitudes, peurs, valeurs et craintes. Elles peuvent toutes influencer la manière dont un conseiller interagira avec des clients. Le conseiller devrait réfléchir aux éléments ci-après pour clarifier ses propres valeurs et attitudes afin de mieux se préparer à comprendre et aider le client.

3.4.8.1. Attitudes et valeurs

Les attitudes et les valeurs sont des sentiments, des croyances et des émotions entourant un fait, une chose, un comportement ou une personne. Certes, le conseiller n'apportera aucun jugement de valeur sur les informations reçues du client néanmoins il devra en faire ressortir les avantages et les inconvénients.

3.4.8.2. Préjugés

Un préjugé est une opinion négative ou un jugement porté sur une personne ou un groupe de personnes sans avoir pris connaissance des faits. Par exemple, il y a les préjugés à l'égard des personnes vivant avec le VIH, des homosexuels ou des personnes qui se livrent à la prostitution. Le conseiller devra se débarrasser de tout préjugé afin d'aborder les clients de manière plus respectueuse et efficace.

3.4.9. Connaissance de soi-même

Il est important pour le conseiller de ne pas se laisser influencer par ses propres attitudes, valeurs et préjugés. Il se doit d'en prendre conscience c'est-à-dire bien se connaître soi-même, savoir l'influence qu'exercent d'autres personnes sur soi et celle qu'on exerce sur les autres. Le conseiller qui se connaît bien lui-même :

- Est sensible à ses propres sentiments, pensées, attitudes et croyances et sait comment celles-ci peuvent influencer sa manière de donner des conseils de façon positive ou négative ;
- Comprend et reconnaît que le client a ses propres sentiments, pensées, attitudes et croyances et sait que ceux-ci peuvent influencer la capacité du client à parler de ses problèmes et préoccupations
- Observe ses propres comportements et attitudes et se demande : Comment est-ce que je me débrouille ? Comment est-ce que je peux m'améliorer ?

3.4.10. Concepts du counseling du VIH/sida

3.4.10.1. Empathie

L'empathie est une forme de compréhension définie comme la capacité à percevoir et à comprendre les sentiments d'une autre personne. A la différence de la sympathie ou de l'antipathie, l'empathie est un processus dans lequel le praticien (conseiller) tente de faire abstraction de son propre univers de référence mais sans en perdre contact, pour se concentrer sur la manière dont l'autre personne perçoit la réalité. L'empathie se résume à se poser régulièrement la question de savoir « qu'est ce qui se passe actuellement chez la personne en face de moi ? ».

Le conseiller pourra manifester son empathie :

- En mettant des mots sur ce qu'il perçoit comme l'émotion dominante chez le client
- En lui demandant de dire ce dont il aurait le plus besoin maintenant et à l'avenir
- En essayant de comprendre son point de vue et en reformulant ce dernier sans le modifier.

L'empathie augmente le degré d'estime de soi du client et améliore la qualité de la communication en permettant l'ouverture à l'expression d'émotions plus profondes.

Exemple :

Une adolescente dit au conseiller : « Mon petit ami me pousse sans cesse à avoir des rapports sexuels avec lui et je me sens gênée et furieuse. »

Réponse empathique du conseiller : « Alors, vous vous sentez souvent irritée et mal à l'aise. Ce n'est probablement pas une situation facile pour vous. »

Dans cet exemple, le conseiller n'a pas émis de jugement de valeur, il a juste montré qu'il comprend la situation de la cliente.

La présence de sentiments est une composante importante et incontournable du processus de counseling. Il est difficile pour les deux parties (conseiller et client) d'exprimer leurs sentiments. Pour faciliter la communication le conseiller doit se rappeler que son rôle n'est pas d'éviter ou de se fixer sur les émotions. Il doit plutôt reconnaître les sentiments du client et l'encourager à s'exprimer.

3.4.10.2. Utilisation de la forme impersonnelle

L'utilisation de la forme impersonnelle aide à orienter, traduire, et normaliser les messages verbaux et non verbaux. La forme impersonnelle a pour avantage de permettre au client de choisir de répondre ou non; elle permet aussi d'amener le client à être moins sur la défensive et à réaliser que les sentiments qu'il éprouve sont normaux.

Exemples :

« On peut être confus et se sentir coupable lorsqu'on entend certaines informations sur le VIH/sida »

« Quand on communique le résultat du test de VIH à certains, ils veulent parfois savoir ce qu'ils peuvent faire pour rester en bonne santé ou savoir où aller pour recevoir de l'aide »

3.4.10.3. Proposition d'options plutôt que de directives

Lorsqu'il est question de changer de comportement, le conseiller doit se rappeler son rôle d'éducateur. Il doit donc faire ressortir les avantages qu'il y a à adopter de nouveaux comportements et lui laisser la latitude de décider.

3.4.10.4. Neutralité

Il peut arriver que le client exprime sa colère et ses frustrations en attaquant le conseiller. Ce dernier ne doit pas se considérer comme la cible de cette colère. Le client en colère n'est pas vraiment disponible pour entamer la relation d'aide. Le conseiller doit rester poli et lui donner si possible le temps de se calmer. Il peut donner un autre rendez-vous, si cela s'avère nécessaire.

3.4.11. Techniques de base du counseling

3.4.11.1. Les techniques d'écoute

Il y a lieu de noter que la relation d'aide fondée sur l'écoute est universelle. Le conseiller doit être capable d'écouter son client et de l'aider à s'exprimer. Il peut utiliser les techniques d'écoute suivantes :

3.4.11.1.1. Maintenir le contact visuel approprié

Une bonne communication interpersonnelle exige un contact visuel approprié. Un client évite le contact visuel parce qu'il est contrarié, anxieux ou embarrassé. Le conseiller doit manifester son intérêt en maintenant le contact visuel avec le client. Cela aide le client à être plus confiant et facilite la communication. Il faut cependant éviter de mettre le client mal à l'aise en le fixant continuellement.

3.4.11.1.2. Etre attentif

Montrer par le langage du corps (gestes, expression du visage, intonation, distance, etc.) qu'on écoute et comprend ce que dit notre interlocuteur.

3.4.11.1.3. Encourager

Le conseiller peut utiliser des signaux verbaux ou non verbaux pour encourager son client à continuer de parler. Il peut par exemple hocher la tête, utiliser des expressions comme «*Mmmhmm*» ou des mots comme «*Je vois...*», «*Continuez...*»

3.4.11.1.4. Paraphraser

Le conseiller doit pouvoir reformuler les points importants du discours du client. Cela lui permet de savoir s'il a compris et de refléter les faits et sentiments décrits par le client. Paraphraser sert aussi à voir s'il existe une incertitude ou un conflit entre ses pensées et ses comportements.

Le renvoi du discours est donc un moyen simple de répéter le discours du client. Le client sent que le conseiller est attentif et il peut corriger les incompréhensions de son interlocuteur.

Exemple :

Client : « Mon partenaire m'a transmis la gonococcie et j'ai peur d'attraper le VIH. Mais j'ai également peur de lui demander d'utiliser des préservatifs car il risque de me laisser tomber. »

Conseiller : « Bon, j'essaie de comprendre. Vous avez peur de contracter le VIH de votre partenaire, mais vous avez également peur qu'il vous quitte si vous lui demandez d'utiliser des préservatifs. »

3.4.11.1.5. Résumer

Le résumé permet au conseiller de relever les points importants (faits et sentiments exprimés par le client) et d'orienter l'entretien. En effet, le conseiller peut changer de sujet et amener son client à développer un point essentiel des objectifs du counseling.

3.4.11.2. Les techniques d'expression

Au cours du counseling le conseiller doit s'exprimer pour être compris. Pour cela, il peut utiliser les techniques suivantes :

3.4.11.2.1. Se mettre au même niveau de langage que le client

Il peut arriver que le conseiller ait un niveau de langage différent de celui de son client. Le conseiller doit s'adapter au mieux au niveau de langage du client. En cas de difficulté de communication, le conseiller peut avoir recours à un interprète avec le consentement du client. L'interprète doit être sensibilisé au caractère confidentiel de l'entretien.

3.4.11.2.2. Utiliser des expressions précises

Au cours de l'entretien, le conseiller doit utiliser des expressions précises en fonction des besoins du client.

Pour reconnaître les sentiments du client, il peut par exemple dire:

« Je sais que ce n'est pas facile de parler de ce sujet ... »

« Je comprends comment vous vous sentez... »

Pour identifier les besoins du client, il peut poser des questions précises telles que:

« Quelle est la chose la plus grave qui peut vous arriver ? »

« Si nous devons discuter d'une seule chose aujourd'hui, qu'est ce qui est le plus important pour vous ? »

Pour offrir des options, il dira :

« Certaines personnes décident d'observer l'abstinence sexuelle, d'autres choisissent de rester fidèle à un seul partenaire. Il y a des gens qui préfèrent utiliser des préservatifs. Pour éviter d'être infecté ou réinfecté par le VIH, vous devez décider ce qui vous convient le mieux parmi ces différentes options. »

3.4.11.2.3. Poser des questions ouvertes

Les questions ouvertes sont des questions qui demandent plus qu'une réponse d'un seul mot. Elles commencent généralement par des mots tels que « comment, » « quoi » ou « pourquoi. ». L'utilisation de questions ouvertes permet au client d'être expressif, et aide le conseiller à identifier les besoins et les priorités de celui-ci. Cela lui permettra de développer une interaction positive et de répondre au client.

Types de questions recommandées:

- **Comment** pensez-vous avoir contracté le virus du sida ?
- **A qui** avez-vous dit que vous vous êtes soumis au test de dépistage du VIH ?
- **Quand** avez-vous eu un rapport non protégé ?
- **Que** pensez-vous de l'utilisation des préservatifs ?
- **Pourquoi** êtes-vous venu aujourd'hui ?

Il faut faire attention en commençant une question par pourquoi afin de ne pas mettre le client sur la défensive. On peut par exemple demander **pourquoi** pour préciser certaines réponses.

3.4.11.2.4. Motiver

Motiver consiste à féliciter le client pour les nouveaux comportements qu'il a été en mesure d'adopter. Il est important de l'y encourager. Un client félicité se sent respecté et valorisé et cela l'encourage à maintenir et à adopter de nouveaux comportements.

Exemple :

Client : « Récemment, j'ai commencé à utiliser des préservatifs chaque fois que j'ai des rapports sexuels. »

Conseiller : « C'est très bien, continuez ainsi. Cela vous protège contre le VIH et les autres IST. »

Conclusion

- L'abstinence, la fidélité dans le couple et l'utilisation correcte du préservatif constituent les stratégies de prévention de la transmission par voie sexuelle.
- D'autres stratégies comme le conseil et dépistage, et la pratique de la prévention positive permettent de réduire la propagation de l'infection.
- Le conseil et le dépistage constituent les premières étapes de la prise en charge des PVVIH
- La confidentialité améliore la prise en charge

Chapitre 5: Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au sang et autres produits biologiques.

Introduction

Tout produit biologique doit être considéré comme potentiellement dangereux. Le respect des précautions universelles à chacune des différentes étapes du processus est impératif. Il s'agit de pratiques simples et continues de prévention des infections. Ces mesures concernent aussi bien le prestataire de santé, l'administration que le client.

Objectifs éducationnels

A la fin du chapitre, le participant sera en mesure de :

1. Définir l'AES
2. Citer les principaux agents en causes
3. Citer les facteurs déterminants de la transmission du VIH lors d'un AES
4. Enumérer les précautions universelles et sélectives de prévention des AES en milieu hospitalier.
5. Expliquer le rôle de l'employeur
6. Expliquer le rôle du travailleur
7. Expliquer la conduite à tenir immédiate en cas d'AES
8. Expliquer la conduite à tenir ultérieure en cas d'AES
9. Proposer une conduite pratique de la prophylaxie par les ARV selon les situations

Plan du chapitre

1. Définition
2. Principaux agents en cause
3. Facteurs favorisant
4. Mesures de prévention
5. Conduite à tenir

1. DEFINITION

L'accident d'exposition au sang et aux autres produits biologiques se définit comme tout contact accidentel avec du sang ou autres produits biologiques survenant par effraction cutanée (piqûre, coupure...), par projection sur une muqueuse (buccale, oculaire...) ou sur une peau lésée (plaie, excoriation, eczéma...).

Lors de cet accident, nombreux agents infectieux peuvent être transmis. La liste des agents dans le tableau ci-dessous n'est pas exhaustive. Toutefois, les virus induisant un portage chronique en cas d'infection dominant le risque et justifient, à eux seuls, les mesures de prévention et de prophylaxie post exposition. Il s'agit des virus VIH, VHC et VHB.

Tableau VII : agents pathogènes responsables d'infections lors d'un AES.

VIRUS	BACTERIES	PARASITES
RETROVIRUS	▪ Streptococcus A	▪ Plasmodium
▪ VIH	▪ β hémolytique	falciparum, vivax,
▪ HTLV	▪ Staphylococcus aureus	malariae
VIRUS DE L'HEPATITE	▪ Brucella spp	▪ Toxoplasma gondii
A,B,C,D,G		▪ Trypanosoma spp
Virus des fièvres hémorragiques	▪ Corynebactérium	▪ Leishmania spp
▪ Virus de la fièvre jaune	diphtheriae	
▪ virus de la Dengue	▪ Leptospira	
▪ virus Ebola	Icterohaemorrhagiae	
▪ virus de la fièvre de Lassa	▪ Mycobacterium leprae	
▪ virus de la fièvre Crimée	▪ Mycobacterium	
Congo	tuberculosis	
	▪ Nesseria gonorrhoea	
HERPES VIRUS	▪ Pasteurella multocida	
▪ Herpes simplex type 1	▪ Salmonella typhi	
▪ Virus Varicell-Zona	▪ Rickettsia rickettsii	

Source : Prévention et prise en charge des AES , GERES (Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants)

2. PRINCIPAUX AGENTS EN CAUSE

Les principaux agents à risque sont par ordre de fréquence:

Virus de l'hépatite B (VHB) : 30%,

Virus de l'hépatite C (VHC) : 3%,

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : 0,3% en cas d'effraction cutanée et 0,03% en cas de projection sur muqueuse ou peau lésée.

3. FACTEURS FAVORISANTS

Les facteurs favorisant peuvent être : la nature du liquide infectant, le type d'exposition, la profondeur de la piqûre, le volume sanguin inoculé, le stade clinique du patient source ou du niveau de virémie, l'absence de port de gant et l'absence de traitement ARV chez le patient source.

3.1. Nature du liquide infectant

Le sang et les liquide biologiques contenant le sang sont potentiellement plus infectieux que les liquides biologiques ne contenant pas le sang comme le LCR, le sperme, les liquides d'ascite, le liquide amniotique, les sécrétions vaginales, la salive, les urines, les selles, les larmes et etc. Le tableau ci-dessous classe selon la nature biologique.

Tableau VIII: Risque de contamination virale selon la nature du liquide biologique

Virus	Prouvé	Possible	Nul (absent)
VHB	Sang Liquide biologique contenant du sang	Sperme, Sécrétions vaginales, Liquide d'ascite, Salive, larmes	Liquide céphalo rachidien liquide amniotique Urine, selles

VHC	Sang Liquide biologique contenant du sang	Sperme, Liquide d'ascite,	Liquide céphalo rachidien, Sécrétions vaginales, liquide amniotique salive Urine, Selles, Larmes,
VIH	Sang Liquide biologique contenant du sang Liquide céphalo rachidien	Sperme, Sécrétions vaginales, Liquide d'ascite, liquide amniotique,	Urine, Selles, Larmes, salive

Source : Prévention et prise en charge des AES , GERES (Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants)

3.2. Type d'exposition

Le risque de transmission virale varie selon le type d'exposition

Tableau IX : Risque de transmission des virus (VIH, VHC, VHB) selon le type d'exposition

Virus	Exposition Per Cutanée	Exposition Cutanéomuqueuse	Evolution vers un portage chronique vaccin	Existence de vaccin	existence de Prophylaxie
VIH	0,3%	0,03 à 0,1%	100%	non	oui
VHC	1à 3%	?	60à 80%	non	non
VHB	5 à 30%	?	10%	oui	oui

Source : Prévention et prise en charge des AES , GERES (Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants)

3.3. Profondeur de la blessure et nature de l'objet vulnérant

Le risque de transmission est fonction de la profondeur de la blessure et de l'objeagt vulnérant.

Tableau X : Profondeur de la blessure et nature de l'objet vulnérant

Risque élevé	Risque intermédiaire	Risque faible
Piqûre profonde avec une aiguille provenant d'une voie intraveineuse ou intra artérielle Coupure avec une lame de bistouri souillée de sang	Erosion superficielle avec une aiguille creuse Coupe avec une lame de bistouri à travers des gants Projection de sang sur une muqueuse ou une peau lésée	Piqûre avec une aiguille de suture, intramusculaire, sous cutanée Projection de sang sur une muqueuse ou une peau saine

Source : Prévention et prise en charge des AES , GERES (Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants).

3.4. Volume de sang inoculé

Le risque de transmission est variable selon le volume de sang et l'agent infectieux (exple : 10µl de sang suffisent pour transmettre le VHB contre 100 µl pour le VIH).

3.5. Stade clinique du patient source ou niveau de virémie

Le risque de transmission est variable selon le stade clinique du patient source ou du niveau de la charge virale. Il est plus important lorsque le patient est en phase de primo-infection ou de maladie car la charge virale est élevée.

4. MESURES DE PREVENTION DES AES

La prévention des accidents d'exposition au sang et autres produits biologiques ne peut être efficace que par la mise en œuvre de plusieurs mesures.

4.1. Principes généraux de la prévention

- les mesures de précautions universelles ont la priorité sur les mesures sélectives.
- Le respect des mesures de précautions universelles a l'avantage de protéger contre toutes les infections transmissibles par le sang ou les produits biologiques.
- l'application des mesures de précautions universelles est recommandée en cas de contact éventuel avec tous les liquides corporels,
- les blessures occasionnées par des instruments contaminés par le sang ou autres produits biologiques doivent être évitées.
- tout contact direct avec le sang et les autres liquides biologiques est déconseillé
- la décontamination, le nettoyage, la désinfection, et la stérilisation des instruments réutilisables doivent être systématiques.

4.2. Mesures de précautions universelles

- Porter des gants pour tout risque de contact avec un liquide biologique, une lésion cutanée, des muqueuses, du matériel souillé;
- Porter systématiquement des gants si l'on est porteur de lésions cutanées
- Protéger toute plaie.
- Se laver les mains immédiatement en cas de contact avec des liquides potentiellement contaminants et systématiquement après tout soin.
- Se laver et/ou se désinfecter les mains après le retrait des gants, entre deux patients et entre deux activités.
- Faire attention lors de toute manipulation d'instruments pointus ou tranchants potentiellement contaminés.
- Ne jamais plier ou recapuchonner les aiguilles.
- Ne pas dégager les aiguilles de seringues ou des systèmes de prélèvement sous vide à la main.
- Jeter immédiatement les aiguilles des seringues et autres objets piquants ou coupants dans un conteneur adapté (Norme NFX 30-500).
- Porter un masque, des lunettes, une surblouse lorsqu'il y a un risque de projection (aspiration trachéo-bronchiques, endoscopies, chirurgie, etc.).
- Décontaminer immédiatement les instruments utilisés et les surfaces souillées par du sang ou un autre liquide biologique avec de l'eau de javel fraîchement diluée au 1/10e ou un autre désinfectant efficace.
- Vérifier que le matériel a subi une procédure d'entretien (stérilisation ou désinfection) appropriée avant d'être réutilisé.

- Placer les matériels à utiliser dans des emballages étanches marqués d'un signe distinctif.

4.3. Mesures sélectives

Les maladies infectieuses transmises par le sang en milieu professionnel surviennent surtout lors de blessures. Il faut donc limiter la possibilité et la fréquence de celles-ci. Il est également important que les circonstances d'exposition au sang et autres produits biologiques soient investiguées et les éventuelles déficiences du dispositif de sécurité corrigées :

- Remplacement si possible des instruments dangereux (pointus ou coupants) par des instruments ne présentant pas ce type de danger
- Recours à des moyens de protection qui limitent le risque de blessure ou de contact avec le sang et autres produits biologiques
- Recours à des moyens adéquats d'élimination et de destruction des déchets sanitaires.

Plusieurs mesures de précaution peuvent réduire le risque de contact avec le sang et autres produits biologiques :

- Pipetage mécanique dans les opérations de routine (**Annexe2 fig 1**)
- Hottes de sécurité à flux laminaire de classe II ou III lors de production d'aérosols contenant des virus, (**Annexe2 fig 2**)
- Utilisation des centrifugeuses à ouverture automatisée (**Annexe2 fig 3**)

Des dispositifs techniques qui diminuent le risque de se piquer ou d'entrer en contact avec le sang et/ou les autres produits biologiques sont disponibles ce sont :

- Seringues d'injection et de prélèvement munies d'une gaine de protection mobile. (**Annexe2 fig 4**)
- Epicrâniennes, (**Annexe 2 fig 5**)
- Cathéters intraveineux, (**Annexe2 fig 6 a,b et c**)
- Masque pour la ventilation bouche à nez (**Annexe fig 7**)
- Lancettes capillaires (**Annexe2 fig 8**)
- Adaptateur direct pour hémocultures (**Annexe2 fig 9**)
- Seringue pour gazométrie munie d'un filtre empêchant la sortie du sang lors de la purge d'air. (**Annexe2 fig 10**)
- Appareil permettant le retrait des aiguilles des systèmes implantés (**Annexe 2 fig 11**).
- Aiguille chirurgicale «mousse» (**Annexe2 fig 12**).
- Systèmes de prélèvement du sang sous vide (**Annexe2 fig 13**)
- Récipients résistants à la perforation et munis d'une fermeture pour l'élimination des aiguilles et des objets coupants et piquants

4.4. Responsabilité de l'employeur et du travailleur

4.4.1. Responsabilité de l'employeur

L'employeur est tenu de prendre toutes les dispositions de protection afin d'assurer la prévention des AES.

Ces dispositions sont :

- La prise de mesures de protection collective et individuelle, notamment la vaccination du personnel est à la charge de l'entreprise.
- la mise en place d'un comité d'hygiène et de sécurité
- La mise en place d'une organisation satisfaisant aux normes légales de sécurité (matériel et ressources humaines suffisants).
- La rédaction d'un document de normes et procédures sur l'hygiène en milieu hospitalier
- La mise à disposition de supports de communication pour le changement de comportement au sein de la formation sanitaire
- la diffusion des précautions standards à tous les services
- La construction d'un incinérateur de déchets médicaux
- La formation continue des travailleurs sur les AES
- Le suivi des consignes de sécurité
- La tenue d'un registre de notification des AES
- L'employeur doit veiller à ce que le médecin du travail établisse un dossier médical individuel.

Le dossier médical doit contenir les données suivantes:

- les vaccins administrés (exemple hépatite B)
- les résultats des examens médicaux effectués en cas d'accident
- l'observation des consignes de sécurité doit être surveillée par l'employeur.

Le suivi et évaluation des différentes activités de préventions des AES et autres produits biologiques

4.4.2. Responsabilité du travailleur

Le travailleur est tenu :

- d'appliquer les prescriptions sur la sécurité au travail.
- de respecter les consignes de l'employeur sur la sécurité,
- d'observer les précautions universelles de sécurité et les mesures sélectives
- d'utiliser les installations de protection ainsi que les moyens de protection individuelle.
- d'informer l'employeur de toute défaillance constatée au niveau des installations de sécurité
- d'informer l'employeur en cas de survenue d'un accident d'exposition au sang ou autres produits biologiques

5. CONDUITE À TENIR EN CAS D'ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG ET AUTRES PRODUITS BIOLOGIQUES

5.1. Attitudes immédiates

5.1.1. Sur le lieu de l'accident (dans les 5 premières minutes)

- **De façon spécifique** : en cas de piqûre, de blessure ou de contact direct sur la peau lésée ; il est recommandé de nettoyer aussitôt la zone concernée avec de l'eau et du savon et de la rincer abondamment à l'eau propre.
- Il faut ensuite désinfecter par trempage à l'eau de javel à 12° fraîchement diluée au 1/10e, au dakin, à la bétadine ou à l'alcool à 70° pendant 5minutes.

Rappelons que pour obtenir une dilution au 1/10e d'eau de javel à 12°, il faut 1 mesure d'eau de javel pour 9 mesures d'eau. (Par exemple : 100 ml d'eau de javel pour 900 ml d'eau.)

- **En cas de projection sur les muqueuses ou sur les yeux**, il faut rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique pendant 5 à 10 minutes.

NB : Pas conseiller de faire saigner la plaie (risque d'attrition des tissus si compressions prolongées)

5.1.2. Au niveau du service

Avertir le **référént désigné par la structure**, pour consigner l'accident dans le registre des AES du service.

5.1.3. Rôle du médecin référént

Le médecin référént va :

- évaluer le risque,
- proposer un traitement prophylactique si nécessaire,
- demander un bilan
- donner des conseils.

5.1.3.1. Evaluation du risque

Elle repose sur:

- la sévérité de l'exposition (type et profondeur de la blessure; volume potentiel de l'inoculât; temps de contact).
- la nature du liquide biologique: contact avec sang ou liquide biologique hémorragique
- le statut du patient source
 - si VIH positif, risque plus élevé avec stade évolutif
- si VIH négatif, risque moindre le statut vaccinal à l'hépatite B du patient source
- le statut vaccinal à l'hépatite B du sujet victime.

Le médecin doit expliquer le risque de contamination. Il doit en outre s'enquérir du statut vaccinal à l'hépatite B et du statut sérologique du sujet victime et du présumé contaminant.

5.1.3.2. Proposition du bilan

Le médecin doit expliquer le risque de contamination et obtenir le consentement du sujet victime et du sujet présumé contaminant avant tout prélèvement de sang pour l'analyse.

Si le consentement du **sujet présumé** contaminant est obtenu on pourra réaliser :

- la sérologie VIH
- les marqueurs des Hépatite B et C (Ag HBs, anticorps anti HBs, anti-corps anti HBc, anticorps anti VHC).

Si le consentement du **sujet victime** est obtenu il faut réaliser :

- la sérologie VIH
- les marqueurs d'hépatite (antigène HBs, antigène HBe et anticorps anti-HBs pour l'hépatite B et anticorps anti-virus de l'hépatite C)

- les transaminases (ASAT, ALAT)

5.1.3.3. Proposition de traitement prophylactique par les ARV

Le médecin référant, en fonction des cas de figure qui se présenteront à lui décidera de la mise en route d'une prophylaxie.

Dans ces cas les recommandations nationales exigent une trithérapie d'emblée.

Voir en annexe4 les situations cliniques

5.1.3.4. Conseils

Le praticien doit :

- Insister sur la bonne observance du traitement et rassurer le client sur l'efficacité de la prophylaxie.
- Conseiller le port des préservatifs lors des rapports sexuels pendant cette période d'incubation
- Rassurer sur la confidentialité des données recueillies sur l'accident.
- Assurer le sujet victime de son soutien et de sa disponibilité.
- Expliquer le calendrier de suivi
- L'adresser au médecin du travail.

5.2. Attitudes ultérieures

Au cours des consultations il faut :

- évaluer le vécu de l'accidenté
- proposer un soutien psychologique si nécessaire cet appui pourrait être étendue au besoin à l'équipe soignante au travers des groupes de parole.

Au 3^{ème} mois, le médecin du travail délivrera un certificat médical.

Toutes ces dispositions doivent être prises d'une part pour s'assurer du statut sérologique de la victime et du sujet contaminant et d'autre part pour engager dans les meilleurs délais les mesures préventives et/ou curatives appropriées.

Dans tous les cas le dossier médical doit être clôturé au 6^e mois suivant l'accident.

5.3. Les structures de références

Toutes les structures de prescriptions des ARV offrent le traitement prophylactique post exposition et constituent les services de référence en cas d'accident d'exposition au sang et aux autres produits biologiques. Néanmoins, certains services ont été identifiés comme services de référence pour la prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux autres produits biologiques. Ce sont :

- **CHU de Treichville** : le service des maladies infectieuses et tropicales.
Tel : 21.25.52 .49- 21.24.91.22 poste 525

le service de médecine du personnel : tel 21.24.91.22

- **CHU de Cocody** : Médecine du travail
Tel : 22.48.10.00

CHU de Yopougon : Médecine du travail

Tel : 23.45.61.71

GERES-CI : Tel : 05.99.80.95

Pour les régions : contacter les CHR et les hôpitaux généraux

Conclusion

- L'accident d'exposition au sang (AES) et aux autres produits biologiques se définit comme tout contact accidentel avec du sang ou autres produits biologiques survenant par effraction cutanée, par projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée.
- Les principaux agents à risque lors des AES mis en cause sont le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
- la nature du liquide infectant, la profondeur de la piqûre, le volume sanguin inoculé, le stade clinique du patient source ou le niveau de virémie, l'absence de port de gant et l'absence de traitement ARV chez le patient source sont des facteurs de risque de transmission lors des AES.
- Le respect des principes généraux de prévention et des précautions universelles permet de prévenir les AES.
- la diffusion des précautions standards à tous les services est un devoir de l'employeur
- Le travailleur est tenu d'appliquer les prescriptions sur la sécurité au travail.
- En cas de survenue d'AES, il faut nettoyer, désinfecter la lésion puis évaluer le risque, proposer un traitement prophylactique si nécessaire, demander un bilan et donner des conseils à la victime.

Chapitre 6 : Gestion du secret médical

Introduction

Le secret médical assure une relation de confiance entre le médecin et le patient qui se confie à lui. Il est essentiel que ce climat de confiance ne soit pas rompu.

Objectifs éducationnels

A la fin du chapitre, les participants seront capables de :

1. Définir le secret médical;
2. Citer les catégories professionnelles soumises au secret médical;
3. Identifier les cas exceptionnels pour la levée du secret médical
4. Informer des peines encourues en cas de violation du secret médical;

Plan du chapitre

1. Définition du secret médical
2. Catégories professionnelles soumises au secret médical
3. Levée du secret médical
4. Violation du secret médical et ses conséquences

1. DEFINITION DU SECRET MEDICAL

Le secret médical porte sur les informations relatives à un client et qui sont parvenues à la connaissance du personnel de santé à l'occasion de l'exercice de sa fonction.

Il est important de rappeler que le secret médical appartient au client, et que le personnel de santé n'en est que le dépositaire. Cela signifie, par exemple, que la mort du malade ne délivre pas ce personnel de son obligation.

Toute violation de ce secret représente une faute professionnelle et une atteinte aux droits du client. Toute divulgation du secret est de nature à entamer la confiance faite au corps médical et à dissuader les populations à fréquenter les centres de santé.

Il existe différents serments dans chaque corps de santé (exemple Galien pour les pharmaciens, LAMTL pour les biotechnologistes, Florence Nightingale pour les infirmiers, Hippocrate pour les médecins et chirurgiens dentistes, etc...).

2. CATEGORIES PROFESSIONNELLES SOUMISES AU SECRET MEDICAL

L'obligation au respect du secret médical s'impose à tout professionnel de santé :

- médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens,
- sages-femmes, infirmiers, techniciens supérieurs de laboratoire,
- stagiaires dans les centres de santé, les centres de CDV, travailleurs sociaux, personnel administratif (secrétaires, réceptionnistes, ...) et toute autre personne impliquée dans la prise en charge du client

3. LEVEE DU SECRET MEDICAL

Il existe des cas exceptionnels où la loi a prévu la levée du secret:

- En matière de santé publique pour:
 - la déclaration des maladies professionnelles, des accidents du travail, des maladies contagieuses;
 - l'établissement des certificats médicaux
- les sévices sexuels sur mineurs ou personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger compte tenu de leur âge ou de leur état psychique ou physique.

Le secret médical est levé en faveur des ayant droits lorsque ces derniers désirent:

- connaître les causes de la mort du défunt,
- faire valoir leurs droits, ou
- défendre la mémoire du défunt, à condition que celui-ci n'ait pas exprimé une opposition à toute communication de son vivant.

4. CONSEQUENCES DE LA VIOLATION DU SECRET MEDICAL ET MESURES PREVENTIVES

La violation du secret médical peut donner lieu à des sanctions :

- pénales,
- ordinales,
- civiles,
- administratives.

Le client peut également obtenir des dommages et intérêts pour réparer son préjudice. Il lui suffit de prouver la révélation pour que la faute de l'agent de santé soit retenue. Aussi, il s'avère nécessaire de prendre les dispositions suivantes pour garantir le secret médical :

- Informer et sensibiliser le personnel ainsi que les stagiaires de l'obligation du secret;
- Informer le personnel sur les droits des clients en particulier PVVIH;
- Définir les responsabilités de l'ensemble du personnel en précisant les fiches de poste;
- Tenir tous les documents relatifs aux informations sur les clients sous clé (registre, fiche d'analyse etc.);
- Assurer la codification des clients;

Conclusion

- Le non respect du secret médical, en entamant la confiance faite au corps médical peut dissuader les populations à fréquenter les centres de santé.
- Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.

Chapitre 7: Gestion des déchets sanitaires

Introduction

La bonne gestion des déchets sanitaires est une importante stratégie de prévention des infections dont le VIH.

La gestion sécurisée des déchets sanitaires implique surtout une séparation effective des déchets et la manipulation, le traitement, l'enlèvement et la destruction de chaque catégorie de déchets. Il est capital de contrôler les risques d'infection. Cela ne peut se faire sans l'engagement des cadres supérieurs des centres de santé. La bonne gestion des déchets sanitaires doit être basée sur la mise en œuvre d'un plan rigoureux et les procédures écrites qui doivent être disséminées aux différents acteurs à travers des programmes de formation.

Objectifs éducationnels

A la fin du chapitre, le participant sera en mesure de :

1. Définir la notion de déchets sanitaires
2. Expliquer la classification des déchets sanitaires
3. Identifier les matériels de conditionnement et d'élimination des déchets
4. Citer les étapes du circuit d'élimination des déchets

Plan du chapitre

1. Définition des déchets sanitaires
2. Classification des déchets sanitaires
3. Matériel de conditionnement et d'élimination des déchets
4. Etapes du circuit d'élimination des déchets

1. DEFINITION DES DECHETS SANITAIRES

Ce sont tous les déchets produits en administrant des soins de santé c'est-à-dire les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire.

(Décret n° 97-1048 du 06 nov. 1997 relatif à l'élimination des DAS)

2. CLASSIFICATION DES DECHETS SANITAIRES

2.1. Déchets biomédicaux

2.1.1. Déchets anatomiques

- produits de la conception
 - mort-nés, placentas...
- pièces détachées du corps humain
 - membres amputés, organes, tissus...

- liquides biologiques
 - sang, plasma, sérum, urines, expectoration

2.1.2. Déchets non anatomiques

- **Déchets non anatomiques non piquants ni coupants**
 - sparadrap, tampon d'alcool, bandage, gants jetables, sonde, compresses, pansements etc.
- **Déchets non anatomiques piquants ou coupants**
 - aiguilles, seringues, lamelles, lames de bistouris, scalpels, pinces...
- **Déchets non anatomiques et réutilisables**
 - lingerie, literie, blouse de travail, champs opératoires...
- 2.2. Déchets chimiques**
 - solvants, acides et bases, pesticides/insecticides, réactifs de laboratoire...
- 2.3. Déchets pharmaceutiques**
 - médicaments périmés, altérés ou résiduels, vaccins morts ou vivants, sérums...
- 2.4. Déchets radioactifs**
 - résidus radioactifs
- 2.5. Déchets domestiques et assimilables**
 - Emballages en papier et en plastique,
 - résidus alimentaires, branches et gazons coupés...

3. MATERIELS DE CONDITIONNEMENT ET D'ELIMINATION DES DECHETS

- **Boîte de Sécurité**
 - Réceptacle imperméable, résistant à la perforation (**voir annexe figure 14**)
- **Poubelles décontaminables**
 - Ouverture à pédale ou non
- **Sacs plastiques ou sacs poubelles**
 - Différentes couleurs: **jaune, rouge, noir**
- **Incinérateur**
 - Matériel de destruction à haute température recommandé par l'OMS.

4. ETAPES DU CIRCUIT D'ELIMINATION DES DECHETS

Le circuit comporte 4 étapes que sont le tri des déchets, leur stockage, leur transport dans des boîtes de sécurité et leur destruction

4.1. Tri des déchets

Le tri des déchets consiste à réserver des récipients spécifiques à chaque type de déchet:

- **Boîte de sécurité de couleur jaune: déchets piquants ou coupants**
 - seringues, aiguilles, lames de bistouri, bris de verre...
- **Poubelle munie d'un sac de couleur jaune ou rouge:**

- déchets contaminés non piquants ni coupants (bandage, gants jetables, sonde, compresses...)

- **Poubelle munie d'un sac de couleur noire :**

- déchets assimilables à des ordures ménagères:
 - Emballage et papiers divers
 - Bouteilles et boîtes de conserves vides

NB : Pendant le tri il faut faire attention aux piqûres accidentelles. Pour cela, il faut:

- Faire le tri des déchets à la source de production
- Ne jamais recapuchonner les aiguilles
- Jeter immédiatement les aiguilles dans une boîte de sécurité (BS)
- Remplir la BS au 3/4 maximum
- Utiliser une seule fois la BS

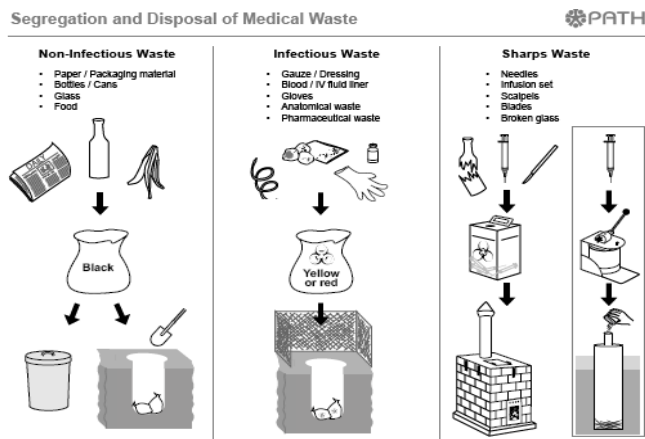


Figure 13 : Séparation et disposition des déchets sanitaires

4.2. Stockage des déchets

C'est un entreposage qui concourt à isoler les risques de contamination. Pour ce faire, il faut:

- Identifier un endroit discret, inaccessible au public, éloigné du matériel médical et hors de portée de main. Une pièce à fermeture à clé est meilleure.
- Le lieu de stockage doit être sec
- Vérifier que toutes les BS à stocker ont leur orifice bien fermé
- Disposer en ce lieu d'une fiche de comptage des boîtes reçues et des boîtes sorties
- Quantifier les déchets produits : "Kg/patient ou Kg/lit"
- La durée de stockage est d'une semaine pour les BS pleines et de 24 h pour les autres déchets

4.3. Transport des boîtes de sécurité

- Moyens de transport (approprié)
 - Manuporté
 - Brouette
 - Moto, véhicule
- Les BS doivent être:
 - Gardées au sec
 - Tenues par les poignées
 - Empilées verticalement et scellées
 - Disposées sans contact avec les médicaments, vaccins, ...
- Eviter de s'asseoir sur les boîtes de sécurité
- Après le transport, laver et désinfecter le véhicule

4.4. Destruction des déchets

4.4.1. Traitement des déchets liquides

Les déchets liquides, susceptibles d'être contaminés par des produits biologiques sont traités par l'addition d'eau de Javel concentré (2 % de chlore actif) pendant une nuit, soit être stockés pendant une nuit dans des bidons étanches remplis pour moitié de soude 2 N (concentration finale 1 N). Les bidons sont ensuite éliminés au titre de déchets présentant un risque chimique, ou dans le cadre des stations de traitement des effluents en place dans le laboratoire.

4.4.2. Traitement des déchets solides

Trois méthodes existent

- L'incinération des déchets infectieux
- Le brûlage (à basse température)
- L'enfouissement des déchets ménagers

4.4.2.1. Incinération (annexe Figures 16 a, b, c)

- Procédé de destruction sans danger des déchets
- Garantit la combustion et la stérilisation des aiguilles et seringues usagées
- Réduit considérablement le volume des déchets

4.4.1.2. Brûlage

Il s'agit de la combustion du matériel à basse température ($T^{\circ} < 800^{\circ}\text{C}$)

Il existe deux types de brûlage que sont le brûlage en fosse et le brûlage dans un tonneau

4.4.1.2.1. Le brûlage en fosse

Il se fait dans une fosse. C'est une méthode moins indiquée car toxique et favorisant l'éparpillement des déchets

Les dimensions de la fosse sont les suivantes :

- Profondeur : 1,5m – 3m
- Longueur = largeur (ou Diamètre) : 1m – 2,5m

4.4.1.2.2. Le brûlage dans un tonneau ou un foyer en métal

Il se fait dans un réceptacle en métal au $\frac{3}{4}$ plein dans lequel on met le combustible et le feu. Enterrer la cendre dans une fosse protégée par la suite.

En cas de brûlage, prendre les dispositions suivantes :

- Clôturer et déblayer le site
- Transporter les déchets sur le site juste avant de les brûler
- Ne pas s'approcher, éviter les émanations (fumée, gaz...)
- S'assurer que le feu est complètement éteint avant de quitter le site
- Empêcher les déchets de s'éparpiller et de joncher les alentours

4.4.2.3. Enfouissement sur site

- Les déchets sont collectés et jetés dans une fosse, une fois pleine, la fosse est refermée de terre
- Solution utilisable en zone rurale où la nappe phréatique est profonde et la quantité de déchet est moins importante

NB : Mesure concernant les manipulateurs des déchets

Les manipulateurs des déchets infectieux doivent porter des équipements protecteurs: de gants résistants, de blouses résistantes et de verres (lunettes), de masques et de chaussures ou bottes protectrices

Conclusion

- Les déchets sanitaires sont les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire.
- Les déchets sanitaires sont classés en déchets biomédicaux, en déchets chimiques, pharmaceutiques, radioactifs et domestiques.
- Les matériels de conditionnements sont :
 - Boîte de Sécurité
 - Poubelles décontaminables
 - Sacs plastiques ou sacs poubelles
- Les étapes du circuit d'élimination des déchets sont : le tri, le stockage, le transport et la destruction

Conclusion du module :

Les notions essentielles sur l'infection à VIH sont indispensables pour le clinicien

- Elles lui permettent de mieux évaluer l'ampleur de cette infection
- Elles lui fournissent une meilleure connaissance du germe, les stratégies pour la prévention de l'infection ainsi que les moyens de poser le diagnostic de l'infection et de gérer les déchets sanitaires.
- Elles lui permettent également de mieux comprendre la notion de secret médical.

Module II
TRAITEMENT
ANTIRETROVIRAL

Introduction du module

L'avènement des ARV a considérablement amélioré la qualité de vie des PVVIH et le pronostic de la maladie. La disponibilité et l'administration des ARV ont changé le pronostic de l'infection à VIH en diminuant de manière spectaculaire la mortalité et la morbidité associées à cette pathologie. Cependant, le TARV comporte d'importantes contraintes et de multiples effets secondaires. Le clinicien se doit donc, pour être efficace de bien comprendre et de maîtriser les principes et directives du TARV, les règles et modalités de prescriptions des ARV ainsi que les éléments essentiels de la conduite et du suivi du traitement. Ce module apporte les informations et conseils nécessaires pour mieux renforcer les capacités des cliniciens dans la prescription et la dispensation des ARV.

Objectif éducationnel général du module

A la fin de ce module, le participant sera en mesure d'assurer la prise en charge thérapeutique par les ARV du sujet infecté par le VIH.

Objectifs éducationnels spécifiques du module

Pour atteindre l'objectif du module, le participant devra être capable :

1. Décrire les principes directeurs pour la gestion du VIH/sida
2. Décrire les différentes classes ARV
3. Expliquer les modalités thérapeutiques TARV
4. Donner des conseils pour une bonne observance au TAR
5. Décrire les modalités de suivi du TARV

Plan du module

- Chapitre 1 : Directives du traitement antiretroviral
- Chapitre 2 : Présentation des molécules ARV
- Chapitre 3 : Modalités thérapeutiques
- Chapitre 4 : Observance et suivi du traitement antirétroviral

Chapitre 1: Introduction et directives

Introduction

L'avènement des ARV a révolutionné la prise en charge des PVVIH. Mais leur utilisation suppose une bonne connaissance des règles de prescription et de suivi des malades.

Objectifs éducationnels

A la fin du chapitre, le participant sera en mesure de :

1. Définir un traitement antirétroviral hautement actif (HAART)
2. Décrire les principes directeurs pour la gestion du VIH/sida
3. Expliquer l'intérêt du TARV.
4. Décrire les principes de base du TARV.
5. Citer les conditions préalables à l'administration d'un TARV

Plan du chapitre

1. Définition du traitement antirétroviral hautement actif « HAART »
2. Principes directeurs pour la gestion du VIH /sida
3. Buts du TARV
4. Principes de base du TARV
5. Conditions préalables à l'administration d'un TARV

1. DEFINITION DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL HAUTEMENT ACTIF

Le Traitement Antirétroviral Hautement Actif (connu sous le sigle anglais HAART) :

Un HAART est un TARV qui utilise une association efficace de trois médicaments ou plus, appartenant en général à au moins deux classes différentes pour obtenir une diminution optimale et durable de la charge virale.

Tout comme le traitement contre la tuberculose, le HAART consiste à utiliser plusieurs médicaments agissant sur le virus de diverses manières pour empêcher le développement des souches virales résistantes. Il réduit de 60 à 80% la mortalité et la morbidité liées au VIH. Bien que ne guérissant pas, il permet de passer d'une maladie évolutive et toujours mortelle à une maladie chronique gérable. TARV

2. PRINCIPES DIRECTEURS POUR LA GESTION DU VIH /sida

- Prévention et éducation : la prévention et l'éducation permanente sur le VIH/sida doivent faire partie de la prise en charge des patients vivant avec le VIH/sida.
- Tous les patients vivant avec le VIH/sida doivent être soignés pour leurs infections opportunistes et toute autre maladie.

- Tous les patients vivant avec le VIH/sida ne doivent souffrir d'aucune discrimination due à leur séropositivité; ils doivent être traités avec respect par tous les prestataires de soins.
- Les informations sur la séropositivité d'un patient ou les détails de son état physique doivent être gardés strictement confidentiels par les prestataires de soins et ne peuvent être divulgués qu'avec la permission du patient.
- Les patients vivant avec le VIH/sida doivent être soignés et soutenus à tous les stades de la maladie.
- Les prestataires de soins doivent faire des efforts pour réduire la stigmatisation du VIH/sida à tous les niveaux du système de santé et dans la communauté.
- Les conseils donnés au patient sur la prévention, les soins et les traitements doivent être dispensés à la première visite et tout au long du traitement. Le concept de conseil induit le soutien psychosocial pour une réduction de l'angoisse et du stress et pour une vision positive de la vie présente et à venir.
- Pour que les soins et la prévention du VIH/sida soient vraiment efficaces, il faut que ces services aillent à la rencontre des patients et de leurs communautés. Le soutien de l'entourage peut être très utile pour promouvoir le recours à des pratiques sexuelles plus sûres, l'observance du traitement, faire face aux maladies liées au VIH et pallier à la perte du moral.
- Les patients vivant avec le VIH/sida doivent être référés vers d'autres services lorsque cela est nécessaire, y compris les services de planning familial, de soins prénataux, de traitement de la tuberculose qu'ils soient communautaires, à domicile, hospitaliers ou cliniques.

3. BUTS DU TARV

Le TARV a pour buts:

1. **La réduction forte et prolongée de la réplication virale**
Une association efficace de médicaments ARV fait diminuer et maintient la charge virale à un niveau bas voire indétectable dans le but d'empêcher le développement d'une pharmacorésistance et à terme, la progression de la maladie.
2. **La restauration et/ou la préservation de la fonction immunitaire**
Si le TARV est efficace, l'augmentation progressive du taux des CD4 (pourcentage et valeurs absolues) améliore la fonction immunitaire avec la réduction de la fréquence des infections opportunistes et des décès.
3. **L'amélioration de la qualité de vie**
L'amélioration de la fonction immunitaire et la suppression de la réplication virale permettent une amélioration de la qualité de vie des patients.
4. **La réduction du nombre de maladies et de décès liés au VIH**
L'amélioration de la fonction immunitaire et la suppression de la réplication virale permettent d'arrêter la progression continue du VIH et d'inverser le cours de la maladie. Le développement de nouvelles infections opportunistes devient peu probable et les patients sont moins souvent hospitalisés. La probabilité qu'ils en meurent est aussi moins importante. Des études ont montré que le traitement antirétroviral profite aussi bien aux adultes qu'aux enfants.

5. La réduction du nombre de nouvelles contaminations

Le risque de transmission du VIH (quel que soit le mode de contamination) augmente en même temps que la replication virale. Le traitement permet de réduire le nombre de nouvelles contaminations.

4. PRINCIPES DE BASE DU TARV

4.1. Préparer le patient au traitement

La prescription du traitement antirétroviral n'est pas une urgence. Elle doit être longuement expliquée au patient (ou aux parents/tuteur légal s'il s'agit d'un enfant) et débutée après que celui-ci ait exprimé sa volonté d'être traité. Le traitement est voué à l'échec si le patient n'est pas conscient de son importance. On doit s'assurer qu'il a une compréhension claire, qu'il est prêt à coopérer. Il doit savoir que le traitement n'est pas dénué d'effets secondaires.

Chez l'adolescent, la confidentialité et la relation de confiance sont très importantes. L'observance est particulièrement difficile dans ce groupe car les adolescents ont tendance à prendre des risques et veulent avoir l'impression d'être les maîtres de leur comportement.

L'achat des autres traitements en dehors du TARV est le plus souvent à la charge des patients. Il faut dans ce cas considérer l'aspect financier avant d'envisager les autres critères d'éligibilité.

Le traitement antirétroviral doit être adapté au type de virus (VIH-1 ; VIH-2 ; VIH Dual 1+2), à l'état clinique et au mode de vie du patient afin d'optimiser l'adhésion.

4.2. Associer les médicaments antirétroviraux

Pour qu'un TARV soit efficace, il faut utiliser une association d'au moins trois médicaments appartenant soit à la même classe soit à des classes thérapeutiques différentes. Cette association de médicaments doit :

- être plus efficace pour faire baisser la charge virale
- induire une augmentation plus nette et plus durable des CD4
- entraîner moins d'effets secondaires
- limiter l'émergence de souches virales résistantes
- prévoir la possibilité d'utilisation future d'autres traitements
- être simple à prendre (peu de comprimés, une à deux fois par jour en respectant les restrictions alimentaires, en utilisant si possible les formes combinées disponibles).

Les mêmes principes que ceux sur lesquels repose le TARV pour les adultes s'appliquent aux adolescents. Le choix entre utiliser le dosage réservé aux adultes et celui réservé aux enfants se fait grâce aux stades de développement de Tanner. Les différents stades de Tanner correspondent aux changements survenant pendant la puberté. Ils sont décrits en annexe.

4.3. Aider le patient à l'observance du TARV

Expliquer au patient :

- Comment prendre les médicaments en respectant les doses prescrites, les horaires de prises et les restrictions alimentaires
- Comment prendre tous les médicaments composant l'association
- Que le traitement antirétroviral se prend à vie
- Qu'il ne faut pas attendre l'épuisement du stock de ses médicaments, avant de renouveler la prescription (revenir 1 semaine avant).

- Qu'en cas d'intolérance ou d'effets secondaires graves, il faut arrêter tous les médicaments en même temps. Prendre contact avec l'équipe de soins pour avis immédiat.

4.4. Repousser la résistance dans le temps

Tout TARV devrait avoir comme objectif de repousser la résistance dans le temps. Pour cela, il faut choisir le bon schéma de traitement, pouvoir se procurer des médicaments sans interruption et obtenir une bonne observance du patient. Même dans une situation idéale, 20 à 40% des patients ne réagiront plus à leur traitement d'ici 5 ans à cause de la pharmacorésistance.

Cette résistance peut apparaître plus rapidement lorsque la suppression de la réplication virale n'a pas été importante. Le virus continue à muter, ce qui lui permet de survivre malgré la présence des médicaments. Ces nouvelles souches virales résistantes qui viennent de muter finiront par prendre le dessus et être plus nombreuses que les virus restants toujours sensibles aux médicaments. Continuer le traitement avec le même schéma inefficace ne fera qu'augmenter la charge virale et faire échouer le traitement. Une fois qu'une résistance à un médicament ARV particulier se développe, ce médicament n'a plus jamais d'effet en général, car les souches virales résistantes au médicament refont rapidement surface et font échouer le traitement. De plus, lorsqu'une résistance à un médicament se développe, il peut y avoir une résistance croisée aux autres médicaments de la même classe qui n'auront donc peut-être pas d'effet.

Non seulement un patient peut développer une résistance, mais il peut aussi transmettre ces souches résistantes à d'autres personnes qui ne répondront donc probablement pas à certains médicaments.

5. CONDITIONS PREALABLES A L'ADMINISTRATION D'UN TARV

5.1. Tâches du prestataire de soins

- Mettre en place un partenariat avec le patient
- Prendre en compte les préoccupations et les priorités du patient
- Utiliser les 5 principes fondamentaux (5A):
 - Apprécier
 - Aviser
 - s'Accorder
 - Assister
 - Arranger
- Soutenir l'éducation et l'auto traitement du patient
- Organiser un suivi pro actif
- Faire intervenir les acteurs de la PEC communautaire
- Orienter le patient vers des structures de PEC communautaire
- Organiser l'information stratégique par la mise en place des outils de gestion dans la PEC afin de documenter, contrôler et retenir les informations
- Travailler dans un esprit d'équipe, la PEC est multidisciplinaire
- Assurer la bonne continuité des soins, des structures de soins à domicile

5.2. Tâche du patient

- Le patient doit comprendre l'importance d'une observance presque parfaite

5.3. Conditions pour la prescription des ARV dans un centre de prise en charge des PVVIH

- Les médicaments nécessaires sont disponibles
- L'approvisionnement en médicaments est régulier
- Les conditions techniques de laboratoire sont réunies
- Les mesures de base cliniques et de laboratoire sont disponibles pour évaluer la toxicité.
- Les prestataires de soins ont été formés à l'utilisation du traitement antirétroviral.

Conclusion

Le TARV répond à des principes. Le clinicien se doit donc, pour être efficace, de bien comprendre et maîtriser les principes et directives du TARV, les règles et modalités de prescription des ARV ainsi que les éléments essentiels de la conduite et du suivi du traitement.

Chapitre 2: Présentation des molécules antirétrovirales

Introduction

Les ARV sont des molécules qui bloquent le cycle du virus à différentes étapes essentielles de sa réplication. Les ARV ne détruisent donc pas le virus ; ils ne sont pas « virucides ». Les ARV peuvent bloquer la réplication virale dans tous les lymphocytes circulants (ou presque) mais ne peuvent pas atteindre toutes les autres cellules infectées. C'est pourquoi, à ce jour, il n'est pas possible d'envisager l'arrêt du traitement.

Objectifs éducationnels

A la fin de ce chapitre, le participant sera en mesure de :

1. Citer les classes de médicaments ARV
2. Décrire les modes d'actions de chaque classe d'ARV
3. Citer les médicaments ARV de chaque classe disponibles en Côte d'Ivoire
4. Décrire les interactions alimentaires les plus fréquentes
5. Décrire les interactions médicamenteuses les plus fréquentes.
6. Décrire les effets secondaires et les contre-indications de chaque médicament ARV.
7. Décrire la gestion des effets secondaires au cours d'un TARV

Plan du chapitre

1. Classes thérapeutiques et modes d'actions des ARV
2. Médicaments antirétroviraux disponibles en Côte d'Ivoire
3. Interactions médicamenteuses et alimentaires des ARV
4. Effets secondaires indésirables et toxicité ou complications graves liées aux ARV
5. Gestion des effets secondaires

1. CLASSES THERAPEUTIQUES ET MODE D'ACTION DES ARV

1.1. Classes thérapeutiques

Les antirétroviraux appartiennent à quatre classes différentes :

- Les inhibiteurs de la reverse transcriptase: les inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques(INRT) et les inhibiteurs non nucléosidiques(INNRT)
- Les inhibiteurs de protéase (IP)
- Les inhibiteurs d'entrée et de fusion
- Les inhibiteurs de l'intégrase

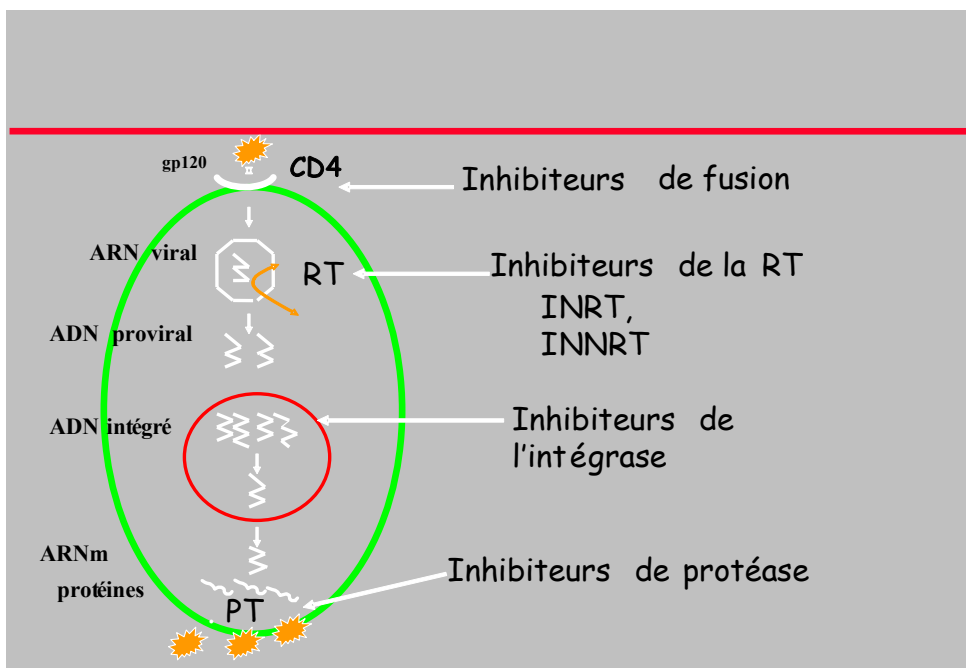
1.2. Mode d'action des différentes classes

Les **INRT** et les **INNRT** bloquent l'enzyme de la reverse transcriptase qui convertit l'ARN du VIH en ADN du VIH. Le VIH se duplique lorsqu'il pénètre dans l'ADN nucléaire de l'hôte. Les inhibiteurs nucléosidiques et non-nucléosidiques de la reverse transcriptase bloquent la production de l'ADN du VIH et empêchent le virus d'utiliser l'ADN de la cellule pour se reproduire.

Les **IP** empêchent la réplication virale. L'enzyme protéase du VIH fonctionne comme des ciseaux chimiques pour couper les longues chaînes de protéines virales prêtes à être assemblées pour former un nouveau virus mûr. Les nouvelles copies du VIH sont donc vides et ne peuvent pas infecter de nouvelles cellules.

Les **inhibiteurs d'entrée et de fusion** bloquent l'entrée du VIH en se fixant à la molécule gp 41 empêchant la fusion et la pénétration du virus à travers la membrane cellulaire.

Les **antiintégrases (Anti IG)** empêchent l'intégration de l'ADN proviral dans le genome de la cellule infectée



PT : Protéine transcriptase

RT : Reverse Transcriptase

INRT : Inhibiteur Nucléosidique de la Réverse Transcriptase

INNRT : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Réverse Transcriptase

Figure 16 : Les sites d'action des différentes classes d'antirétroviraux

Tableau XI: Les sites d'action des différentes classes d'antirétroviraux

	INRT	INNRT	IP
Site d'action	RT	RT	PT
Action sur VIH-1	OUI	OUI	OUI
Action sur VIH-2	OUI	NON	OUI

2. MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX DISPONIBLES EN COTE D'IVOIRE

Les médicaments existant actuellement en CI appartiennent à trois classes différentes :

- les inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase (INRT)
- les inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase (INNRT)
- les inhibiteurs de protéase (IP).

Certaines molécules sont disponibles en association fixe, ce qui peut faciliter les schémas de traitement.

Sur les 4 tableaux qui suivent, on trouvera les principales caractéristiques des ARV en fonction de leurs classes thérapeutiques.

Tableau XII: Inhibiteurs nucléosidiques de la Réverse Transcriptase

Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Reverse (INRT)					
DCI	Présentation	Posologie		Mode d'administration	Effets secondaires
		Adultes	Enfants		
Zidovudine (ZDV, AZT)	sirop 10 mg/ml gélules 100 mg gélules 250 mg comprimés 300 mg	300 mg deux fois/j	180 mg/m ² deux fois par jour	Au cours ou en dehors des repas	Toxicité hématologique : Anémie ou neutropénie Nausées, vomissements, migraines, insomnie, asthénie Acidose lactique
Lamivudine(3TC)	sirop 10 mg/ml comprimés 150 mg	1 comprimé deux fois/j	4mg/kg deux fois/J	Au cours ou en dehors des repas	Toxicité minimale Acidose lactique (rare) Pancréatite chez les enfants (rare)
Stavudine (d4T)	sirop 1 mg/ml gélules 20 mg gélules 30 mg gélules 40 mg	>60 kg : 40 mg deux fois/j <60 kg : 30 mg deux fois/j	1mg/kg deux fois/J	Au cours ou en dehors des repas	Pancréatite Neuropathie périphérique Lipodystrophie Acidose lactique
Didanosine (ddI)	comprimés 50 mg comprimés 100 mg comprimés 150 mg comprimés 200 mg	>60 kg 200 mg deux fois/j (comprimés tamponnés), <60kg - 250 mg 1 fois par jour* (comprimés tamponnés ou gélules gastrorésistantes**)	10mg/kg/j 240mg/m ² /j	L'absorption diminue de 55% avec la nourriture À prendre une demi-heure avant ou deux heures après les repas	Pancréatite. Neuropathie périphérique Nausée, diarrhée Acidose lactique
Abacavir (ABC)	sirop 20 mg/ml comprimés 300 mg	1 comprimé deux fois /j	8mg/kg deux fois /j	Au cours ou en dehors des repas	Hypersensibilité (peut être mortelle): avec fièvre, rash, nausée, vomissements, malaise ou fatigue, perte d'appétit, symptômes respiratoires (maux de gorge, toux, dyspnée). Acidose lactique
Ténofovir (TDF)***	comprimés 300 mg	1 cp /j si clairance de la créatinine > 60 ml/min	1cp/j chez l'adolescent de 18 ans	Avec un repas.	-Troubles gastro-intestinaux (diarrhée, nausée, vomissements, flatulence, ballonnement) légers à modérés -Hypophosphatémie, légère à modérée (12% à 24 semaines, 15% à 58 semaines) -Tubulopathie proximale (y compris syndrome de Fanconi) -L'effet indésirable de classe est la néphrotoxicité.
Emtricitabine (FTC) OU Emtriva	Sirop 10mg/ml (attention biodisponibilité différente: 1 gélule à 200mg correspond à 240mg en solution buvable) Gélule 200mg ou comp pelliculé ?	1 cp/jour		Avec un repas.	Céphalées, vertiges asthénie, insomnie, diarrhées nausées ,vomissement, éruptions cutanées, neutropénie, anémie ,acidose lactique

*Une posologie de deux prises par jour est préférable, cependant une seule prise par jour peut convenir aux patients qui demandent des horaires de prise de médicaments plus simples.
en cas de disponibilité donner la forme gastro-résistante (400mg)

*** (Note : le ténofovir est un nucléotide et non pas un nucléoside, mais on le regroupe ici pour plus de simplicité)

Tableau XIII : Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Reverse Transcriptase

Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Reverse Transcriptase (INNRT)							
DCI	Présentation	Posologie			Mode d'administration	Effets secondaires	
		Adultes	Enfants				
Éfavirenz (EFV)	suspension 30 mg/ml gélules 200 mg Cp 600 mg	1 cp de 600 mg/j 3 gélules de 200 mg/J	Posologie fonction de l'âge			À ne pas prendre avec des aliments riches en graisses. De préférence prendre à jeûn au coucher.	Éruption cutanée (rash)* Symtômes affectant le système nerveux Taux de la transaminase plus élevé Tératogène
			Poids (kg)	Gélule (mg)	Sirop (ml)		
			10-15	200	9		
			15-20	250	10		
			20-25	300	12		
			25-333	350	15		
33-40	400	17					
≥ 40	600						
Névirapine (NVP)	Suspension 50mg/5ml cp 200 mg	1cp/J pendant 14 J au début puis 1 comprimé deux fois/j	4 mg/kg une fois par jour pendant 14 j puis : - enfant de 2 mois à 8 ans : 7mg/kg deux fois par jour - enfant de 8 ans à 16 ans 4mg/kg deux fois par jour			Au cours ou en dehors des repas	Éruption cutanée (rash)* Taux de la transaminase plus élevé Hépatite (y compris cas de nécrose du foie)

*Dans les essais cliniques en raison de rash, la névirapine a été arrêtée chez 7% des patients et l'efavirenz chez 1,7% des patients. De rares cas du syndrome de Stevens-Johnson ont été signalés avec l'utilisation de ces deux INNTR plus fréquemment avec la névirapine.

Tableau XIV : Inhibiteurs de la Protéase

Les Inhibiteurs de la Protéase					
DCI	Présentation	Posologie		Mode d'administration	Effets secondaires
		Adultes	Enfants		
Ritonavir (RTV)* (N'est plus utilisé seul comme IP)	Solution buvable à 600 mg/7,5 ml (= 400 mg/cuillère à café) Capsule molle à 100 mg	N'est plus utilisé seul comme IP mais pour renforcer « booster *** » d'autres IP 100 mg X 2/J	N'est plus utilisé seul comme IP mais pour renforcer « booster *** » d'autres IP	À prendre avec des aliments si possible ; sera peut-être mieux toléré.	Intolérance gastro-intestinale (nausées, vomissements, diarrhée) Paresthésie péri-buccale et des extrémités Hépatite Pancréatite Asthénie Altération du goût Laboratoire : Augmentation des triglycérides >200%, augmentation des transaminases, acide urique et CPK élevés Hyperglycémie Redistribution des graisses et autres dystrophies Éventuelles périodes de saignements accrus chez les patients hémophiles
Indinavir (IDV)	Gélules 400 mg Gélules 200 mg	800mg trois fois/J toutes les 8H Quand utilisé avec RTV 400/400mg ou 800/100mg ou 800/200 mg IDV/RTV deux fois/j	400 mg toutes les 12 heures en association avec le ritonavir (100mg)	À prendre une heure avant ou deux heures après un repas, peut se prendre avec un repas pauvre en graisses. Associé au ritonavir peut être pris avec un repas.	Néphrolithiase (calculs rénaux) Intolérance gastro-intestinale, nausées, vomissements Augmentation de la bilirubinémie non conjuguée (sans conséquence) Autres : Maux de tête, asthénie, vision floue, étourdissement, rash, thrombocytopénie, alopecie, anémie hémolytique Hyperglycémie Redistribution des graisses et anomalies des lipides Éventuelles périodes de saignements accrus chez les patients hémophiles
Saquinavir (SQV)	Gélules 200 mg Comprimés à 500 mg	1000 SQV /100RTV deux fois/j ou 400/400mg deux fois /j	35 mg/kg toutes les 8 heures	À prendre avec un repas ou un encas (les repas riches en graisses accroissent les taux sanguins)	Troubles digestifs modérés Éventuelles périodes de saignements accrus chez les patients hémophiles Intolérance au glucose, diabète ; lipodystrophie Élévation des transaminases, des CPK et gGT Aggravation hépatique (chez des patients avec des antécédants d'hépatite B ou C ou alcoolisme)

Nelfinavir (NFV)	Poudre orale à 50mg/mesure Cp pelliculé à 250mg Cp 625 mg	750 mg trois fois/jour ou 1250 mg deux fois/j	55 à 65 mg/kg deux fois par jour Dose maxi > 13 ans : 2500 mg/j	À prendre avec un repas ou un encas (les repas riches en graisses accroissent les taux sanguins)	Diarrhée Hyperglycémie Redistribution des graisses et anomalies des lipides Éventuelles périodes de saignements accrus chez les patients hémophiles Augmentation des transaminases
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	Gélules Lopinavir 133.3/ ritonavir 33.3 mg Suspension : LPV 80 mg/ rito 20mg Cp sec: LPV 200mg/ Rito 50mg	3 gélules deux fois/j 4 gélules quand il est associé à EFV	En deux fois par jour selon le poids 7-15 kg : 12mg/kg LPV et 3mg/kg ritonavir 15-40 kg : 10 mg/kg LPV et 5 mg/kg ritonavir > 40 kg 400 mg/kg LPV et 100 mg/kg ritonavir deux fois par jour soit 3 capsules ou 5 ml deux fois par jour	À prendre avec des aliments	Nausée, diarrhée, vomissements Asthénie Augmentation des transaminases Hyperglycémie Redistribution des graisses et autres dystrophies Éventuelles périodes de saignements accrus chez les patients hémophiles La solution buvable contient 42% d'alcool

**** ND : Non disponible**

***Il existe des interactions médicamenteuses possibles quand certains ARV sont utilisés en même temps. L'une des interactions les plus importantes est celle existant entre le ritonavir et plusieurs autres IP. Des doses de RTV plus réduites que celles prescrites habituellement sont utilisées pour augmenter l'efficacité de ces IP car leurs niveaux sont augmentés et leur demi-vie est prolongée. Ceci réduit le risque de résistance au médicament et permet de réduire le nombre de prises, ce qui peut améliorer l'observance. L'utilisation d' IP renforcé par le ritonavir est devenue standard avec la plupart des IP, sauf pour le nelfinavir

Tableau XV : Les formes combinées des médicaments antirétroviraux

Les formes combinées associant deux ou trois antirétroviraux					
DCI	Présentation	Posologie		Mode d'administration	Effets secondaires
		Adultes	Enfants		
ZDV/3TC (Combivir)*	Comprimés Zidovudine 300 mg/ lamivudine 150 mg	1 comprimé deux fois/j	ZDV : 180 mg/m ² deux fois par jour 3TC : 4 mg/kg deux fois par jour Maxi : 1 comprimé deux fois par jour	Au cours ou en dehors des repas	Voir les effets secondaires de ZDV et 3TC
d4T/3TC	Comprimés - Stavudine 30 mg/ Lamivudine 150 mg - Stavudine 40 mg/ Lamivudine 150 mg	1 cp deux fois/j	ND	Au cours ou en dehors des repas	Voir les effets secondaires de d4T et 3TC
ZDV/3TC/ABC (Trizivir)	Comprimés Zidovudine 300 mg/ lamivudine 150 mg / Abacavir 300 mg	1 cp deux fois/j	Pour adolescents et enfants > 40 kg : 1 comprimé deux fois par jour	Au cours ou en dehors des repas	Voir les effets secondaires de ZDV , 3TC et ABC
d4T/3TC/NVP (Triomune)	Comprimés - Stavudine 30mg Lamivudine 150 mg/ Névirapine 200 mg - Stavudine 40 mg/ Lamivudine 150 mg/ Névirapine 200 mg	1cp de NVP/j +1 cp de D4T+3TC deux fois /j pendant 14j puis 1 cp deux fois/j de Triomune	30-60 kg : 1 cp de d4T 30mg deux fois par jour > 60 kg : 1 comprimé de d4T 40mg deux fois par jour La posologie doit être progressive (voir NVP)	Au cours ou en dehors des repas	Voir les effets secondaires de d4T , 3TC et NVP

Tableau XVI: Les ARV réservés pour le traitement de 3^{ème} ligne

DCI	PRESENTATION	POSOLOGIE	ADMINISTRATION	FAMILLE	EFFETS SECONDAIRES
Atazanavir ou ATZ ou Reyataz	Gélules de 100, 150 200 et 300 mg	Adulte :300mg /j + RTV 100mg/j une fois/j	Au cours d un repas	Anti protéase	Troubles digestifs , hyperbilirubine Céphalées , insomnie , rash , allongement des espaces PR et QT,BAV.....
Darunavir ou DRV ou prezista	Comprimés pelliculés à 300mg	Adulte :600mg 2fois/j	Au cours des repas	Anti protéase	Diarrhée , nausée ,vomissement, éruptions, rash cutané , élévation des triglycérides ,du cholestérol , acide urique, amylase et lipase pancréatiques.....
Raltégravir ou isentress	Comprimés pelliculés à400mg	Adulte :400mg 2 fois par jour	Au cours et en dehors	Inhibiteur de l intégrase	Vertiges , douleur abdominale , flatulence prurit ,lipodystrophie , élévation des transaminases , asthénie , arthralgie..

3.INTERACTIONS ALIMENTAIRES ET MEDICAMENTEUSES

3.1 Interactions alimentaires

Les interactions alimentaires sont décrites dans les tableaux précédents.

À retenir : les médicaments dont la prise dépend des repas (avec ou sans nourriture) peuvent être plus difficiles à prendre régulièrement. Il se peut en effet qu'ils soient difficiles à insérer dans l'emploi du temps du patient. Les médicaments qui doivent être pris avec de la nourriture, surtout avec des repas riches en graisses (Nelfinavir et Ténofovir), peuvent être difficiles à prendre correctement pour les patients démunis .

3.2. Interactions médicamenteuses

De nombreux médicaments ARV peuvent avoir des interactions avec les autres médicaments notamment ceux pris en automédication (. Ces interactions médicamenteuses peuvent provoquer une toxicité plus forte ou bloquer l'effet soit du médicament antirétroviral soit de l'autre médicament.

Les interactions particulièrement importantes sont:

- Les interactions entre les ARV eux mêmes
- Les interactions entre certains ARV et les antituberculeux
- Les interactions entre certains ARV et les autres médicaments (surtout les contraceptifs oraux)
- Les interactions entre certains ARV et les médicaments traditionnels

3.2.1.Les interactions entre ARV

- Les associations d'INRT suivantes ne sont pas recommandées :
 - Zidovudine + Stavudine : antagonisme pharmacologique
 - Didanosine + Stavudine : risque accru d'acidose lactique
 - Didanosine + Ténofovir : interaction pharmacocinétique et puissance virologique non optimale
- Le Ritonavir, administré à faible dose (100 mg ou 200 mg, 1 à 2 fois par jour), augmente de façon importante les concentrations plasmatiques des IP associées. Seul le Nelfinavir est peu sensible à l'effet booster du Ritonavir.

3.2.2. Les interactions entre ARV et antituberculeux

- La Rifampicine, puissant inducteur enzymatique, est contre-indiquée avec tous les IP non associées au Ritonavir car elle diminue leurs concentrations plasmatiques qui deviennent inférieures aux concentrations virales inhibitrices.
- L'association d'INNRT avec la Rifampicine est à l'origine d'une baisse de leur concentration d'environ un tiers.

- La Rifampicine ne peut être utilisée qu'avec l'efavirenz ou l'association Saquinavir/Ritonavir). On peut également utiliser la Rifampicine avec un traitement par trois INRT (ABC/ZDV/3TC)

3.2.3. Les interactions entre certains antirétroviraux et les autres médicaments

- L'association d'antiprotéases avec certains antipaludiques, tels que la quinine et l'halofantrine est à éviter. La prescription de quinine chez ces patients sera réalisée sous surveillance électrocardiographique (ECG) si possible.
- Certains antirétroviraux comme les IP (Nelfinavir, Ritonavir, Lopinavir/Ritonavir) et les INNRT (Névirapine et Efavirenz) vont augmenter ou diminuer la quantité d'hormones (oestrogène et progestérone) présente dans le sang. Cela peut réduire l'efficacité du contraceptif oral ou aggraver ses effets secondaires. Quand un de ces médicaments fait partie du traitement antirétroviral, une autre méthode de planning familial devrait être utilisée. Les IP diminuent les concentrations de certains contraceptifs oraux (ethinyloestradiol) . L'effet contraceptif est diminué avec les pilules faiblement dosées.

3.2.4. Les interactions entre certains médicaments antirétroviraux et les médicaments traditionnelles.

- Il s'agit de situations assez fréquentes dans notre contexte ; malheureusement, aucune donnée n'est disponible.
- Une surveillance clinique et biologique est nécessaire chez des patients prenant concomitamment des traitements ARV et des médicaments traditionnelles.

Les tableaux ci-dessous résument les principales interactions médicamenteuses qui obligent le prestataire de soins à modifier la dose d'un ou des médicaments, ou à les utiliser avec prudence.

Tableau XVII: Les interactions médicamenteuses des INRT

Les INRT et les interactions médicamenteuses			
Autre médicament	Zidovudine (ZDV)	Stavudine (d4T)	Didanosine (ddI)
Méthadone	Aucune information	Pas besoin de changer le dosage.	ddl (gélules gastroresistantes) inchangée ; ddi tamponnée ↓ 63%, méthadone inchangée. Dosage : pas de changement ddl gastrorésistante. On peut envisager augmentation de la dose de ddi tamponnée ou maintien de la dose usuelle.
Ribavirine	La ribavirine interfère sur l'action de la ZDV. Ne devraient pas être utilisés de concert ou surveiller étroitement la réponse virologique.	Aucune information	Coadministration non recommandée. Peut provoquer de graves toxicités.
Indinavir			Les prises doivent être séparées d'au moins une heure
Ténofovir			Le taux de ddi augmente 44%. Penser à réduire la dose de ddi de moitié en cas d'association des deux molécules.

Tableau XVIII : Les interactions médicamenteuses des INNRT

Les INNRT et les interactions médicamenteuses		
Autre médicament	Névirapine (NVP)	Éfavirenz (EFV)
ANTIFONGIQUES		
Kétoconazole	Kéto. ↓ 63% NVP ↑ 15-30% Dosage : Pas recommandé	Aucune information
ANTIMYCOBACTÉRIENS		
Rifampicine	NVP ↓ 20 - 58%. Les conséquences virologiques ne sont pas sûres, risque d'hépatotoxicité supplémentaire. L'utilisation de cette association n'est pas recommandée.	EFV ↓ 25% Envisager d'augmenter EFV à 800 mg une fois par jour
CONTRACEPTIFS ORAUX	Ethinyl estradiol ↓ environ de 20%. Utiliser une méthode différente ou supplémentaire	Ethinyl estradiol ↑ 37%. Utiliser des méthodes différentes ou supplémentaires
ANTICONVULSIVANTS		
<i>Phénobarbital</i> Phénytoïne Carbamazépine	Interactions inconnues, à utiliser avec prudence Surveiller les niveaux d'anticonvulsivants	À utiliser avec prudence Surveiller les niveaux d'anticonvulsivants
METHADONE	NVP inchangé, Méthadone ↓ de façon importante. Méthadone dosé en fonction de son effet.	Méthadone ↓ de façon importante. Méthadone dosé en fonction de son effet
ANTICOAGULANT		
Warfarine	Aucune information	Surveiller les tests de coagulation quand utilisés en même temps.

Tableau XIX : Les interactions médicamenteuses des IP

Les IP et les interactions médicamenteuses (1)					
Autre médicament	Indinavir (IDV)	Ritonavir (RTV)	Saquinavir (SQV)	Nelfinavir (NFV)	Lopinavir (utilisé avec ritonavir)
ANTIFONGIQUES					
Kétoconazole	IDV ↑ 68% Dose : IDV 600 mg trois fois par jour.	Kétoconazole ↑ 3X Dose : À utiliser avec prudence (ne pas dépasser 200 mg de kétoconazole par jour).	SQV ↑ 3X Dose : Si la dose de kétoconazole est >200 mg/jour, surveiller les douleurs gastro-intestinales et ajuster les doses en fonction.	Pas besoin de changer la dose.	LPV ↓ 13%. Keto ↑ 3X . À utiliser avec prudence (ne pas dépasser 200 mg de kétoconazole par jour).
ANTIMYCOBACTÉRIENS					
Rifampicine	IDV ↓ 89%. Ne devraient pas être coadministrés.	RTV ↓ 35% Dose : Pas de changement. Possibilité d'hépatotoxicité accrue. Ne doit être utilisée qu'avec le SQV.	SQV ↓ 84%. Contreindiqué sauf si utilisation de RTV + SQV, utiliser rifampicine 600 mg une fois par jour SQV/RTV 400/400mg/deux fois par jour	↓ 82% Ne devraient pas être coadministrés.	LPV ↓ 75%. Ne devraient pas être coadministrés.
CONTRACEPTIFS ORAUX	Noréthindrone ↑ 26% Ethinylestradiol ↑ 24% Pas besoin de changer la dose.	Ethinyl estradiol ↓ 40% Utiliser une méthode différente ou supplémentaire.	Aucune information	Noréthindrone ↓ 18% Ethinyl estradiol ↓ 47% Utiliser une méthode différente ou supplémentaire.	Ethinyl estradiol ↓ 42% Utiliser une méthode différente ou supplémentaire.

Tableau XIX (suite): Les interactions médicamenteuses des IP

Les IP et les interactions médicamenteuses (2)					
Autre médicament	Indinavir (IDV)	Ritonavir (RTV)	Saquinavir (SQV)	Nelfinavir (NFV)	Lopinavir (utilisé avec ritonavir)
HYPOLIPEMIANTS					
Atorvastatine	Possibilité d'une augmentation des niveaux de la statine. Utiliser la dose initiale minimale d'atorvastatine avec prudence.	Augmentation de 450% des niveaux de la statine quand administrée avec l'association SQV/RTV. Utiliser la plus faible dose initiale d'atorvastatine avec très grande prudence.	Augmentation de 450% des niveaux de la statine quand administrée avec l'association SQV/RTV. Utiliser la plus faible dose initiale d'atorvastatine avec très grande prudence.	Augmentation de 74% des niveaux de la statine avec atorvastatine. Utiliser la plus faible dose initiale d'atorvastatine avec très grande prudence et surveiller.	Augmentation des niveaux de la statine ↑ 6 X. Utiliser la dose initiale d'atorvastatine la plus faible et surveiller de près.
Pravastatine	Aucune information	Diminution de 50% quand administré avec l'association SQV/RTV. Pas besoin de changer la dose.	Diminution de 50% quand administré avec l'association SQV/RTV. Pas besoin de changer la dose.	Aucune information	Augmentation de 33% des niveaux de la statine. Pas besoin de changer la dose.
ANTICONVULSIVANTS					
Phénobarbital Phénytoïne Carbamazépine	Carbamazépine ↓ les niveaux d'IDV de façon importante. Envisager d'utiliser un agent différent.	Niveau sanguin plus élevé quand administré avec RTV. À utiliser avec prudence. Surveiller les niveaux d'anticonvulsivants.	Interaction inconnue mais fait peut-être diminuer les niveaux de SQV de façon importante. Surveiller les niveaux d'anticonvulsivants.	Inconnue mais fait peut-être diminuer les niveaux de NFV de façon importante. Surveiller les niveaux d'anticonvulsivants et la réponse virologique.	Interactions possibles nombreuses : Augmentation des niveaux de Carbamazépine quand coadministré avec RTV. À utiliser avec prudence. Surveiller les niveaux d'anticonvulsivants. Phénytoïne - diminution des niveaux de LPV/rvt, et diminution des niveaux de phénytoïne quand administré ensemble. Éviter leur utilisation concomitante

Tableau XIX: Les interactions médicamenteuses des IP

Les IP et les interactions médicamenteuses (3)					
Autre médicament	Indinavir (IDV)	Ritonavir (RTV)	Saquinavir (SQV)	Nelfinavir (NFV)	Lopinavir (utilisé avec ritonavir)
<i>Methadone</i>	Pas de changement dans les niveaux de méthadone.	Méthadone ↓ 37%. Surveiller et ajuster la dose de la méthadone si nécessaire. Peut nécessiter ↑ de la dose de méthadone.	Méthadone ↓ de 20% quand coadministrée avec SQV/RTV 400/400 mg deux fois par jour. Pas besoin de changer la dose mais surveiller et ajuster méthadone si nécessaire.	Les niveaux de méthadone peuvent baisser mais l'effet est minimal sur la dose de maintenance. Surveiller et ajuster la dose si nécessaire. Adapter la dose de méthadone.	Diminution de 53% du niveau de méthadone. Surveiller et ajuster la dose si nécessaire. Peut nécessiter ↑ de la dose de méthadone.
<i>Autres</i>	Le jus de pamplemousse ↓ niveaux d'IDV de 26% Sildenafil (Viagra) : ne pas dépasser 25 mg/48h	Désipramine ↑ 145%, réduire la dose. Théophylline ↓ 47%, surveiller son niveau. Fait baisser les niveaux d'anticoagulant, comme la warfarine et d'antiparasitaire comme l'atovaquone. Nombreuses interactions possibles. Sildenafil (Viagra) : ne pas dépasser 25 mg/48h	Le jus de pamplemousse fait augmenter les niveaux de SQV. La dexaméthasone fait baisser les niveaux de SQV. Sildenafil (Viagra) : ne pas dépasser 25 mg/48h	Sildenafil (Viagra) : ne pas dépasser 25 mg/48h	Sildenafil (Viagra) : ne pas dépasser 25 mg/48h

4.EFFETS SECONDAIRES INDESIRABLES ET TOXICITE OU COMPLICATIONS GRAVES LIEES AUX ARV

Un TARV permet en général à un patient de se sentir mieux et de rester en bonne santé, mais des effets indésirables ou une toxicité des médicaments apparaissent parfois. Ces effets sont négatifs et involontaires. Ils peuvent être bénins et passagers ou graves et durer longtemps.

Les effets indésirables ont des conséquences importantes pour les raisons suivantes :

- Ils augmentent le risque que les médicaments ne soient pas pris correctement.
- Les effets tels que les nausées et les vomissements peuvent empêcher l'absorption correcte des médicaments même s'ils sont pris convenablement.
- Les effets tels que l'anémie peuvent engendrer la faiblesse et la fatigue. Ils peuvent empêcher les patients de travailler et/ou d'accomplir les activités quotidiennes. La Zidovudine peut aggraver l'anémie provoquée par d'autres causes (alimentation pauvre, paludisme, parasitoses intestinales, hémorragie du post partum, etc).
- Des effets indésirables (étourdissement, confusion, difficulté de concentration, rêves anormaux) provoqués par l'Efavirenz agissent sur la qualité de vie.
- D'autres effets indésirables peuvent avoir des conséquences à long terme: augmentation des lipides sériques, mauvaise répartition des graisses, maladie cardiovasculaire, diabète, ostéoporose, ostéonécrose.
- Des effets indésirables (hypersensibilité à l'Abacavir, acidose lactique, nécrose du foie, syndrome de Stevens-Johnson, pancréatite, calculs rénaux) sont plus graves et mettent en danger la vie du patient.

Il faut éviter l'utilisation des associations de médicaments ayant la même toxicité. Certains effets secondaires graves des médicaments ARV sont les mêmes dans une classe donnée alors que d'autres ne sont valables que pour certains médicaments.

4.1. Complications graves liées aux médicaments ARV

La gestion de ces complications ainsi que la poursuite du traitement antirétroviral se fera après avis d'un centre de référence.

4.1.1 Acidose lactique/stéatose hépatique

- Cette complication potentiellement mortelle peut être provoquée par une utilisation souvent prolongée (en général de plus de six mois) d'INRT et semble être plus courante chez les femmes.
 - Le tableau clinique associe une fatigabilité, des douleurs musculaires, une dyspnée, une altération de l'état général, des neuropathies périphériques (DDI, D4T, surtout l'association DDI+D4T), une atteinte multiviscérale (pancréatite, rénale, cardiaque et hépatique) et une hyperlactatémie expliquant la forte mortalité de 50%.
- Une aggravation rapide des symptômes peut survenir avec un rythme cardiaque irrégulier et de multiples défaillances d'organes, provoquant la mort.
- Pendant une grossesse, les symptômes peuvent être confondus avec l'éclampsie ou la stéatose hépatique de la grossesse. Quelques cas de décès dus à l'acidose lactique ont été signalés chez des femmes enceintes sous TARV.

- Il faut interrompre le traitement antirétroviral devant l'apparition des symptômes de l'acidose lactique.

4.1.2. Hépatotoxicité

- Survient en moyenne chez 4% (**de 2,5% à 11%**) des patients suivant un traitement contenant de la névirapine. Mais, elle a été signalée avec tous les INNRT et IP et peut coexister avec une acidose lactique due à l'utilisation d'INNRT.
- La plupart des patients sont asymptomatiques. Elle n'est détectée que par le dosage des transaminases hépatiques.
- La névirapine est le médicament le plus susceptible de provoquer cette complication qui semble être plus courante chez les femmes. Plus de la moitié des hépatites cliniques provoquées par la névirapine apparaissent dans les trois premiers mois de traitement.
- Les premiers symptômes sont des symptômes gastro-intestinaux flous et des symptômes ressemblant à ceux de la grippe, mais qui dégénèrent rapidement avec la défaillance du foie. Les femmes qui ont des numérations de CD4 >250/mm³ (y compris les femmes enceintes) et dont le schéma de traitement comprend de la Névirapine courent plus de risques de souffrir d'une hépatotoxicité (11%).
- Il faut conseiller aux patients de signaler tous les symptômes tels que l'ictère, la perte d'appétit et une urine plus foncée, qui peuvent être des signes d'atteinte hépatique. Il faut surveiller les enzymes du foie pendant les 18 premières semaines de traitement contenant la Névirapine. Il est recommandé de débiter le traitement par la NVP à la dose de 200mg une fois par jour pendant deux semaines suivie de 200 mg , deux fois par jour pour réduire le risque d'hépatotoxicité. Eviter d'utiliser la névirapine chez les femmes qui ont souffert d'une hépatite toxique médicamenteuse grave. En effet, d'autres facteurs comme l'hépatite B ou C, la consommation d'alcool et d'autres médicaments (Isoniazide, Rifampicine, Fluconazole) peuvent léser le foie.

4.1.3 Anomalies de répartition des graisses : Lipodystrophie :

- **La fréquence est mal définie.**
- La lipodystrophie peut se traduire par une répartition anormale des masses graisseuses (perte de masses graisseuses ou au contraire obésité). **L'obésité** est le plus souvent tronculaire, localisée au niveau de la nuque (« bosse du bison ») ou mammaire.
- Plus le traitement antirétroviral dure, plus le patient risque de souffrir de cet effet indésirable.
- Complication le plus souvent rencontrée dans les schémas de traitement comprenant des IP. **La perte de masses graisseuses** affecte particulièrement le visage ainsi que les membres supérieurs et inférieurs et le risque d'en souffrir augmente si un traitement INNRT est pris sur le long terme. Les femmes semblent plus susceptibles d'être affectées par une hypertrophie mammaire et abdominale.
- La cause en est inconnue et il n'existe pas de traitement vraiment efficace.

4.2. Troubles métaboliques

4.2.1. Anomalies du métabolisme glucidique : Hyperglycémie/diabète

- **Surviennent chez 3 à 17% des patients sous inhibiteurs de protéase.**
- L'hyperglycémie et même des diabètes induits peuvent apparaître lors de l'utilisation d'inhibiteurs de protéase. Un diabète pré-existant peut également être aggravé. Il faut avertir les patients traités par des IP de l'apparition des symptômes de l'hyperglycémie (polyurie, polyphagie et polydypsie).
- Il faut surveiller régulièrement la glycémie si cela est possible, même en l'absence de symptômes. Il est parfois nécessaire de traiter les hyperglycémies .

4.2.2. Anomalies du métabolisme lipidique : Lipides sériques élevés

- **Fréquence inconnue .**
- Les traitements ARV utilisant des associations contenant des IP peuvent provoquer une augmentation des lipides sériques surtout le cholestérol et les triglycérides.
- Les risques sont l'augmentation des pathologies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux.
- Il faut conseiller systématiquement à tous les patients, y compris ceux qui suivent un traitement antirétroviral de mener un régime de vie saine, de faire des exercices régulièrement, de faire contrôler leur tension artérielle et d'arrêter de fumer. Il faut mesurer régulièrement les lipides sériques si les tests sont disponibles, et traiter si le cholestérol et/ou triglycérides sont élevés.

4.2.3. Anomalies osseuses

- **Fréquence inconnue.**
- Ce sont essentiellement l'ostéonécrose (touchant les hanches) et l'ostéoporose dues aux traitements ARV ; ces anomalies sont rencontrées aussi bien chez les adultes que chez les enfants.
- L'atrophie du tissu osseux semble être plus courante dans les schémas contenant des IP et du Ténofovir. Les femmes courent plus de risques de voir diminuer leur densité osseuse. Elles doivent consommer une bonne quantité de calcium et de vitamine D et entretenir régulièrement leur forme physique (faire de la marche par exemple).

4.3. Pancréatite

- **Survient chez 1 à 9% des patients prenant de la Didanosine.**
- Peut être mortelle et/ou associée à une acidose lactique. Le risque est élevé en cas d'association de Didanosine et de Stavudine .
- Les femmes y sont plus sujettes.
- L'alcoolisme et l'obésité sont des facteurs aggravants

4.4. Éruption cutanée

- **Apparaît chez 10 à 20% des sujets sous traitement contenant la Névirapine et peut être grave dans certains cas.**
- Les éruptions cutanées (*rash*) apparaissent le plus souvent lorsque le patient suit un traitement contenant des INNRT. Elles sont plus graves et fréquentes avec la Névirapine. La plupart des cas sont bénins ou modérés et apparaissent dans les premières semaines de traitement. La moitié des patients présentant une

hépatotoxicité symptomatique à la névirapine développe une éruption cutanée. Les femmes souffrent plus souvent d'éruptions graves.

- Elle revêt plusieurs formes cliniques de gravité croissante :
 - une éruption maculopapuleuse bénigne, un rash, un prurit ou un érythème.
 - les toxidermies bulleuses (faites de bulles, desquamation de la peau, fièvre et/ou lésions des muqueuses buccale, génitale, anale ou oculaire) à type de syndrome de Lyell ou de Stevens-Johnson sont des situations possiblement mortelles à cause du risque de choc cardiovasculaire et de troubles respiratoires. Ces situations doivent entraîner l'arrêt immédiat et définitif des INNRT ou d'autres médicaments en cause.
 - le syndrome d'hypersensibilité, plus habituel en début de traitement incluant l'Abacavir, impose l'arrêt immédiat et l'interdiction formelle de réintroduction de cette molécule y compris la combinaison fixe ZDV/3TC/ABC.

4.5.Réaction d'hypersensibilité à l'Abacavir

- **Se voit dans 3 à 9% des cas.**
- Les symptômes sont constitués de fièvre, d'éruption cutanée, de nausées et vomissements, de douleur abdominale, de malaise ou de fatigue, perte de l'appétit et symptômes respiratoires (maux de gorge, toux et dyspnée). La constatation d'une hypersensibilité impose l'arrêt définitif de l'Abacavir pour éviter un choc anaphylactique.

4.6.Toxicité hématologique

- **Dépend de la réserve en moëlle osseuse, de la dose, de la durée du traitement et du stade de la maladie.**
- Peut se présenter sous forme d'anémie, mais également de neutropénie et de thrombopénie, donc favoriser l'apparition d'autres infections
- Elle est surtout le fait de la Zidovudine (ZDV), mais aussi de la Lamivudine ; ces effets sont majorés lorsque la Zidovudine est associée au Cotrimoxazole.
- La ZDV peut aggraver une anémie préexistante. Le taux d'hémoglobine devrait être vérifié avant de commencer un traitement contenant de la ZDV et régulièrement au cours du traitement.

4.7.Neuropathie périphérique

- **Apparaît chez 5 à 15% des patients prenant de la Didanosine ou de la Stavudine.**
- Elle se manifeste par des engourdissements, des fourmillements ou des douleurs des membres.
- Elle ne met pas en jeu le pronostic vital mais peut engendrer des troubles gênants de la marche, de la préhension et du sommeil.

4.8. Toxicité rénale

Les atteintes les plus fréquentes sont :

- Les calculs rénaux (**survient chez 10 à 28% des patients prenant de l'Indinavir**) se manifestent sous forme de colique néphrétique et/ou d'hématurie.
- La néphropathie tubulo-interstitielle pouvant aboutir à l'insuffisance rénale. Elle est due au Ténofovir
- Il est conseillé de boire deux à trois litres d'eau par jour pour en prévenir l'apparition.

4.9. Effets sur le système nerveux central

- **Sont fréquents et s'observent chez 50% des patients sous Efavirenz.**
- Les symptômes sont : vertiges, somnolence, insomnie, cauchemars, exacerbation des rêves, confusions, oublis, troubles de l'attention, agitation et même hallucinations. Ils disparaissent heureusement d'eux-mêmes après 2 à 4 semaines dans la plupart des cas.

4.10. Intolérance gastro-intestinale

- Elle est fréquente, précoce et peut apparaître avec de nombreux ARV et dans toutes les classes. Ces symptômes (nausées, vomissements, diarrhées, ballonnements) peuvent être modérés et disparaître d'eux-mêmes ou provoquer des problèmes rendant difficile la prise et l'absorption des médicaments.
- Ils peuvent révéler une toxicité plus grave, comme l'acidose lactique ou l'hépatite toxique.

Tableau XX: Résumé des principaux effets secondaires par classe d'ARV

INRT	INNRT	IP
Acidose lactique/stéatose hépatique	• Éruption cutanée • Hépatotoxicité	• Hyperglycémie • Hyperlipidémie • Lipodystrophie

NB :Potentialisation d'effets toxiques : On trouvera en annexe un tableau des ARV et d'autres médicaments utilisés pour les IO pouvant provoquer les mêmes effets toxiques. Il faudrait éviter d'utiliser chez un patient des molécules de la même colonne car cela augmenterait le risque encouru.

5. GESTION DES EFFETS SECONDAIRES ET TOXIQUES

Les effets indésirables peuvent réduire l'efficacité d'un traitement antirétroviral, la qualité de vie des patients et engager leur pronostic vital. Tous les prestataires de soins doivent connaître ces effets indésirables et savoir les prévenir et/ou gérer leur apparition. Les prestataires de soins devraient aussi être capables de référer les patients vers des services spécialisés si cela s'avère nécessaire.

5.1. Identification des effets secondaires

- interrogatoire :
 - date d'apparition par rapport au début du TARV
 - signes fonctionnels
 - intensité des signes (grade)
 - inventaire de tous les médicaments pris
- examen clinique minutieux
- examens paracliniques selon le contexte
- imputabilité :
 - chronologie d'apparition des signes
 - effets indésirables attendus
 - lien de causalité

5.2. Evaluation de la gravité des effets secondaires des ARV

L'on utilise l'échelle de gravité de l'OMS

Grade 1 : effet secondaire mineur qui ne nécessite ni mesure correctrice, ni hospitalisation ;

Grade 2 : effet secondaire modéré, nécessitant des mesures correctrices, mais pas d'hospitalisation, ni l'arrêt du traitement antirétroviral en cours.

Grade 3 : effet secondaire sévère exigeant des traitements en milieu hospitalier, l'arrêt des molécules utilisées ou leur changement.

Grade 4 : effet secondaire gravissime qui engage le pronostic vital et exige des traitements en soins intensifs, avec arrêt ou changement des antirétroviraux.

Grade 5 : effet secondaire mortel, où l'événement est responsable directement ou indirectement du décès.

Les grades selon les paramètres chez l'enfant sont indiqués en annexe

5.3. Conduite à tenir devant un effet secondaire

Elle est fonction de la gravité et du type d'effet secondaire

- Effets secondaires bénins (grades 1 et 2) :
 - Traitements symptomatiques
 - Poursuite du TARV
 - Conseils pour rassurer le patient
 - Surveillance clinique et / ou biologique rapprochée
- Effets secondaires graves (grades 3 et 4)
 - Arrêt immédiat des ARV ou des molécules incriminées ou suspectées (exemple : Névirapine en cas de toxidermie grave, Efavirenz en cas d'ictère ou cytolysé hépatique sévère)

- Hospitalisation et soins d'urgence
- Surveillance clinique et / ou biologique rapprochée
- Changement de schéma thérapeutique ARV en tenant compte des toxicités croisées

5.4. Quelques mesures à prendre pour prévenir l'apparition des effets indésirables ou toxiques des médicaments:

- Choisir le schéma de traitement en ayant à l'esprit le risque d'apparition d'effets indésirables ou toxiques.
- Donner des informations aux patients sur les effets secondaires et les effets toxiques possibles des médicaments utilisés dans la prise en charge des PVVIH (IO et ARV).
- Informer les patients sur les mesures à prendre pour prévenir ou soulager eux-mêmes les symptômes modérés (nausées, céphalées).
- Sensibiliser les patients à consulter rapidement devant l'apparition de signes graves voire potentiellement mortels (ictère ou urine foncée, douleur abdominale aiguë ou persistante, éruption cutanée avec bulles, desquamation ou lésions muqueuses, dyspnée, fortes nausées et vomissements, fièvre élevée ou persistante).
- Faire le suivi clinique et biologique des patients sous traitement suivant les schémas thérapeutiques retenus.
- S'assurer que le patient sait où et à qui s'adresser en cas d'effets indésirables du TARV.

5.5. Interruption du TARV

Pour interrompre le traitement antirétroviral devant l'apparition d'effets indésirables ou de complications liées aux médicaments, il faut soit :

1. Arrêter la prise du médicament incriminé (s'il est clairement identifié) et le remplacer **immédiatement** par un autre médicament efficace ;
2. Arrêter la prise de tous les médicaments en même temps, si le patient souffre d'effets secondaires graves ou potentiellement mortels ou s'il est impossible de savoir lequel des médicaments est incriminé. Adresser le **patient à un centre de référence avant de réintroduire ou changer le TARV.**

Le tableau suivant résume les réactions indésirables liées à la prise de médicaments ARV qui peuvent entraîner une forte aggravation de l'état voire la mort du patient et indique la conduite à tenir.

Tableau XXI: les effets toxiques potentiellement graves des médicaments ARV

MÉDICAMENTS ARV	RÉACTION OU EFFET SECONDAIRE POTENTIELLEMENT MORTELS (1)
Abacavir (ABC) (y compris dans les formes combinées comme le trizivir)	Réaction d'hypersensibilité mortelle : - Fièvre, éruption cutanée, fatigue, - Symptômes gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales), - Symptômes respiratoires (pharyngite, dyspnée ou toux). CAT : Arrêter l'ABC et ne plus jamais le redonner au patient. Acidose lactique et stéatose hépatique - Elle apparaît généralement des mois après le début du traitement. - Nausées et vomissements, diarrhée, perte de l'appétit, douleurs abdominales, faiblesse généralisée, douleurs musculaires et hépatomégalie. - Aggravation rapide des symptômes avec un rythme cardiaque irrégulier et de multiples défaillances d'organes. - CAT : Interrompre le TARV en cas de suspicion d' acidose lactique.
Didanosine (ddI)	Pancréatite bénigne ou mortelle - Elle survient avec la didanosine seule ou en association CAT : Suspendre le traitement en cas de suspicion ou l'interrompre en cas de certitude Acidose lactique et stéatose hépatique - Elle apparaît généralement des mois après le début du traitement. - Nausées et vomissements, diarrhée, perte de l'appétit, douleurs abdominales, faiblesse généralisée, douleurs musculaires et hépatomégalie. - Aggravation rapide des symptômes avec un rythme cardiaque irrégulier et de multiples défaillances d'organes. - Survient chez des femmes enceintes qui prennent une association de didanosine et de stavudine ainsi que d'autres associations antirétrovirales. CAT : - Interrompre le TARV en cas de suspicion d' acidose lactique. - Ne pas utiliser chez les femmes enceintes à moins que les bénéfices éventuels ne dépassent largement les risques potentiels.
Stavudine (d4T)	Acidose lactique et stéatose hépatique - Elle apparaît généralement des mois après le début du traitement. - Nausées et vomissements, diarrhée, perte de l'appétit, douleurs abdominales, faiblesse généralisée, douleurs musculaires et hépatomégalie. - Aggravation rapide des symptômes avec un rythme cardiaque irrégulier et de multiples défaillances d'organes. - Survient chez des femmes enceintes qui prennent une association de didanosine et de stavudine ainsi que d'autres associations antirétrovirales.

	CAT : - Interrompre le TARV en cas de suspicion d'acidose lactique. - Ne pas utiliser chez les femmes enceintes à moins que les bénéfices éventuels ne dépassent largement les risques potentiels. Pancréatite bénigne ou mortelle - Survient en cas d'association avec la didanosine (ddI).
Ritonavir (RTV)	- Le ritonavir est capable d'augmenter le niveau sanguin de certains médicaments (antihistaminiques comme Terfénadine et astémizole, hypnotiques sédatifs, médicaments antiarrhythmiques ou alcaloïdes de l'ergot de seigle) par son effet sur le métabolisme du foie et peut provoquer des effets secondaires potentiellement graves voire mortels.
Névirapine (NVP)	Hépatotoxicité aiguë et potentiellement mortelle - Symptômes : Hépatite (ictère, urine foncée) essentiellement. CAT : - Conseiller aux patients de revenir en consultation immédiatement - Suivi clinique et biologique fréquent pendant les 12 à 18 premières semaines. - Ne pas remettre le patient sous névirapine. Réactions cutanées aiguës graves, potentiellement mortelles, y compris le syndrome de Stevens-Johnson. Symptômes : éruption cutanée aiguë à types de boursoufflures, desquamation ou lésions des muqueuses (oculaires, anale, génitale, buccale) CAT : - Suivi clinique pendant les 12 à 18 premières semaines de traitement. - Conseiller aux patients de revenir en consultation immédiatement - Ne pas remettre le patient sous névirapine..

Ténofovir (TDF)	Acidose lactique et stéatose hépatique - Elle apparaît généralement des mois après le début du traitement. - Nausées et vomissements, diarrhée, perte de l'appétit, douleurs abdominales, faiblesse généralisée, douleurs musculaires et hépatomégalie. - Aggravation rapide des symptômes avec un rythme cardiaque irrégulier et de multiples défaillances d'organes. CAT : Interrompre le TARV en cas de suspicion d'acidose lactique. Autres effets : - Nette aggravation de l'hépatite B après arrêt du médicament. - Ne pas utiliser chez les femmes enceintes à cause des effets potentiels sur le métabolisme des os. CAT : - Ne pas interrompre le TDF en cas d'Hépatite B sauf pour les effets toxiques graves - Ne pas l'utiliser pendant la grossesse
Zidovudine (ZDV, AZT), ou en produit d'association avec de la lamivudine (3TC) dans le Combivir ou avec de la lamivudine et de l'abacavir dans le Trizivir	Toxicité hématologique Symptômes : Anémie aiguë, leucopénie (baisse du taux des globules blancs) CAT : Arrêter la ZDV et remplacer par un autre INTR NB : L'anémie macrocytaire causée par la ZDV ne doit pas faire interrompre le traitement et est le signe d'une bonne observance du traitement. Acidose lactique et stéatose hépatique - Elle apparaît généralement des mois après le début du traitement. - Nausées et vomissements, diarrhée, perte de l'appétit, douleurs abdominales, faiblesse généralisée, douleurs musculaires et hépatomégalie. - Aggravation rapide des symptômes avec un rythme cardiaque irrégulier et de multiples défaillances d'organes. CAT : Interrompre le TARV en cas de suspicion d'acidose lactique. Lésions musculaires - Dues à une utilisation prolongée de la zidovudine.

ARV	RÉACTION OU EFFET SECONDAIRE POTENTIELLEMENT MORTELS (suite)
Lamivudine (3TC) ou en produit d'association (Combivir, Trizivir)	Acidose lactique et stéatose hépatique - Elle apparaît généralement des mois après le début du traitement. - Nausées et vomissements, diarrhée, perte de l'appétit, douleurs abdominales, faiblesse généralisée, douleurs musculaires et hépatomégalie. - Aggravation rapide des symptômes avec un rythme cardiaque irrégulier et de multiples défaillances d'organes. CAT : Interrompre le TARV en cas de suspicion d'acidose lactique. Autres effets : - Nette aggravation de l'hépatite B après arrêt du médicament. CAT : - Ne pas interrompre la lamivudine en cas d'Hépatite B sauf pour les effets toxiques graves

Conclusion

Les principaux points d'impact des ARV sont les enzymes clé de la réplication virale à savoir les enzymes d'entrée et de fusion, la reverse transcriptase, l'intégrase et la protéase. La prise des ARV doit tenir compte de l'alimentation et de la prise de certains médicaments. Ils sont également à l'origine de nombreux effets secondaires qu'il faut savoir prendre en charge.

Chapitre 3: Modalités thérapeutiques

Introduction

Le TARV devra suivre les directives nationales tant sur le plan des critères d'éligibilité des patients que sur celui du choix des protocoles thérapeutiques.

Objectifs éducationnels :

A la fin du chapitre, le participant sera en mesure de :

1. Décrire l'évaluation clinique préalable à l'initiation du TARV
2. Décrire les éléments du bilan para clinique et pré-TARV
3. Identifier les critères d'éligibilité
4. Décrire les protocoles thérapeutiques adoptés au plan national
5. Prescrire un TARV selon la situation

Plan du chapitre :

1. Bilan d'initiation du traitement
2. Critères d'éligibilité
3. Les protocoles thérapeutiques

1. BILAN D'INITIATION DU TRAITEMENT

Tout patient séropositif doit bénéficier d'un examen clinique complet et d'un bilan para clinique (biologique et radiologique) pour déterminer le stade clinique et identifier les infections opportunistes.

1.1. Evaluation clinique

L'évaluation clinique de base avant d'initier le TARV doit nécessairement prendre en compte les antécédents médicaux, l'identification des IO actuelles et passées, les co-infections (tuberculose, hépatites) et la grossesse qui peuvent interférer sur le début et le choix des molécules. Toute IO diagnostiquée à ce stade, doit être traitée selon les algorithmes nationaux.

1.2. Evaluation para clinique

Elle doit prendre en compte les éléments suivants :

Le typage lymphocytaire ou le comptage des lymphocytes CD4 : recommandé selon les « bonnes pratiques médicales » pour poser l'indication de mise sous traitement et évaluer la réponse immunologique au TARV.

Pour minimiser le coût des examens, un paquet minimal a été retenu : hémogramme, glycémie, créatinine, transaminases, urémie chez l'enfant, qui seront importants pour évaluer la tolérance des ARV, test de grossesse (femme en âge de procréer)
Radiographie pulmonaire (face).

La charge virale plasmatique n'est pas indispensable pour initier le TARV. Cependant, en cours de traitement, elle doit être demandée tous les 12 mois.

Cas de l'enfant

La numération des CD4 chez le nourrisson non infecté par le VIH est plus élevée que chez l'adulte et est plus variable. Celle-ci baisse avec l'âge, atteignant les chiffres adultes vers l'âge de 5 ans. Le taux des CD4 est moins variable. Il est recommandé que le taux de CD4 soit utilisé à la place de la numération absolue des CD4 pour prendre une décision quant au TARV des enfants de moins de 5 ans par le VIH.

La charge virale du VIH est très élevée chez les nourrissons par rapport à celle des adultes ou d'enfants plus âgés et ne joue pas de rôle important dans la prise de décision relative au commencement d'un TARV.

2. CRITERES D'ELIGIBILITE

Ces critères d'éligibilité sont issus des directives nationales de 2012.

2.1. Chez les adultes et les adolescents

Tableau XXII : Directives nationales 2012 des critères d'initiation du traitement antirétroviral en Côte d'Ivoire chez les patients adultes et enfant de plus de 5 ans infectés par le VIH

Patients adultes et enfants de plus de 5 ans y compris les femmes enceintes éligibles pour débiter le traitement antirétroviral en Côte d'Ivoire
* Patients asymptomatiques (OMS 1, CDC A) ou Stades cliniques OMS 2-3 ou CDC B avec CD4 < 350/ mL; * Stades cliniques OMS 4 ou CDC C quel que soit la valeur des CD4; * Tuberculose extrapulmonaire ou rechute de tuberculose quel que soit la valeur des CD4 * Tuberculose pulmonaire et CD4< 350 cellules/ml * Si possibilité d'utilisation du pourcentage des CD4, débiter le traitement si CD4 < 15% quelque soit la valeur absolue des CD4.

2.2. Chez les enfants

2.2.1 Indications pour l'instauration du TARV chez les nourrissons de <24 mois

- Tous les nourrissons infectés par le VIH (PCR positive pour les moins de 18 mois ou sérologie positive pour les plus de 18 mois) ceci quel que soit le taux de CD4

2.2.2 Indications pour l'instauration du TARV chez les enfants de ≥24 mois et de moins de 60 mois.

- Stade sida maladie : Stade 4 de la classification OMS ou catégorie C de la classification CDC quel que soit le pourcentage de CD4
- Stade 3 de la classification OMS ou catégorie B de la classification CDC quel que soit le pourcentage de CD4
- CD4 < 25% quel que soit le stade clinique

Tableau XXIII : Directives nationales 2012 sur les critères immunologiques de mise sous TARV chez l'enfant

Age	< 24 Mois	24-59 Mois	>59 Mois (5ans)
CD4 en %	Tous les enfants	<25%	
CD4 (cells/mm ³)		<750	<350

3. LES PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

Les schémas proposés en Côte d'Ivoire s'insèrent dans le cadre d'une stratégie de première, deuxième et troisième ligne, prenant en compte leur coût, leur maniabilité, leur disponibilité, le nombre de prises journalières, leur tolérance, les possibilités de traiter les patients co-infectés (tuberculose, hépatites virales B et C...) les enfants, les femmes enceintes et les sujets infectés par le VIH-2.

La périodicité de révision des protocoles thérapeutiques est biennale. Cette révision se base sur les recommandations de l'OMS lors d'un atelier de consensus. Les recommandations issues de cet atelier de consensus national sont déclinées en directives nationales après un arrêté ministériel.

Ces protocoles thérapeutiques ARV décrits dans ce manuel sont issus des directives nationales antiretrovirales de 2012.

Protocoles thérapeutiques ARV utilisés chez l'adulte.

Tableau XXIV: protocoles thérapeutiques ARV chez l'adulte en Côte d'Ivoire

Infection à VIH-1	Infection à VIH-2 ou VIH-1+2
Schémas de première ligne	
2 INRT+ 1 INNRT ou 3 INRT : 2 INRT+ 1 INNRT : Zidovudine + lamivudine + Efavirenz Zidovudine + lamivudine + Névirapine Zidovudine+ Emtricitabine + Névirapine Zidovudine + Emtricitabine + Efavirenz Tenofovir + Emtricitabine + Névirapine Tenofovir + Emtricitabine + Efavirenz Tenofovir + lamivudine + Efavirenz Tenofovir + lamivudine + Névirapine 3 INRT : Tenofovir + lamivudine+ Zidovudine	2 INRT + IP/RTV ou 3 INRT : 2 INRT+ 1 INNRT : Zidovudine + lamivudine + IP*/ritonavir Zidovudine+ Emtricitabine + IP*/ritonavir Tenofovir + lamivudine + IP*/ritonavir Tenofovir + Emtricitabine + IP*/ritonavir 3 INRT : Choix préférentiel : Zidovudine + Lamivudine + Lopinavir/

3.2.1. Régime de 1^{ère} ligne

Tableau XXV: Schémas thérapeutiques de première ligne de l'infection à VIH chez l'enfant en Côte d'Ivoire

Infection à VIH-1	Infection à VIH-2 ou VIH-1+2
2 INRT+ 1 INNRT ou 3 INRT si CI à l'INNRT: Enfant < 3ans (ou < 10 kg) Zidovudine*+ Lamivudine + Névirapine Zidovudine*+ Lamivudine + Abacavir** Enfant ≥ 3 ans (ou poids ≥ 10kg) Zidovudine*+ Lamivudine + Névirapine Zidovudine*+ Lamivudine + Efavirenz Tenofovir+ Lamivudine + Névirapine Tenofovir + Lamivudine + Efavirenz Zidovudine+ Lamivudine + Abacavir** Choix préférentiel : Zidovudine + Lamivudine + Névirapine Enfants issus de la PTME dont le régime ARV de la mère était uniquement la Névirapine Donner : AZT + 3TC + LPV/r	2 INRT + IP/RTV ou 3 INRT : Zidovudine* + Lamivudine + Lopinavir/ ritonavir Zidovudine* + lamivudine + Saquinavir***/ritonavir Zidovudine*+ Lamivudine + Abacavir Choix préférentiel : Zidovudine + Lamivudine + Lopinavir/ ritonavir

* en cas d'anémie de grade 3 et/ou neutropénie de grade 3 la Zidovudine (AZT) doit être remplacé par l'ABC ou le DDI.
 S'il existe encore des stocks disponibles de d4T celui-ci pourra remplacer l'AZT jusqu'à correction de l'anémie sans dépasser une durée maximale de 6 mois. Si âge > 12 ans, utiliser le Ténofovir
 ** 3 INRT, en cas de coinfection tuberculeuse ou de contre indication au INNRT
 ***SQV/r si poids >25kg

• Remarques sur l'utilisation de NVP et EFV

- NVP utilisable à tout âge
- EFV contre indiqué si âge < 3 ans et/ou poids < 10 kg
- EFV meilleur choix possible en cas de co-infection tuberculose/VIH
- EFV à éviter chez des patients ayant des antécédents psychiatriques car cette molécule a pour effets secondaires possibles des manifestations neuropsychiques.
- EFV contre indiqué en cas de grossesse car peut provoquer une tératogénicité (plus particulièrement une malformation du tube neural) au cours du premier trimestre de grossesse.
- NVP disponible sous forme combinée dans une association fixe.

3.2.2. Régime de 2^{ème} ligne

Le traitement de 2^{ème} ligne est fonction des molécules utilisées en 1^{ère} ligne. Cependant le régime préférentiel est : ABC + ddi + LPV/r

Tableau XXVI: Schémas thérapeutiques de seconde ligne de l'infection à VIH-1 chez l'enfant en Côte d'Ivoire

Première ligne	Seconde ligne
AZT + 3TC + EFV ou NVP	ABC+3TC+ LPV/r (ou NFV ou SQV/r (si poids >25kg))
AZT + 3TC + ABC	- ddI + 3TC + LPV/r - ddI + 3TC + SQV/r (si pds >25kg)) - ddI + 3TC + NFV - ddI + 3TC + EFV ou NVP
AZT + 3TC + LPV/r	ABC+ddI + EFV ou NVP

- Choix de trithérapie de 2^{ème} intention : ABC+3TC+LPV/r

3.2.3. Cas particuliers

Outre les enfants infectés par le VIH 1, d'autres situations peuvent être possibles.

3.2.3.1. Enfants issus de la PTME dont le régime ARV de la mère était Névirapine en dose unique

Si le TARV doit être institué au cours des 6 premiers mois de vie, le régime thérapeutique initial est composé de : **2 INRT + 1 IP**

Dans cette situation l'IP de choix est le Lopinavir/ritonavir (LPV/r)

Tableau XXVII : Régime thérapeutique chez le nourrisson infecté issu de la PTME

INRT	IP
ZDV *+ 3TC	+ LPV/r ou NFV

** en cas d'anémie de grade 3 et/ou neutropénie de grade 3 la Zidovudine (AZT) doit être remplacé par l'ABC ou le DDI. S'il existe encore des stocks disponibles de d4T celui-ci pourra remplacer l'AZT jusqu'à correction de l'anémie sans dépasser une durée maximale de 6 mois.*

3.2.3.2. Co-infection VIH/Tuberculose chez l'enfant

En raison de l'interaction entre les inhibiteurs de protéase et la Rifampicine (les concentrations sériques des antiprotéases étant en général fortement réduites et celles de la rifampicine 2 à 3 fois augmentées par rapport à la concentration habituelle), le TARV chez les patients co-infectés par la Tuberculose et le VIH peut s'en trouver modifier.

- **Si l'infection TB apparaît avant l'initiation du TARV**
 - Débuter le traitement anti tuberculeux
 - L'initiation du TARV sera fonction du degré de déficit immunitaire (taux de CD4 si âge < 5 ans, valeur absolue si âge ≥ 5 ans)
 - Instaurer le TARV selon les délais suivants:
 - Après 2 semaines de traitement antituberculeux si taux de CD4 < 15 % ou valeur de CD4 < 350 /ml
 - Après 8 semaines de traitement antituberculeux si taux de CD4 ≥ 15 % et < 25 % ou valeur de CD4 compris entre 350 et 500 /ml
 - Si taux de CD4 ≥ 25 % ou > 500 /ml, différer le TARV au prochain contrôle de routine (réévaluer à 6 mois)
- **Si la tuberculose survient pendant le TARV**
 - En cas de TARV comportant la Névirapine ou le Lopinavir/ritonavir, passez à l'Abacavir ou à l'Efavirenz (chez des enfants de plus de 3 ans et pesant plus de 10 kg)
 - Envisagez si nécessaire d'interrompre le TARV chez des enfants de moins de 3 ans et pesant moins de 10 kg

3.3. Facteurs à prendre en compte dans le choix du schéma de TARV initial

3.3.1. Choisir entre la NVP et l'EFV

- La NVP est disponible sous forme combinée dans une association fixe; elle est relativement peu coûteuse. Elle devrait être utilisée pour les femmes en âge de procréer (sexuellement actives ou n'utilisant pas de méthode de contraception efficace).
- La NVP présente un risque plus élevé d'éruption cutanée aiguë et d'hépatotoxicité qui peuvent mettre la vie des patients en danger. La NVP devrait être évitée chez les patients qui utilisent d'autres médicaments responsables d'hépatotoxicité ou d'éruption cutanée ou des deux comme la Rifampicine.
- L'EFV est le meilleur choix possible en cas de co-infection VIH/Tuberculose.
- L'EFV peut avoir des effets secondaires sur le système nerveux central qui ont tendance à diminuer ou à disparaître après 10 à 14 jours de traitement chez la plupart des patients. L'EFV devrait être évité chez les patients qui ont des antécédents psychiatriques.
- L'EFV peut provoquer une tératogénicité (plus particulièrement une malformation du tube neural) et ne devrait pas être utilisé chez les femmes en âge de procréer.
- L'EFV coûte plus cher que la NVP

3.3.2. Choisir entre les INNRT et les IP

- Le virus développe plus facilement une résistance aux INNRT qu'aux IP. Une observance du traitement presque parfaite est donc nécessaire pour les INNRT.
- Les INNRT ne sont pas efficaces chez les patients qui ont le VIH-2.
Il faut donc utiliser les IP dans les schémas de traitement de première intention lorsqu'une résistance aux INNRT est suspectée, lorsque les INNRT sont mal tolérés ou lorsque le patient a le VIH-2.
Les IP boostés par le Ritonavir sont préférés parce qu'ils sont puissants et le nombre de comprimés à prendre est relativement réduit.
L'utilisation des IP implique une surveillance biologique plus fréquente.
Notons que certains IP (Ritonavir, Lopinavir/Ritonavir) doivent être réfrigérés.

4. INITIATION DU TARV

- En Côte d'Ivoire, il est possible de faire le comptage des CD4. Le TARV commence quand les CD4 baissent à un certain niveau. Il faut faire un bilan pré thérapeutique et prendre en compte les facteurs suivants :
 - **Pour le patient :**
 - Stade de la maladie
 - Probabilité d'une bonne observance
 - Capacité du patient à revenir pour un suivi régulier et fiable
 - Capacité à se réapprovisionner en **médicaments régulièrement**
 - **Pour le choix des médicaments :**
 - Risque d'effets secondaires graves et de toxicité
 - Effets secondaires et tolérance
 - Nécessité de disposer de laboratoires pour la surveillance
 - Coût et disponibilité des médicaments

- Efficacité du schéma de traitement
- Commodité : Nombre de comprimés, fréquence des prises, restrictions alimentaires et conditions de température, disponibilité des associations fixes de médicaments
- Risque d'interactions avec les autres médicaments
- Possibilité de changer de traitement si l'association de médicaments prescrite en premier lieu n'a plus d'effet
- Présence d'autres maladies : anémie, neuropathie périphérique, maladie rénale, hépatite
- Existence d'une grossesse ou de la possibilité d'une grossesse, d'une tuberculose ou d'une autre maladie.

Tableau XXVIII : Schémas thérapeutiques recommandés en Côte d'Ivoire en fonction des indications cliniques

Indications	Première ligne		Deuxième ligne		Troisième ligne
	VIH – 1	VIH – 2 ou VIH DUAL	VIH – 1	VIH – 2 ou VIH DUAL	
	VIH – 1	VIH – 2 / VIH DUAL	VIH – 1	VIH – 2 / VIH DUAL	Centre de référence pour traitement individualisé
Patients sans particularités	AZT+ 3TC+ NVP	AZT + 3TC+ LPV/r	TDF + 3TC+ LPV/r	ABC + 3TC+ LPV/r	
Neuropathies	AZT +3TC+ NVP	AZT + 3TC + LPV/r	TDF + 3TC + LPV/r	TDF + 3TC+ LPV/r	
Anémie	TDF+3TC+ NVP	TDF + 3TC + LPV/r	ABC+ 3TC+ LPV/r	ABC + DDI + LPV/r	
VIH /Tuberculose	AZT +3TC/TDF+ EFV ou TDF + 3TC/FTC + EFV	AZT+3TC/FTC+TDF	AZT+3TC+LPV/r Super boosté Ou AZT+3TC+SQV/r	Cf. centre de référence AZT + 3TC/TDF + FTC Ou AZT+3TC+LPV/r	
VIH/Hépatite B chronique active	ALAT < 3N : TDF +3TC/FTC+ EFV ALAT > 3 N : TDF+FTC/3TC+LPV/r ou SQV/r Ou TDF+FTC/3TC+AZT si CD4 = 200 cell/ml	TDF + 3TCou FTC + LPV/r ou SQV/r	Cf. centre de référence TDF+ FTC+ LPV/r	Cf. centre de référence	
Femmes enceintes éligibles au TARV (Eviter ces médicament au premier trimestre : EFV, ABC, D4T, DDI, IDV)	Cf. traitement adultes Débuter ARV à partir de la 14 ^{ème} semaine de grossesse poursuivre le traitement après accouchement AZT+ 3TC + NVP si CD4<250 cell/ml AZT+ 3TC+ EFV si CD4> 250 cell/ml	Cf. traitement adultes ZDV + 3TC + LPV/r ZDV + 3TC + SQV/r	Cf. centre de référence	Cf. centre de référence	
Femmes enceintes+Tuberculose au premier trimestre	AZT +3TC+ SQV/r	AZT +3TC+ SQV/r	Cf. centre de référence	Cf. centre de référence	
AES	TDF +3TC+LPV/r	AZT +3TC+LPV/r	Non applicable	non applicable	

Tableau XXIX: Indications cliniques et schémas thérapeutiques recommandés chez les enfants en Côte d'Ivoire

Indications	Première ligne		Deuxième ligne	
	VIH - 1	VIH – 2 / VIH DUAL	VIH – 1	VIH – 2 / VIH DUAL
Enfants < 3 ans				
Patients sans particularités	AZT +3TC + NVP	AZT +3TC+LPV/r	AZT + 3TC + LPV/r	Cf. Centre de référence
Neuropathies	AZT +3TC + NVP	AZT +3TC+LPV/r AZT +3TC+ SQV/r si poids > 25 Kg)	ABC + 3TC + LPV/r	Cf. Centre de référence
Anémie	*ABC +3TC + NVP	ABC+3TC+LPV/r	ABC + 3TC + LPV/r	Cf. Centre de référence
Co-infection VIH/Tuberculose	AZT+3TC+ ABC AZT+ 3TC+ LPV/r	AZT+ 3TC+ LPV/r	Cf. Centre de référence	Cf. Centre de référence
Co-infection VIH/Hépatite B active	AZT + 3TC + LPV/r TDF+3TC + NVP	AZT + 3TC + LPV/r TDF+3TC + LPV/r	ABC + DDI + LPV/r	Cf. Centre de référence
Enfant issue de PTME et ayant reçu NVP	AZT + 3TC + LPV/r	Cf. Centre de référence	Cf. Centre de référence	Cf. Centre de référence

Tableau XXX: Indications cliniques et schémas thérapeutiques chez les enfants en Côte d'Ivoire

Indications	Première ligne		Deuxième ligne	
	VIH – 1	VIH – 2 / VIH DUAL	VIH - 1	VIH – 2 / VIH DUAL
Enfants > 3 ans				
Patients sans particularités	AZT +3TC + NVP ou EFV	AZT +3TC+ SQV/r Si poids > 25 Kg)	ABC +3TC + LPV/r ou SQV/r si >25 kg	ABC +DDI + LPV/r ou SQV/r si >25 kg
Neuropathies	AZT +3TC + NVP	AZT +3TC+LPV/r AZT +3TC+ SQV/r	ABC + 3TC ou ddi + LPV/r ou NFV	Cf. Centre de référence
Anémie	ABC +3TC + NVP ou EFV	ABC+3TC+ LPV/r ou SQV/r si poids > 25 Kg)	ABC + 3TC + LPV/r	Cf. Centre de référence
Co-infection VIH/Tuberculose	AZT+ 3TC+ EFV	AZT+ 3TC+ ABC	Cf. Centre de référence	Cf. Centre de référence
Co-infection VIH/Hépatite B active	AZT + 3TC + NVP	AZT + 3TC + LPV/r	ABC + 3TC + ou LPV/r	Cf. Centre de référence

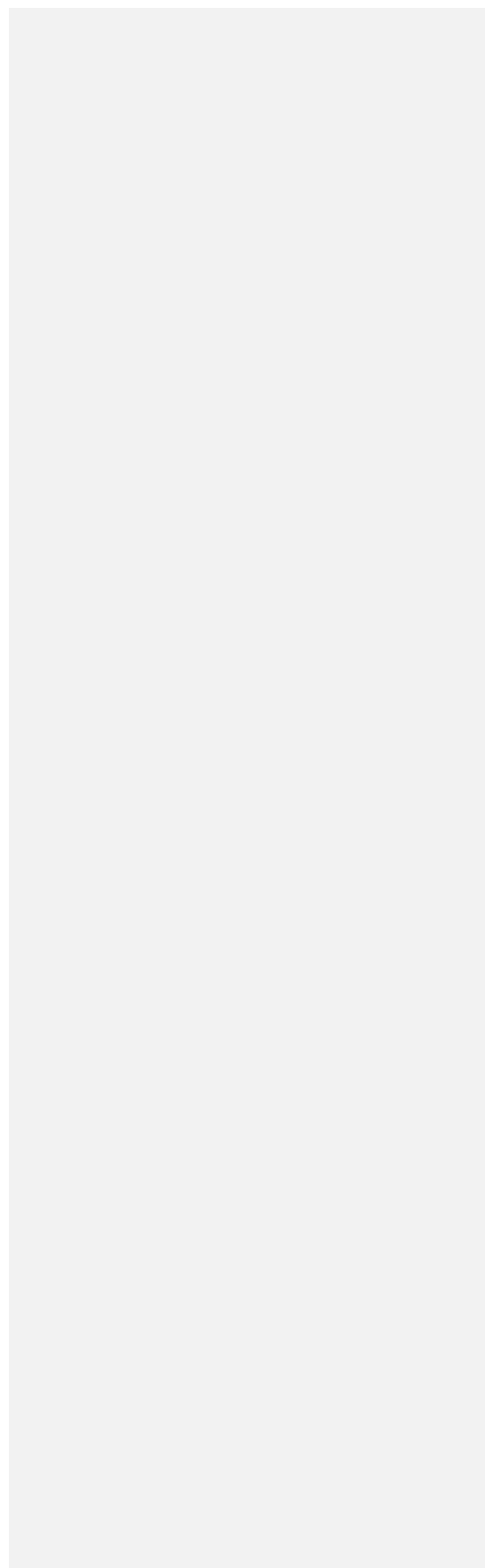
Confère les directives nationales 2012 page annexe

NB : Dans le souci d’assurer la qualité des prestations médicales, la prescription de TARV dans tous les sites médicaux de PEC doit être initiée et supervisée par un médecin.

Conclusion

La décision de débiter un TARV repose sur des critères cliniques, biologiques et socio-familiaux. Le choix des molécules antirétrovirales est fonction de l’état clinique du patient, du bilan pré thérapeutique et de la disponibilité des médicaments ARV.

Le régime thérapeutique est personnalisé, conforme aux directives nationales.



Chapitre 4: Observance et suivi du TARV

Introduction

La réussite du TARV est liée à un suivi et une observance de qualité. Le non respect de ces règles peut conduire à un échec et compromettre la santé des PVVIH.

Objectifs éducationnels

A la fin du chapitre, les participants seront capables de :

1. Définir l'observance du TARV
2. Citer les causes de la mauvaise observance
3. expliquer les conséquences de la mauvaise observance
4. Expliquer les méthodes d'évaluation de l'observance
5. Expliquer les stratégies d'amélioration de l'observance
6. Conduire un conseil d'observance
7. Expliquer le calendrier de suivi des patients
8. Définir le Syndrome de reconstitution immunitaire
9. Expliquer la conduite à tenir devant un syndrome de reconstitution immunitaire
10. Expliquer l'échec thérapeutique et sa Gestion
11. Identifier les causes de l'échec thérapeutique
12. Expliquer les conditions d'interruption du traitement
13. Expliquer les conditions de référence

Plan du chapitre

1. Observance du TARV
2. Suivi du traitement

1. OBSERVANCE DU TARV

1.1. Définition

L'observance thérapeutique peut être définie comme la capacité d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée.

A l'observance, s'ajoute :

- L'adhésion qui est le degré d'accord du patient au traitement, c'est pourquoi la prescription d'ARV doit être une décision informée et partagée entre le client et le prescripteur.
- La compliance (conformité) qui est le respect du rythme des prises médicamenteuses

1.2. Critères de la bonne observance

La bonne observance repose sur :

- Disponibilité des ARV
- Respect des doses

- Régularité des prises
- Continuité du traitement
- Respect des conditions d'administration et des interactions médicamenteuses

Le seuil de bonne observance pour le TARV se situe au dessus de 90%, voire de 95% pour une réponse optimale

1.3. Causes d'une mauvaise observance

La mauvaise observance est définie comme l'omission de plus d'une dose au cours d'une période de 10 jours pour un traitement se prenant deux fois par jour.

Les causes sont diverses, multifformes et peuvent être liées:

1.3.1. Au médicament ARV et autres médicaments

Forme galénique, goût, nombre par prise, contraintes horaires, durée, effets secondaires, interactions...

1.3.2. Au patient

- Insuffisance d'information sur la maladie et le traitement,
- Non adhésion aux soins et traitements ARV,
- Soins adjuvants (traditionnels, religieux, médecines naturelles, etc.),
- Représentation du sida et des ARV
 - Impact du vécu avec le VIH (angoisse, déni, etc.)
 - Crainte de la rupture sociale et des conflits avec l'entourage (discrimination, stigmatisation)
 - Représentation du médicament : «prendre les ARV, c'est se reconnaître malade »

1.3.3. Chez le jeune enfant

Les causes sont liées à l'enfant lui-même et majoritairement aux parents ou tuteurs en raison de leur :

- Refus ou difficultés à prendre les médicaments
- Refus des soins et traitement ou de la mise sous ARV
- Non reconnaissance de l'efficacité des ARV
- Difficulté à faire face aux effets secondaires source d'inquiétude, de peur, de culpabilité.

1.3.4. Chez l'adolescent

Les causes sont liées à:

- La complexité de la phase d'adolescence
 - le rejet des limites et des normes,
 - la prise de risque
 - le désir d'autonomie
- La peur et la mauvaise gestion des effets secondaires des médicaments
- La gestion difficile du secret de la maladie (amis, famille, etc.)

1.4. Avantages de l'observance

L'observance du traitement en générale est capitale pour une guérison effective. Mais elle est particulièrement primordiale dans le cadre du traitement de l'infection à VIH car le VIH est un virus très changeant, qui s'adapte vite et effectue des mutations qui le rendent encore plus puissant dans l'organisme. Un cas particulier de cette adaptation négative est la résistance au traitement antirétroviral. En pratiquant une bonne observance du traitement prescrit, on réduit la possibilité/vitesse de multiplication du virus dans l'organisme. Cette bonne observance va se traduire par :

- Amélioration de l'état de santé
- Prolongement de la vie
- Réduction des infections opportunistes
- Réduction des dépenses liées à la PEC des IO (les soins palliatifs et soins curatifs)
- Amélioration de la relation soignant / patient
- Diminution du nombre d'orphelins

1.5. Inconvénients d'une mauvaise observance

L'observance est très importante car si le patient n'est pas observant c'est-à-dire qu'il n'utilise pas les médicaments conformément à la prescription, il s'expose à des situations suivantes :

- Aggravation de la maladie
- Réapparition des infections opportunistes
- Altération de la relation soignant/malade
- Résistances aux médicaments (le virus du sida ne sera plus sensible aux médicaments)
- Echec du TARV

1.6. Outils d'évaluation de l'observance

Plusieurs outils d'évaluation de l'observance ont été élaborés, à savoir :

- L'auto questionnaire,
- L'entretien,
- Le carnet ou journal,
- La fiche de dénombrement des comprimés rapportés,
- Les ordonnances,
- La biologie,
- L'observation directe thérapeutique (DOT)
- Le pilulier électronique

Les avantages et inconvénients de certains de ces outils sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau XXXI : Avantages et inconvénients des outils d'évaluation de l'observance

Outils de mesures	Avantages	Inconvénients
-------------------	-----------	---------------

Auto questionnaire: questions courtes, claires, non culpabilisantes	Peu coûteux, Facile à utiliser	Subjectif, nécessite niveau d'instruction du patient Surestimation
Guide d'entretien	Relation soignant/malade renforcée	Personnel disponible et entraîné
Carnet/journal	Précise le rythme des prises	Implication effective du patient nécessite niveau d'instruction du patient
Fiche de dénombrement des comprimés rapportés	Facile à utiliser, Peu coûteux	Surestimation Pas de données sur le rythme des prises 1CP absent = Cp absorbé?
Ordonnances	Ponctualité au rendez-vous, Implication du pharmacien	Surestimation, subjectif Moyens logistiques (ordonnances informatisées, logiciels)

Remarque : Parmi ces outils cités ci-dessus, les intervenants du domaine de la santé et du VIH/sida de la Côte d'Ivoire en ont retenu trois :

1. Entretien
2. Auto questionnaire
3. Ordonnances

NB : Pour avoir une meilleure appréciation, il est recommandé d'utiliser au moins deux outils.

Afin d'aider les conseillers communautaires à mener un entretien objectif, les participants à l'atelier d'élaboration du manuel ont proposé un outil d'évaluation de l'observance du TARV qui se trouve dans la partie annexe du présent manuel. Ce guide d'entretien évalue les comportements du patient sous ARV, ses émotions et son niveau de connaissance.

1.7 Evaluation de l'observance

Tableau XXXII : Avantages et inconvénients des méthodes de mesure de l'observance

Méthodes de mesures	Avantages	Inconvénients
---------------------	-----------	---------------

Biologiques: - Dosage plasmatique, urinaire, salivaire (traces ARV) - Marqueurs biologiques: (↑ VGM par AZT et d4T)	Objective	Sous ou surestimation, Risque de modification par interaction médicamenteuse
Observation directe (DOT): supervision directe prise effective	Objective	- ARV ambulatoire, à vie - Risque de stigmatisation,
Pilulier électronique	Objective	Coûteux

1.8. Stratégies pour améliorer l'observance

Les stratégies pour améliorer l'observance du traitement sont différentes selon les déterminants. Le tableau ci-dessous illustre les principales stratégies. La liste ici n'est pas exhaustive.

Tableau XXXIII : Stratégies pour améliorer l'observance

DETERMINANTS	STRATEGIES
Client	1. Accepter son statut, vivre positivement, ne pas tenir compte de ce que les autres pensent 2. Se confier à quelqu'un 3. Etre convaincue de l'efficacité des médicaments 4. Adhérer à une association communautaire de PEC 5. Se soumettre aux exigences du traitement (respect des horaires, nombre de médicaments à prendre, etc.) 6. Respecter les pratiques d'hygiène recommandées 7. Adopter un comportement sexuel responsable (avoir de rapports sexuels protégés, ou pratiquer l'abstinence si possible) 8. Avoir une meilleure estime de soi 9. Eviter la réinfection
Entourage	1. Informer le conjoint ou la conjointe de son statut sérologique et que l'on est sous traitement 2. Informer au moins un membre de la famille en qui on a confiance 3. Sensibiliser la communauté et la mobiliser pour les soins à apporter aux personnes séropositives et sous traitement 4. Sensibiliser et éduquer la communauté sur les pratiques néfastes en relation avec le VIH/sida 5. Former le corps médical sur les ARV et son observance 6. Sensibiliser et former les religieux, les féticheurs et les leaders sur le sida, sur les ARV et son observance
Traitement	1. Mettre à la disposition des patients des formes combinées d'ARV 2. choisir les ARV en fonction des effets secondaires 3. Rendre les ARV disponibles et accessibles 4. Vulgariser le pilulier électronique

	5. Expliquer le Calendrier thérapeutique au patient
Professionnel de la santé (médicaux, paramédicaux, travailleurs sociaux, conseillers)	1. Former le personnel médical sur la PEC globale des PVVIH 2. Intégrer la prise en charge des PVVIH dans tous les centres de santé 3. Prendre en compte les préoccupations du patient : son mode de vie, sa vie professionnelle, etc. 4. Augmenter le nombre du personnel soignant : médecins prescripteurs, infirmiers, conseillers communautaires. 5. Rendre disponible les ARV dans tous les centres de santé 6. Fabriquer les ARV génériques en Côte d'Ivoire 7. Impliquer les travailleurs communautaires dans tous les centres de prise en charge 8. Créer une bonne collaboration entre conseillers, assistants sociaux et médecins 9. Développer les soins communautaires

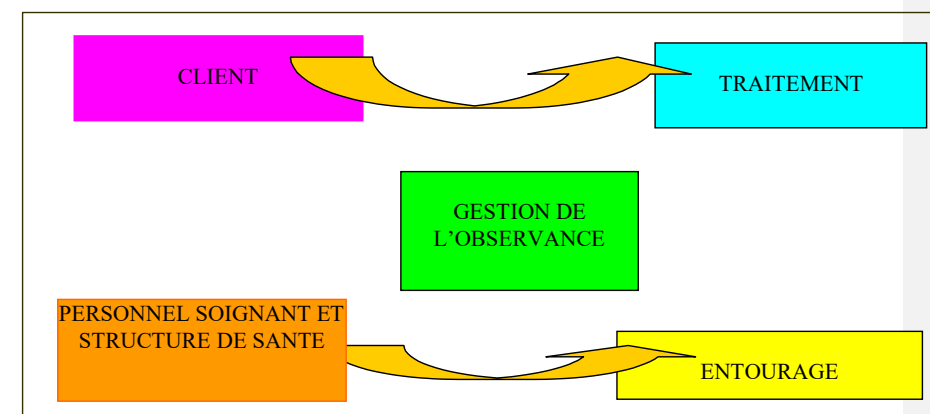


Figure 17 : Schéma récapitulatif de la gestion de l'observance

2. SUIVI DU TARV

Tout patient dépisté positif doit être enrôlé dans un programme de Prise en charge où il est suivi régulièrement.

Le suivi permet de diagnostiquer et traiter les événements morbides, de s'assurer de l'observance du traitement et de prévenir les échecs thérapeutiques. Un calendrier conventionnel de base est établi par le programme National de Prise En Charge des personnes vivant avec le VIH (PNPEC) pour le suivi de tous les patients.

2.1. Calendrier de suivi des patients

Le calendrier de suivi est établi selon que le patient est sous traitement ARV ou pas. Le suivi est clinique et biologique.

Le programme national recommande un suivi clinique mensuel pour tout patient sous traitement ARV ou pas.

Cependant les visites pour les consultations cliniques peuvent être aménagées selon l'état de santé du patient. Ces visites conventionnelles n'excluent pas la possibilité de recevoir le patient en consultation pour tout problème de santé.

Tout patient infecté par le VIH suivi, sous traitement ARV ou pas a droit à un suivi biologique. Le paquet minimum d'examen retenu est offert gratuitement à tout patient vivant avec le VIH. Le calendrier de suivi biologique et les examens à réaliser varient selon que le patient est sous traitement ARV ou pas. Tous les 6 mois un bilan biologique doit être fait pour apprécier l'état biologique et immunologique chez tout patient suivi.

Tableau XXXIV (a): Calendrier des patients éligibles et sous TARV

Examen		bilan initial	J0	J15	M1	M3	M6	M12
Examens à faire tous les 6 mois	Numération CD4	Oui					Oui	Oui
	ALAT	Oui		Oui (si NVP)	Oui	Oui	Oui	Oui
	ASAT	Oui		Oui (si NVP)	Oui	Oui	Oui	Oui
	Glycémie	Oui					Oui	Oui
	Créatinémie	Oui					Oui	Oui
	Hémogramme	Oui			Oui (si AZT)		Oui	Oui
	Protéinurie sur bandelette (si TDF) *		Oui			Oui	Oui	Oui
	Charge virale (si enfant) **						Oui	Oui
	Test urinaire de grossesse (femme en âge de procréer)*		Oui				Oui	Oui

Tableau XXXIV (b) : calendrier des patients éligibles et sous TARV

Examen		bilan initial	J0	J15	M1	M3	M6	M12
Examens exceptionnels ou examens à faire tous les 12 mois	Antigène HBs		Oui					
	Amylasémie (si enfant)							Oui Tous les 12 mois
	Cholestérol total							Oui Tous les 12 mois
	HDL Cholestérol							Oui Tous les 12 mois

	Triglycérides							Oui Tous les 12 mois
	Radiographie pulmonaire*		Oui					
	Charge Virale adulte*						Oui	Oui Tous les 12 mois

*Examens non pris en charge

** Prise en charge en cas d'échec

Le suivi ci-dessous est à renouveler tous les 6 mois.

Tableau XXXIV (c) : Calendrier des patients éligibles et pré TARV

Examen	bilan initial	M6	M12	M18	M24
Numération CD4	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
ALAT	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
ASAT	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Glycémie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Créatinémie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Hémogramme	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

2.2. Syndrome de reconstitution immunitaire

2.2.1 Définition

Il est caractérisé par une recrudescence ou aggravation des IO après le début du traitement antirétroviral et est lié à la réapparition d'une réaction inflammatoire autour d'une infection sous-jacente (connue ou non) tandis que la réponse immunitaire est satisfaisante.

Il débute après une moyenne de 6 semaines de traitement. Parfois, certains patients deviennent plus malades pendant une courte période. Cette situation est fréquente dans la tuberculose (30% des cas). Il ne s'agit pas de nouvelles IO mais d'une amélioration du système immunitaire qui réagit devant les infections latentes.

2.2.2. Symptomatologie

Elle est fonction du germe en cause:

- *Mycobacterium Avium Complex*: adénopathies, nodules cutanés, nécrose graisseuse ;

- *Mycobactérium tuberculosis* : adénopathies, pleurésie, fièvre
- *Mycobactérium kansasii* : arthrite, ostéomyélite
- CMV : uvéite, œdème maculaire, réactivation d'une rétinite
- HBV et HCV : réactivation d'une hépatite
- Herpès Simplex Virus : myélite, encéphalite

2.2.3. Conduite à tenir

- Savoir faire la différence entre ce syndrome (CD4 augmenté et CV diminuée) et une nouvelle IO
- Ne pas modifier le traitement en cours
- Dans les cas plus graves, la prednisone ou des anti inflammatoires peuvent être administrés avec une surveillance rapprochée du patient

2.3. Gestion de l'échec thérapeutique

2.3.1. Définition de l'échec thérapeutique

Tableau XXXV : Définition clinique, immunologique et virologique de l'échec thérapeutique d'un traitement antirétroviral de première ligne de l'infection à VIH-1 chez l'adulte et l'adolescent.

Critères	Eléments entrant dans la définition de l'échec
Échec Clinique*	Survenue ou rechute d'une nouvelle infection opportuniste ou d'une tumeur significative de la progression de la maladie. Survenue ou réapparition d'un évènement classant stade 4 OMS ou certains évènements classant stade 3 OMS [Tuberculose pulmonaire, infections bactériennes sévères, cachexie, fièvre prolongée, diarrhée chronique, candidose muqueuse persistante ou récidivante, etc.] ou CDC stade C en dehors de tout syndrome de reconstitution immunitaire
Échec Immunologique (CD4)	Chute des lymphocytes CD4 en l'absence d'une autre infection concomitante pouvant expliquer une baisse transitoire : Chute de CD4 en dessous du taux de CD4 de début, Chute de plus de 50% par rapport à la valeur la plus élevée sous ARV, nombre de CD4 persistant en dessous de 200 CD4 ou < 10% chez l'enfant entre 2 ans et 5 ans, et < 100 CD4 chez l'enfant de plus de 5 ans

Échec virologique** (Charge virale)	Charge virale supérieure à 1000 Copies au-delà de 6 mois de traitement bien conduit.
--	---

***Chez l'enfant:**

- Absence de croissance ou diminution de la croissance après redémarrage initial
- Arrêt du développement neurologique ou apparition d'une encéphalopathie

**** Renforcement de l'observance si charge virale supérieure à 1000 copies, contrôle de la charge virale dans 2 mois et changement de traitement si la charge virale reste supérieure à 1000 copies ou ne diminue pas d'un log au minimum.**

2.3.2. Causes de l'échec thérapeutique

- Insuffisance d'efficacité du traitement due à :
 - Une mauvaise observance
 - Une posologie inadaptée
 - Une interaction médicamenteuse
 - Des problèmes d'absorption intestinale
 - Une prescription erronée
- Résistances virales dues à :
 - Une sélection de virus résistants (rapide avec 3TC, INN)
 - Une accumulation de virus résistants chez les personnes ayant reçu plusieurs lignes de traitement

2.3.3. Gestion de l'échec thérapeutique

Elle consiste à :

- Réévaluer l'adhésion et l'observance du patient (difficultés matérielles, lassitude du traitement au long cours, effets secondaires)
- Retracer l'histoire thérapeutique du patient pour chaque traitement (durée, efficacité, tolérance)
- Evaluer la résistance par des tests génotypiques

2.3.4. Conduite à tenir devant échec thérapeutique

Tableau XXXVI : Conduite à tenir devant échec thérapeutique

NIVEAU DE TRAITEMENT	CONDUITE A TENIR
PREMIERE LIGNE	- Entretien avec le patient et/ou son entourage pour identifier la cause (arrêt provisoire du traitement) ; - Améliorer l'observance - Adapter posologie ou changer de molécules
DEUXIEME LIGNE	- Entretien avec le patient et/ou son entourage pour identifier la cause; Renforcer observance; Identifier les

	interactions médicamenteuses -Si CD4> 300/mm3 ou CV<5000 ou 1000 copies /ml, maintenir le TRT - Si CD4 diminue ++ ou CV> 5000 copies/ml Intensification du TARV ; Changement du TARV ? - Retracer l'histoire thérapeutique (en prévision du génotypage) - Adresser le dossier au centre de référence
TROISIEME LIGNE	Gestion dans les Centres de référence

2.4. Conditions d'interruption du traitement

- Si le patient doit interrompre le traitement pendant une courte période pour une raison donnée:
 - arrêter la prise de tous les médicaments en même temps
 - Prescrire de nouveau les médicaments uniquement lorsque le problème est réglé et que le patient peut suivre correctement le traitement pendant au moins trois mois
- Si le patient ne tolère aucun médicament ARV disponible:
 - le traitement doit être interrompu.
- En cas de mauvaise observance malgré des conseils réitérés:
 - le traitement devrait être interrompu pour éviter le développement d'une toxicité et d'une pharmacorésistance.
 - A la demande du patient, lorsqu'il décide d'arrêter le traitement après avoir reçu les conseils pertinents, sa volonté devrait être respectée et acceptée. Cependant, le patient devrait continuer à recevoir des soins et à être soutenu
- En cas d'échec thérapeutique après avoir essayé tous les schémas thérapeutiques:
 - le dernier traitement devrait continuer si le patient va bien cliniquement, même si la numération des CD4 baisse ou la charge virale augmente, à moins qu'une toxicité inacceptable se développe.

2.5. Conditions de référence du patient

Le patient devra être référé à une structure spécialisée dans les cas suivant ;

- Toxicités médicamenteuses irréversibles ou aiguës
- Incapacité à prendre les médicaments malgré une modification du traitement
- Patient asymptomatique avec numération de CD4 non disponible et désirant initier un traitement
- Échec thérapeutique après utilisation d'un traitement de première ou de deuxième intention
- Patient avec une infection aiguë ou un autre problème demandant un niveau de soins supérieur
- Patient ayant une co-infection VIH/Hépatite B

Conclusion du chapitre 4

Les causes d'une mauvaise observance sont multifactorielles et peuvent concerner les prestataires de soins, le patient lui-même et son entourage.
Pour obtenir un succès thérapeutique durable il faut respecter les mesures pour une observance optimale et un suivi de qualité.

Conclusion du module 2

Le retour des PVVIH à une bonne santé est en grande partie lié à la qualité du traitement qu'ils reçoivent et à l'observance de ce traitement. Pour atteindre ces objectifs, le rôle des professionnels de la santé, des communautaires et l'adhésion du patient sont capitaux.

Module III

Soins et Soutien aux PIAVIH

Introduction

La prise en charge globale de l'infection à VIH comporte outre les médicaments ARV, la prise en charge des affections opportunistes et les soins et soutien apportés aux PAVIH.

Objectif général du module

A la fin de ce module, le participant sera en mesure de prendre en charge les affections opportunistes et d'assurer les autres soins et soutien de qualité aux PVVIH et à leur famille

Objectifs spécifiques du module :

Pour atteindre l'objectif du module, le participant devra être capable de :

1. Prendre en charge des affections opportunistes
2. Prendre en charge la douleur
3. Prendre en charge des symptômes pénibles
4. Apporter un soutien nutritionnel et alimentaire
5. Apporter un soutien social aux PIAVIH
6. Apporter un soutien psychologique aux PIAVIH
7. Apporter un soutien spirituel aux PIAVIH
8. Prendre en charge le SEPS
9. Assurer un accompagnement de fin de vie

Plan du module

- Chapitre 1 : Prise en charge des affections opportunistes
- Chapitre 2 : Prise en charge de la douleur
- Chapitre 3 : Prise en charge des autres symptômes pénibles
- Chapitre 4: Soutien nutritionnel et alimentaire
- Chapitre 5 : Soutien social
- Chapitre 6 : Soutien psychologique
- Chapitre 7 : Soutien spirituel
- Chapitre 8 : Prise en charge du Syndrome d'Epuisement des Professionnel de Santé (SEPS)
- Chapitre 9 : Accompagnement en fin de vie

Chapitre 1 : Prise en charge des affections opportunistes

Introduction

Les affections opportunistes lorsqu'elles ne sont pas efficacement prévenues et traitées compliquent la prise en charge thérapeutique et assombrissent le pronostic des malades. Il convient donc de les rechercher systématiquement et d'en faire une prise en charge adéquate. Le présent chapitre passe en revue la définition, les principales affections opportunistes et les directives pour leur prise en charge.

Objectifs éducationnels

A la fin de la formation, le participant devra être capable de:

1. Citer les principales affections opportunistes selon les germes et la localisation
2. Citer les critères d'initiation et d'arrêt de la prophylaxie au cotrimoxazole
3. Prescrire une chimioprophylaxie primaire au Cotrimoxazole chez une personne infectée par le VIH
4. Décrire les éléments du diagnostic et du traitement des infections opportunistes bactériennes
5. Décrire les éléments du diagnostic et du traitement des infections opportunistes virales
6. Décrire les éléments du diagnostic et du traitement des infections opportunistes fongiques ou mycosiques
7. Décrire les éléments du diagnostic et du traitement des infections opportunistes parasitaires
8. Décrire les éléments du diagnostic et du traitement de la maladie de Kaposi, du cancer du col utérin et du lymphome de Burkitt
9. Décrire les éléments du diagnostic et du traitement du prurigo
10. Citer les cas fréquents de co-infections

Plan du chapitre

1. les principales affections opportunistes selon la localisation et l'étiologie
2. La prévention primaire
3. Les infections opportunistes bactériennes
4. Les infections opportunistes virales
5. Les infections opportunistes fongiques ou mycosiques
6. Les infections opportunistes parasitaires
7. Les éléments du diagnostic et du traitement des cancers : le sarcome de Kaposi, le cancer du col utérin et le lymphome de Burkitt
8. Le prurigo
9. Les co-infections les plus fréquentes

1. PRINCIPALES AFFECTIONS OPPORTUNISTES

1.1. Localisation

Les infections opportunistes peuvent être classées selon le type de microorganismes en cause comme le montre le tableau ci dessous:

Tableau XXXVII: Sièges des principales infections opportunistes

Organes	Infections opportunistes
Cerveau	Toxoplasmose, Cryptococcose neuro-méningée
Yeux	Cytomégalovirose
Bouche et gorge	Candidose, Cytomégalovirose
Poumons	Tuberculose, Mycobactériose, Pneumocystose, Histoplasmosé
Intestins	Salmonellose, Isosporose, Cytomégalovirose, Cryptosporidiose, Microsporidiose, Mycobactériose
Peau	Herpès Zona
Organes génitaux	Herpès, Papillomatose virale, candidose

1.2. Etiologies

Tableau XXXVIII : Principaux germes en cause

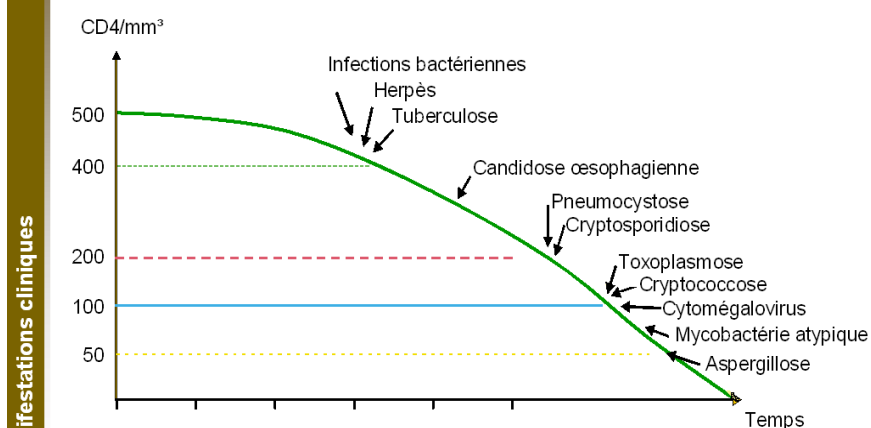
Classe	Agent causal
Bactéries	Mycobactéries <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>Mycobacterium avium complex</i> (MAC)
	Gram+ <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>
	Gram- <i>Escherichia coli</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Salmonella</i> non typhique, <i>Klebsiella sp</i>
Parasites	<i>Toxoplasma gondii</i> , <i>Pneumocystis carinii</i> *, <i>Microsporidium</i> , <i>Cryptosporidium</i> , <i>Isospora belli</i>
Champignons	<i>Candida albicans</i> , <i>Cryptococcus</i> , <i>Histoplasma</i>
Virus	<i>Cytomegalovirus</i> , <i>Herpes simplex virus</i> , <i>Virus varicelle zona</i>
Tumeurs** malignes	Maladie de Kaposi (HHV8), Lymphome non-Hodgkinien (EBV), Carcinome épidermoïde invasif du col (associé au HPV)

* Aujourd'hui renommé *P. jiroveci*.

**Les tumeurs malignes sus mentionnées ne sont pas des infections mais elles sont souvent associées à certains virus.

En général la survenue des infections opportunistes est fonction du nombre de CD4 comme le montre le graphique ci après.

Survenue des infections opportunistes en fonction du taux de CD4



Girard PM et al. In Doin SIDA 1996

Figure18 : corrélation entre le taux de CD4 et la survenue des infections opportunistes

2. PREVENTION PRIMAIRE

En Côte d'Ivoire, la prévention primaire concerne essentiellement les infections bactériennes, parasitaires et les coccidies (pneumocystose, toxoplasmose, salmonellose non typhique et les infections à germes banals sensibles au Cotrimoxazole).

Le Cotrimoxazole (sulfaméthoxazole-triméthoprim) est le médicament de choix utilisé pour la prophylaxie des infections opportunistes (Io).

2.1. Indications

2.1.1. Chez l'adulte et l'adolescent

- CD4 < 500 cellules / mm³
- Stade OMS 3 si CD4 < 500 cellules / mm³
- Stade OMS 4 quelque soit le taux de CD4

2.1.2. Chez l'enfant

- Nourrisson > 6 semaines né de mère séropositive
- Nourrisson < 12 mois infecté quelque soit le taux de CD4
- Enfant > 12 mois infecté par le VIH symptomatique : Stade 2, 3 et 4 de la classification OMS ou Catégorie A, B, C de la classification CDC quels que soient les CD4

- Enfant infecté par le VIH asymptomatique avec CD4<25%

2.2. Posologies

2.2.1. Chez l'adulte et l'adolescent

En prise unique

- CMX fort (800mg/160mg) :1 comprimé / jour
ou
- CMX simple (400mg/80mg) :2 comprimés /jour

2.2.2. Chez l'enfant

Cotrimoxazole (CMX) : 20 mg /kg / jour de Sulfaméthoxazole (SMX) et 5 mg /kg / jour de Triméthoprim (TMP) en 1 prise, soit la moitié de la dose curative.

Tableau XXIX : Posologies du cotrimoxazole en fonction du poids.

Poids de l'enfant (Kg)	Cotrimoxazole (quantité / jour en 1 prise)			
	Suspension :(5ml=200mg SMX +40mg TMP)	Comprimé simple (400mg SMX +80mg TMP)	Comprimé fort (800mg SMX +160mg TMP)	Comprimés dispersibles (100mg SMX +20mg TMP)
3-5 Kg	2,5ml		¼ cp	1 cp
6-10 Kg	5ml		½ cp	2 cp
11-15 Kg	7,5 ml		1 cp	3 cp
16-20 Kg	10ml	½cp	1 cp	4 cp
21-25 Kg	12,5ml		1 cp	
26-30 Kg	15 ml		1½ cp	
31-35 Kg	17,5ml		1½ cp	
> 35 Kg	20 ml	1 cp	2 cp	

1.1.4 2.3. Contre indications à la prescription de Cotrimoxazole

- Anomalies de l'hémogramme anémie (Hb< 7 g/dl chez l'enfant et 6,5g/dl chez l'adulte), neutropénie (polynucléaires neutrophiles < 750/mm³), thrombopénie (plaquettes< 50 000/mm³)
- Infection bactérienne évolutive
- Hypersensibilité à l'un des composants (allergies aux sulfamides)
- Grossesse au 1^{er} trimestre
- Nourrisson avant 6 semaines
- Prématuré
- Atteintes hépatiques sévères (Transaminases > 3 fois la normale chez l'enfant et 5 fois la normale chez l'adulte, cytolysé hépatique, taux de prothrombine inférieur à 50%)
- Déficit en G6PD

- Insuffisance rénale sévère (créatininémie supérieure à 5 fois la valeur normale)

2.4. Effets secondaires possibles

- Digestifs : anorexie, diarrhée, nausée, vomissement
- Immunoallergiques : rash, prurit, érythème, toxidermie
- Hématologiques : anémie, neutropénie, thrombopénie
- Autres : hépatite, insuffisance rénale

2.5. Critères d'arrêt du cotrimoxazole

2.5.1. Chez l'adulte et l'adolescent

- En cas de restauration immunitaire sous traitement ARV : CD4 > 500 cellules/mm³ à deux points de contrôle à 6 mois d'intervalle avec absence de symptomatologie clinique, bonne adhérence au plan de soins et une bonne observance du traitement
- Effets secondaires majeurs (Grade 3 et 4)

2.5.2. Chez l'enfant

- Effets secondaires majeurs : toxidermies, anémie, neutropénie, thrombopénie sévères, insuffisance rénale ou hépatique (Grade 3 et 4)
- Nourrisson de plus de 6 semaines né de mère infectée par le VIH dont la PCR est négative et qui n'est pas allaité
- En cas de restauration immunitaire sous traitement ARV chez l'enfant de plus de 12 mois: CD4 > 20% à deux points de contrôle à 6 mois d'intervalle avec absence de symptomatologie clinique, bonne adhérence au plan de soins et une bonne observance du traitement

2.6. Critères de réintroduction du cotrimoxazole

2.6.1. Chez l'adulte et l'adolescent

- Echec du traitement antirétroviral objectivé par la survenue chez un patient d'un événement clinique classant SIDA
- Baisse des lymphocytes CD4 en dessous de 500 cellules/ml
- Survenue d'événements stades 3-4 de l'OMS lorsque les CD4 sont supérieurs à 500 cellules/ml.

2.6.2. Chez l'enfant

- Apparition d'affection classant le patient aux stades cliniques OMS 3 et 4 et/ou
- Taux de CD4 < 500 pour les enfants de plus de 5 ans

- Baisse du pourcentage de CD4 en dessous de 25% chez les enfants de moins de 5 ans

3. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES INFECTIONS BACTERIENNES

3.1. Tuberculose

3.1.1. Définition

La tuberculose est une maladie infectieuse, contagieuse, due aux mycobactéries du complexe tuberculis (*Mycobacterium tuberculosis*, *M. africanum*, *M. bovis*).

3.1.2. Signes et Diagnostic

- Signes

- Signes généraux : La fièvre au long cours, l'anorexie, l'asthénie, les sueurs nocturnes, la perte de poids et, chez les enfants le retard de croissance, l'aménorrhée non gravidique chez une femme en sont des symptômes non spécifiques de la tuberculose communément appelés signes d'imprégnation tuberculeuse.

En fonction des localisations on doit accorder une attention aux signes suivants :

- **Localisation pulmonaire** : la tuberculose pulmonaire est la localisation viscérale la plus fréquente responsable de la dissémination de la maladie (hémoptysie, dyspnée et toux chronique pendant plus de 3 semaines)
- **Localisations extra pulmonaires**
 - Tuberculose pleurale (pleurésie) : dyspnée, douleurs thoraciques, toux sèche provoquée par les changements de position
 - Tuberculose péricardique (péricardite) : douleurs thoraciques retrosternale, signes de tamponnade cardiaque avec dyspnée, turgescence spontanée des jugulaire, hépatomégalie, œdèmes des membres inférieurs, etc.)
 - Tuberculose ganglionnaire (adénopathies) : Adénite pouvant évoluer vers une fistulisation
 - Tuberculose neuro-méningée : plus fréquente chez les enfants (céphalée, raideur de la nuque, troubles de la conscience et déficits neurologiques)
 - Tuberculose péritonéale (ascite) : douleur abdominale, distension abdominale, matité des flancs
 - Tuberculose ostéo-articulaire : douleurs et tuméfactions ostéoarticulaires. Elle prédomine au niveau rachidien (Mal de Pott) ,
 - Miliaire tuberculeuse (septicémie à BK) : forme grave de la tuberculose caractérisée par une fièvre importante, une dyspnée et des opacités micronodulaires disséminées dans les deux champs pulmonaires à la radiographie du thorax.

- Diagnostic

Pour le diagnostic, les moyens et méthodes varient également selon la localisation :

- Tuberculose pulmonaire :

Recherche de BAAR (coloration de Ziehl-Neelsen et/ou à l'auramine) dans

- Les crachats : prélèvement de trois échantillons de crachat en 48 heures.
- Tubage gastrique surtout chez les enfants

Fibro-aspiration ou Lavage broncho alvéolaire (LBA)

Autres techniques:

- Culture
- PCR
- IDR à la tuberculine surtout chez les enfants
- Radiographie du thorax 3 lésions sont caractéristiques mais non spécifiques de la tuberculose pulmonaire : Opacités micronodulaires
- Excavations
- Infiltrats

Les lésions siègent préférentiellement aux sommets.

NB : La tuberculose pulmonaire existe sous deux formes

- Tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) :

2 BK positives sur 3 ou

1 BK positif sur 3 avec images radiologiques évocatrices ou

1 BK positif sur 3 et une culture positive

- Tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM-) :

3 BK négatifs sur 3, une radiographie pulmonaire suspecte et un échec à une antibiothérapie non spécifique et non active sur le BK

- Tuberculose extra pulmonaire

Le diagnostic de la tuberculose est difficile ; il repose sur l'histologie des différentes biopsies d'organes ou la découverte de BAAR sur un liquide pathologique (pus articulaire et ganglionnaire, LCR, etc...).

3.1.3. Particularités de la co-infection tuberculose/VIH/SIDA

Il s'agit de particularités qui s'observent aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

- Chez les PVVIH, en cas de co-infection tuberculose/VIH, l'intradermoréaction à la tuberculine a une valeur diagnostique limitée ; un test négatif n'exclut pas une tuberculose active,
- Au stade précoce de la dépression immunitaire ($CD4 > 200/mm^3$) la présentation clinique et radiologique est identique à celle du sujet immunocompétent,
- Au stade tardif de la dépression immunitaire ($CD4 < 200/mm^3$) la présentation clinique et radiologique est atypique :
 - fréquence plus marquée des localisations extra pulmonaires (adénopathies médiastinales et abdominales...) et des formes disséminées (miliaires, neuro-méningées),
 - rareté des cavernes tuberculeuses, d'où la nécessité de répéter les bacilloscopies, d'effectuer les tubages gastriques et les fibroaspirations bronchiques, de même que les cultures sur milieux spécialisés (Loewenstein-Jensen, Bactec) ou éventuellement des techniques de PCR.

Vue l'incidence et la mortalité élevées de la tuberculose chez les PVVIH, il est important de rechercher systématiquement la tuberculose chez tout sujet séropositif au VIH . De même, chez le sujet tuberculeux, on proposera systématiquement le conseil et dépistage du VIH. En outre, tout doit être mis en œuvre pour que ces patients co-infectés puissent bénéficier à la fois du traitement antituberculeux et du traitement antirétroviral.

3.1.4. Traitement

2.1.4.1 Bilan pré thérapeutique

Il est souhaitable avant l'institution du traitement antituberculeux de réaliser un bilan pré thérapeutique qui comporte les éléments suivants :

- Hémogramme
- Transaminases
- Acide urique
- Urée, glycémie, créatinémie
- Acuité et champ visuel

En pratique, l'absence de réalisation de ce bilan ne doit en aucun cas retarder la mise en route du traitement.

3.1.4.2. Principes du traitement et molécules utilisées

• Principes du traitement

Dans les structures sanitaires périphériques, la priorité doit être accordée à la bacilloscopie donc aux cas de tuberculose à microscopie positive. La tuberculose pulmonaire à microscopie négative et les formes extra-pulmonaires doivent également bénéficier du même traitement.

Pour être efficace, la chimiothérapie doit obéir aux règles suivantes :

- une association d'au moins trois antituberculeux pour éviter l'émergence des souches résistantes.
- une posologie correcte pour assurer la stérilisation des lésions
- une prise régulière des médicaments.
- une durée suffisante du traitement antituberculeux.
- une prise à jeun le matin, sous la supervision d'une personne formée et sensibilisée.

Les médicaments doivent être administrés à tous les malades porteurs d'une tuberculose confirmée. Ils doivent être réservés en priorité aux malades cracheurs de bacilles. Les médicaments doivent être disponibles et gratuits pour tous les malades.

• Molécules utilisées

Tableau XXX Principaux antituberculeux recommandés par l'OMS et l'UICMR

Médicaments	Mode d'action	Posologie	Voie d'administration	Effets indésirables
ISONIAZIDE(H) RIMIFON ®	Bactéricide	5mg/ Kg/j	Per os,	Hépatotoxicité Neuropathies périphériques
RIFAMPICINE(R) RIMACTAN ®	Bactéricide	10mg/ Kg/j	Per os,	Hépatotoxicité Troubles digestifs
PYRAZINAMIDE(Z) PIRILENE ®	Bactéricide	30mg/ Kg/j	Per os	Hépatotoxicité Arthralgies
ETHAMBUTOL(E) MYAMBUTOL ®	Bactériostatique	20 à 25mg/ Kg/j	Per os,	Névrite optique rétro-bulbaire Troubles visuels
STREPTOMYCINE(S)	Bactéricide	15mg/Kg/j 6j/ 7	IM	Troubles cochléo-vestibulaires Toxicité rénale

Les formes combinées

Elles sont les plus utilisées et améliorent l'observance du traitement.

- RHZE : Rifampicine 150 mg + Isoniazide 75 mg +Pyrazinamide 400 mg + Ethambutol 275 mg
- RHZ : Rifampicine 150 mg + Isoniazide 75 mg +Pyrazinamide 400 mg +
- RHE : Rifampicine 150 mg + Isoniazide 75 mg + Ethambutol 275 mg
- RH 150/75 : Rifampicine 150 mg + Isoniazide 75 mg

3.1.4.3. Schémas thérapeutiques

Le schéma de première ligne comporte deux phases :

- Phase d'attaque de 2 mois avec l'association RHZE
- Phase d'entretien de 4 mois avec l'association RH

Tableau XXXI Prescription du régime de 1^{ère} ligne avec les formes combinées d'antituberculeux chez l'adulte

Mois de traitement	Médicaments				
		30 -39	40 – 54	55 - 70	> 70
2 mois pour la phase initiale intensive (2RHZE)	{RHZE} (R150 mg + H 75mg+Z 400mg + E 275mg) Forme combinée	2	3	4	5
4 mois pour la phase de continuation (4RH)	{RH} (R 150mg + H 75mg) Forme combinée	2	3	4	5

Tableau XXXII.. : Prescription du régime de 1^{ère} ligne avec les formes combinées d'antituberculeux chez l'enfant

Mois de Traitement	Médicaments	Poids en Kg					
		<7	8-9	10-14	15-19	20-24	25-29
2 mois pour la phase initiale intensive	{RHZ} (R 60mg + H 30mg + Z 150mg) Forme combinée	1	1 1/2	2	3	4	5
(2RHZ ± E)	E 400mg)	–	–	–	–	1	1
4 mois pour la phase de continuation(4 RH)	{ RH} (R 60mg + H 30mg) Forme combinée	1	1 1/2	2	3	4	5

Chez l'enfant, l'Ethambutol est déconseillé avant l'âge de 10 ans et le schéma de première ligne est le suivant : 2 mois de RHZ puis 4 mois de RH.

Le schéma de deuxième ligne en cas d'échec ou de rechute est le suivant :

- Phase d'attaque de 3 mois : 2 mois de RHZES +1 mois de RHZE
- Phase d'entretien de 5 mois : RHE.
- En cas d'échec ou de rechute il est conseillé de réaliser une culture et un mycobioGramme
- En cas de tuberculose chronique ou multi résistante, adresser le patient à un centre de référence (service de Pneumologie des CHU).

3.1.4.4. Cas particuliers

- **En cas de grossesse, allaitement**
 - RHZE utilisable + apport Vitamine B6
- **En cas de cytolysé hépatique**
 - Si Transaminases (TGP+++) < 3 fois la normale supérieure (NS): continuer le traitement
 - Si Transaminases entre 3 – 5 fois la NS : discuter le retrait de la Rifampicine, surveillance chaque 48h.
 - Si Transaminases entre 5 – 10 fois la NS: exclusion de l'Isoniazide ou arrêt du traitement jusqu'à régression puis reprise du protocole avec au départ 3 mg / Kg d'Isoniazide.
 - Si Transaminases > 10 fois la NS: arrêt du traitement et reprise après régression totale de la cytolysé.
- **En cas d'insuffisance rénale**

La streptomycine est contre indiquée et les autres molécules sont prescrites en fonction de la clairance de la créatinine.

3.2. Infections respiratoires à germes communautaires

3.2.1. Définition

Ce sont des infections respiratoires dues essentiellement à des bactéries encapsulées (*Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*) ou à d'autres germes tels que *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* et *Klebsiella pneumoniae*.

Les infections respiratoires à germes usuels sont remarquables par leur caractère récurrent récidivant et bactériémique chez les PVVIH. Toute pneumonie récidivante à germe usuel chez les PVVIH les classe au stade de SIDA (CDC 1993).

3.2.2. Signes et diagnostic

Le tableau clinique habituel est celui d'une pneumonie systématisée, caractérisé par une fièvre d'importance variable, une dyspnée, des douleurs thoraciques et une toux productive et, chez les enfants une anorexie. L'examen clinique retrouve un syndrome de condensation et/ou d'épanchement pleural.

Le diagnostic repose sur la clinique et la radiographie pulmonaire. Le diagnostic étiologique repose sur les hémocultures, les examens des expectorations et les prélèvements bronchiques.

3.2.3. Traitement

Il repose sur une antibiothérapie probabiliste :

Tableau XXXIII : Antibiothérapie en cas d'infections respiratoires à germes communautaires

	Première Intention	Deuxième Intention
Adulte	Amoxicilline 100 à 150mg/kg par jour par voie orale pendant 10 jours	Céphalosporine 75 à 100mg/Kg /jour pendant 10 jours ou Macrolide 20 à 50mg/Kg/jour pendant 10 jours
Enfant	Amoxicilline 50 à 100 mg/Kg/jour par voie orale Ou Amoxicilline 200mg/Kg/jour par voie parentérale	Céphalosporine 50 à 100mg/Kg en trois prises par jour pendant 10 jours ou Macrolide 50mg/Kg/jour pendant 10 jours

3.3. Salmonelloses non typhiques

3.3.1 Définition

Il s'agit de salmonelloses dues aux salmonelles non typhiques, les plus fréquentes étant *Salmonella typhimurium* et *Salmonella enteritidis*. Elles peuvent survenir à tous les stades de l'infection à VIH.

3.3.2 Signes et Diagnostic

Le tableau clinique associe diversement un syndrome infectieux, des troubles digestifs à type de douleurs abdominales, de diarrhée, de vomissements et d'anorexie, un amaigrissement et une splénomégalie modérée et sensible. Parfois sont associées une arthrite et une myosite.

La certitude diagnostique est apportée par la coproculture et les hémocultures.

3.3.3 Traitement

Le traitement repose sur une antibiothérapie bactéricide.

- **Chez l'Adulte, les fluoroquinolones sont les plus utilisées par voie orale.**
 - Ciprofloxacine 500 mg 2 fois par jour pendant 10 jours
 - Péfloxacin 400 mg 2 fois par jour pendant 10 jours
 - Ofloxacine 200 mg 2 fois par jour pendant 10 jours
- **Chez l'Enfant, les céphalosporines de 3^{ème} génération sont utilisées par voie parentérale avec relais par voie orale.**
 - Ceftriaxone 100 mg/Kg/jour pendant 10 jours
 - Céfotaxime 100 mg/Kg/jour pendant 10 jours
- **Chez le nourrisson, une bi-antibiothérapie est instaurée, associant une aminoside 5 à 7 mg/Kg/jour et une céphalosporine de 3^{ème} génération 100 mg/Kg/jour pendant 10 jours.**
- **Cas particulier :**
Chez la femme enceinte et en cas d'allaitement, les fluoroquinolones sont contre indiquées. Les céphalosporines sont alors indiquées.

3.4. Mycobactérioses atypiques

3.4.1. Définition

Il s'agit d'infections dues à des mycobactéries atypiques dont les plus fréquentes sont : *M. avium complex* (90 %), *M. kansasii*, *M. genavense*, *M. xenopi*. Ce sont des infections qui surviennent chez des PVVIH présentant une immunodépression sévère (CD4 < 50 éléments/ mm³).

3.4.2. Signes et Diagnostic

L'atteinte est le plus souvent disséminée (ganglionnaire, digestive, hépatique, pulmonaire et splénique). Le tableau clinique associe habituellement une cachexie, une fièvre, une diarrhée, des douleurs abdominales, une anorexie, une hépatosplénomégalie et des lésions cutanées (ulcérations chroniques, abcès sous cutané ou nodules).

Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence des bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) dans les produits pathologiques par la coloration de Ziehl-Neelsen couplée à la culture sur milieu de Löwenstein-Jensen. Des hémocultures sur milieux spéciaux peuvent être également réalisées.

3.4.3. Traitement

Le traitement est fonction du type de mycobactérie atypique et associe au minimum 3 molécules aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant en fonction de son âge.

Tableau XXXIV : traitement en fonction du type de mycobactérie

Médicaments actifs sur les mycobactéries atypiques	- Clarithromycine 500 mg 3 X / jour - Ethambutol 15 à 25 mg/kg 1 prise / jour - Rifabutine 450 mg en une prise par jour	-Amikacine 15 mg/kg / jour IM ou IV -Azythromycine 500 mg 2 X / jour per os -Ansapine -Isoniazide -Rifampicine 10 mg/kg/jour
--	---	--

	-Ciprofloxacine 700 mg 2 X / jour per os -ofloxacine 200 mg x2/ jour per os		
	<i>Mycobacterium avium complex</i>	<i>Mycobacterium xenopi</i>	<i>Mycobacterium kansasii</i>
Traitement Curatif Trithérapie	Clarithromycine+ethambutol+r ifabutine +/-amikacine durant les 2 premiers mois Durée : 1 an après négativation des cultures	clarithromycine + ofloxacine + ethambutol Durée : 6 mois	isoniazide+rifampicine+etham butol l'INH peut être remplacé par la Clarithromycine Durée : 18 mois

Chez l'enfant :

- Clarithromycine 15 mg/Kg/ jour en 2 prises
- Ethambutol chez l'enfant de plus de 5 ans, 20 mg/kg / jour en 1 prise
- Rifabutine enfant de plus de 12 ans, 150 mg x 2/jour
- Ciprofloxacine 8 à 12 mg/Kg/ jour en 2 prises chez un enfant de plus de 12 ans

4. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES INFECTIONS VIRALES

Les infections virales les plus couramment rencontrées chez les PVVIH sont le Zona, l'herpès génital et les infections à cytomégalo virus (CMV).

4.1. Zona

4.1.1. Définition

Le zona est une infection virale due au virus *Varicelle zona* qui appartient au groupe des *Alpha herpes virus*. La primo-infection se manifeste par la varicelle. Par la suite le virus reste latent dans les ganglions rachidiens. La réactivation de cette infection latente peut entraîner plus tard le zona. Il s'observe à tous les stades évolutifs de l'infection à VIH.

4.1.2. Signes et Diagnostic

Le diagnostic est essentiellement clinique et repose sur la présence d'éruptions vésiculeuses métamériques et douloureuses sur un placard érythémateux. L'évolution se fait vers des lésions ulcéro-croûteuses qui guérissent en laissant des cicatrices indélébiles. Ces lésions siègent le long d'un trajet nerveux sensitif et les localisations céphaliques sont les plus prédictives de l'infection à VIH.

Chez les sujets immunodéprimés, plusieurs métamères peuvent être atteints à la fois et des vésicules aberrantes peuvent se voir à distance réalisant le zona généralisé ou le zona varicelle. Certaines complications sont d'autant plus fréquentes que le taux de CD4 est bas, notamment, les algies post zostériennes, les radiculonévrites, les encéphalites, les nécroses rétinienne, les paralysies occulo-motrices et les vascularites cérébrales.

4.1.3. Traitement

Il est à la fois local et général.

- **Chez l'adulte**

Traitement local :

- Eosine aqueuse à 2% ou Solution de Milian
- Antibiothérapie locale en cas de surinfection

Traitement général : Indication ; formes étendues ou récurrentes

- Acyclovir comprimés 400 mg 5 fois par jour par voie orale pendant 10 jours ou
- Acyclovir injectable, 30 mg / kg / jour en trois perfusions IV pendant 10 jours ou
- Valacyclovir 500 mg (Zélitrex) 1000 mg 3 fois par jour per os pendant 10 jours pourrait aider à éviter les algies post zostériennes

- **Chez le grand enfant :**

Traitement local :

- Eosine aqueuse à 1% ou Solution de Milian
- Antibiothérapie locale en cas de surinfection

Traitement général : Indication ; formes étendues ou récurrentes

- Acyclovir comprimés 200 mg 5 fois par jour par voie orale pendant 10 jours

- **En cas de douleurs :**

- Phase aiguë : Antalgiques banals
- Paracétamol Codéiné, dérivés morphiniques
- Phase d'algies post zostériennes :
- Clonazépam (*Rivotril*) ou Carbamazépine (*Tégrétol*) ou Amitriptyline (*Laroxyl*).
Valacyclovir 500 mg (Zélitrex)
- Vitamine B6
- Dérivés morphiniques

4.2 Herpès génital

4.2.1. Définition

L'herpès génital est une infection sexuellement transmissible due à *Herpès Simplex virus*. L'*Herpès Simplex virus de type II* (HSV II) est le plus fréquemment rencontré (80% des cas).

4.2.2. Signes et Diagnostic

Le tableau clinique comporte deux phases : une primo-infection et une récurrence. La primo-infection est souvent asymptomatique. Dans les cas symptomatiques, elle réalise, une semaine après le contact sexuel infectant, un tableau de vulvo-vaginite aiguë chez la femme ou de balanopostite chez l'homme, fait de vésicules puis d'érosions post vésiculeuses qui guérissent sans laisser de cicatrices. La récurrence, est faite de lésions vésiculeuses groupées en bouquet qui vont se rompre pour laisser place à des érosions recouvertes de croûtes. Celles-ci tombent sans laisser de trace. Les récurrences surviennent presque toujours dans la même zone et sont précédées de prodromes (brûlure, prurit). Chez l'immunodéprimé les récurrences sont fréquentes et les vésicules peuvent laisser place à de vastes ulcérations chroniques qui guérissent difficilement.

4.2.3. Traitement

Il est à la fois local et général.

Traitement local

- Eosine aqueuse à 2% ou Solution de Milian pour assécher les lésions

Traitement général pour les formes graves et les récurrences

- Aciclovir 200 mg : 1 cp 5 fois par jours pendant 5 à 10 jours
- Valaciclovir 500 mg : 1cp 2 fois par jour pendant 5 à 10 jours

Le traitement d'entretien est indiqué dans les récurrences de plus de 6 poussées par an et repose sur l'Aciclovir en traitement séquentiel (5 à 10 jours tous les 2 mois pendant au moins 6 mois).

4.3 Infections à Cytomégalovirus (CMV)

4.3.1. Définition

L'infection à Cytomégalovirus ou Cytomégalovirose est due au cytomégalovirus (CMV). Elle survient chez les PVVIH ayant un déficit immunitaire profond ($CD4 < 50$). Il s'agit en général d'une réactivation d'une infection ancienne.

4.3.2. Signes et Diagnostic

Cette infection se caractérise par plusieurs localisations dont les plus fréquentes sont oculaire et digestive.

La localisation oculaire est habituellement une rétinite (80%) qui se traduit par des troubles visuels pouvant aller jusqu'à la cécité. Le diagnostic se fait par l'examen du fond d'œil (nécrose hémorragique).

La localisation digestive se manifeste par une oesophagite, une gastroduodénite ou une colite.

Le diagnostic se fait par l'endoscopie (lésions inflammatoires ulcérées) et les biopsies (inclusions nucléaires).

Les autres localisations sont neurologiques, hépatospléniques, pancréatiques et surrénaliennes.

4.3.3. *Traitement*

Le traitement fait appel au :

- Ganciclovir : 10 mg/Kg par jour en 2 perfusions IV pendant 3 semaines suivi de 5 mg/Kg par jour en 1 perfusion IV 5 jours par semaine ou 3 g par jour en per os (en raison de la toxicité hématologique et rénale du produit, faire une surveillance biologique par semaine)
- Foscarnet : 180 mg/Kg/j en 2 perfusions IV de 2 heures puis en entretien 100 à 120 mg/Kg/j en 1 perfusion IV de 2 heures toutes les deux semaines
- Cidofovir : 5 mg/Kg/semaine en 1 perfusion de 1 heure puis en entretien 5 mg/Kg 2 fois/semaine

5. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES INFECTIONS FONGIQUES OU MYCOSIQUES

Elles sont fréquentes chez le sujet immunodéprimé ; les principales sont les candidoses et les cryptococcoses.

5.1 Candidoses

5.1.1. *Définition*

Elles sont dues aux germes suivants : *Candida albicans* (70 à 75% des cas), *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. pseudotropicalis* et *C. glabrata*. Elles surviennent habituellement lorsque le taux de CD4 est inférieur à 500 éléments par mm³.

5.1.2. *Signes et Diagnostic*

Les localisations sont préférentiellement digestives et gynécologiques. Le diagnostic est essentiellement clinique.

La candidose buccale ou muguet est la localisation digestive la plus fréquente, caractérisée par des plaques blanches sur la langue, le palais et la face interne des joues. Elle peut s'étendre à l'œsophage entraînant une dysphagie, une douleur rétro sternale, une régurgitation et un refus de s'alimenter.

Les localisations gynécologiques souvent récidivantes se traduisent habituellement par une vulvo vaginite avec leucorrhées épaisses blanchâtres, irritation, œdème et prurit vulvo-vaginal. Les formes localisées plus ou moins étendues peuvent évoluer vers des formes systémiques graves. Outre la clinique très évocatrice, on peut s'aider de l'examen mycologique direct et de la culture sur milieu de Sabouraud.

5.1.3. *Traitement*

Le traitement fait appel essentiellement aux antifongiques.

Chez l'adulte

- Gargarisme par solution de bicarbonate à 14 ‰ 4 à 8 fois par jour
- Mycostatine comprimés à sucer 500 000 UI 4 fois par jour pendant 15 à 21 jours
ou
- Miconazole 4 cuillères mesures 3 fois par jour pendant 15 à 21 jours
ou
- Amphotéricine B (Fungizone)
2 gélules x 3/jper os pdt 15 à 21 J
ou
- **Kétoconazole (Nizoral)**
200 - 400 mg x 2 / J pendant 10 à 15 J
ou
- Fluconazole (Triflucan)
50 - 100 mg / J (3 à 5mg / kg) en 1 prise pendant 10 à 15 J
ou
- Itraconazole (Sporanox)
100 mg / J en 1 prise en gargarisme pendant 15 à 21 J

Pour les atteintes génitales

- Mycostatine comprimés gynécologiques 1 Cp par jour pendant 7 jours
ou
- Amphotéricine B comprimés gynécologiques 1 Cp par jour pendant 7 jours

Chez l'Enfant

- Mycostatine suspension buvable : 1 cuillère à café 3 fois par jour pendant 7 à 10 jours
- Amphotéricine B (Fungizone suspension)
1 cm x 3/J ou 1 ml /2 kg/ J per os pdt 15 à 21 J

5.2. Cryptococcose neuro-méningée

5.2.1. Définition

C'est une infection due à *Cryptococcus neoformans* qui est un champignon levuriforme que l'on retrouve dans les sols contaminés par les déjections des oiseaux. La contamination de l'homme se fait par voie aérienne. L'atteinte neuro-méningée est la manifestation la plus courante de l'infection. Elle survient lorsque le taux de CD4 est < 50/ mm³.

5.2.2. Signes et Diagnostic

La Cryptococcose neuro-méningée revêt habituellement un tableau de méningo-encéphalite subaiguë ou chronique se manifestant par des céphalées, fièvre, syndrome méningé, diplopie, des signes neurologiques focaux, des troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma. En cas d'atteinte pulmonaire, l'infection se manifeste par une toux productive chronique, une fièvre et une dyspnée.

Les autres localisations sont cutanée, ganglionnaire et hépatosplénique.

Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence des cryptocoques dans les produits pathologiques (LCR, sérum et biopsie) :

- après coloration à l'encre de chine
- après culture sur milieu de Sabouraud

➤ ou par la détection de l'antigène cryptococcique.

5.2.3. Traitement

Pour le traitement d'attaque, il existe 3 schémas applicables à l'adulte et à l'enfant :

- Amphotéricine B (Fungizone) 0,7 à 1 mg /Kg / un jour sur deux en perfusion lente (6 à 8h) pendant 2 mois
ou
- Amphotéricine B 0,7 à 1 mg /Kg / un jour sur deux en perfusion lente pendant 14 J relais avec Fluconazole 400 mg/j pendant 45j soit une durée totale de traitement de 2 mois
ou
- Fluconazole 400 mg/j (3 à 8 mg/ kg/jour) en 1 prise orale pendant 2 mois

Le traitement d'entretien se fait à vie par Fluconazole gélule 200 mg/jour en prise orale et débute lorsque la culture se négative.

5.3. Les autres infections fongiques

Les autres infections fongiques sont l'histoplasmosse, les dermatophyties et l'aspergillose.

6. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES INFECTIONS PARASITAIRES

Les principales infections parasitaires au cours du VIH/SIDA sont représentées par la toxoplasmose cérébrale, la pneumocystose et les coccidioses

6.1. Toxoplasmose cérébrale

6.1.1. Définition

C'est une infection due à *Toxoplasma gondii* qui est un protozoaire intracellulaire rencontré un peu partout dans l'environnement. C'est la plus fréquente des infections opportunistes du système nerveux en Côte d'Ivoire. La toxoplasmose est une cause majeure de morbidité et de mortalité.

Le chat, les oiseaux et les animaux domestiques constituent le réservoir de germes. La contamination se fait par voie féco-orale, surtout par l'eau souillée (par les excréments de chat) et les viandes crues ou mal cuites.. Elle survient lorsque le taux de CD4 est inférieur à 100 éléments/mm³,

6.1.2. Signes et Diagnostic

Le tableau clinique dont le début est le plus souvent insidieux, progressif, associe dans sa forme typique une fièvre peu élevée, des céphalées, des signes d'hypertension intracrânienne, une désorientation temporo-spatiale, des crises convulsives, des signes de localisation (hémiparésie, hémiplégie). Parfois on peut retrouver des troubles psychiatriques, des troubles de la vue, une ataxie et un syndrome Parkinsonien.

La toxoplasmose peut toucher également le cœur et les poumons avec des signes spécifiques.

En cas d'atteinte neuroméningée on note à l'examen du fond d'œil un Oedème papillaire à l'examen du fond d'œil traduisant l'hypertension intracrânienne.

Le diagnostic repose sur le Scanner cérébral (images d'abcès en cocarde entourée d'un halo hypodense). Il convient de noter que la sérologie toxoplasmique n'a aucune valeur diagnostique et que le meilleur élément diagnostique reste la régression des symptômes cliniques sous traitement antitoxoplasmique.

6.1.3. Traitement

Le traitement d'attaque fait appel à :

Chez l'adulte

- Pyriméthamine : 50 à 75 mg 1 fois par jour + Sulfadiazine 4 à 6 g / jour + acide folinique 25 mg /jour pendant 6 à 8 semaines.
Ou
- Cotrimoxazole fort : 960 mg (1 comprimé) 3 fois par jour pendant 6 à 8 semaines puis 1cp 2 fois par jour pendant 4 semaines

Chez l'enfant

- Pyriméthamine : 1 à 2 mg /kg /j + Sulfadiazine 100 mg /kg/j + Acide folinique 5 à 10 mg 3 fois par semaine pendant 6 à 8 semaines

NB: En cas d'allergie à la sulfadiazine, on utilise :

Chez l'adulte : Clindamicine 2,4 à 3,6 g /jour pendant 6 à 8 semaines per os

Chez l'enfant : Clindamicine 15 à 40 mg/Kg/jour sans dépasser 300 mg/j pendant 6 à 8 semaines per os

Le traitement d'entretien repose sur les mêmes molécules données à demi doses chez l'enfant comme chez l'adulte. L'arrêt se fait selon les règles d'arrêt du cotrimoxazole

5.2. Pneumocystose

6.2.1. Définition

C'est une infection pulmonaire causée par *Pneumocystis carinii* (actuellement nommé *Pneumocystis jiroveci*).

Elle survient quand le taux de CD4 est inférieur à 200 éléments/mm³.

6.2.2. Signes et Diagnostic

Le tableau clinique habituel est celui d'une toux sèche peu ou pas productive associée à une dyspnée d'intensité croissante et une fièvre. L'auscultation pulmonaire est normale mais on note parfois des râles crépitants. Les gaz du sang sont souvent perturbés avec une hypoxémie importante.

Les aspects radiologiques évocateurs sont représentés par un syndrome interstitiel diffus. Toutefois, la radiographie peut dans certains cas être normale au stade de début. L'augmentation des LDH a une bonne valeur d'orientation.

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de kystes ou de trophozoïtes de *Pneumocystis carinii* après coloration appropriée (Gomori – Grocott) dans le liquide de lavage broncho alvéolaire (LBA) ou dans les expectorations induites.

6.2.3. Traitement

Le traitement curatif fait appel à :

Chez l'adulte

- Cotrimoxazole (IV) à raison de 100 mg/ kg/ jour soit une perfusion de 3 ampoules 4 fois par jour pendant 3 semaines ou
- Cotrimoxazole fort 2 cp 3 fois par jour pendant 3 semaines en traitement d'attaque

Une corticothérapie peut être associée au traitement : Prednisone 1 mg / kg avec arrêt par dose dégressive.

En cas d'allergie au cotrimoxazole, la Pentamidine (Pentacarinat) est proposée en aerosol, 3 à 4 mg / jour.

Autre alternative : Clindamycine (300 à 450 mg quatre fois par jour) + Primaquine (15 à 30 mg par jour)

Chez l'enfant

- Cotrimoxazole (IV ou per os) à raison de 100 mg/ kg/ jour

Une corticothérapie peut être associée au traitement : Prednisone 0,5 mg / kg avec arrêt par dose dégressive.

En cas d'allergie au cotrimoxazole, la Pentamidine (Pentacarinat) est proposée.

6.3. Coccidioses et microsporidioses

6.3.1. Définition

Elles regroupent les Isosporoses (*Isospora belli*), les Cryptosporidioses (*Cryptosporidium parvum*), les Microsporidioses (Microsporidium : *Enterocytozoon bienewisi*, *Encephalocytozoon intestinalis*),

- Les isosporoses et les microsporidioses sont dues à des protozoaires retrouvés dans les matières fécales. Leur contamination se fait par voie féco-orale.
- Les cryptosporidioses sont causées par de petits protozoaires intracellulaires que l'on retrouve un peu partout dans la nature. Les parasites sont éliminés dans les matières fécales sous formes d'oocystes. La contamination se fait par voie féco-orale comme pour les Isosporoses

6.3.2. Signes et Diagnostic

Les manifestations cliniques sont le plus souvent digestives à type de diarrhée abondante souvent aqueuse non sanglante, avec ou sans fièvre, de douleurs abdominales, de nausées et vomissements, de flatulence et ballonnement, de déshydratation et de syndrome de malabsorption et perte de poids.

Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence des germes par des colorations spécifiques (Ziehl-Neelsen modifiée) à l'examen parasitologique des selles, PCR et les biopsies intestinales.

6.3.3. Traitement

Selon le germe en cause, le traitement fait appel à :

- **En cas d'Isosporoses**

Traitement d'attaque

Chez l'adulte :

Cotrimoxazole fort : 2 cp 2 fois par jour pendant 2 semaines ou

Pyriméthamine (malocide) : 50 à 75 mg /jour + Acide folinique 10 mg / jour pendant 2 à 3 semaines.

Chez l'enfant

Cotrimoxazole : 40 mg/kg/jour pendant 21 jours (en pratique 1 cuillère mesure par 5Kg de poids).

Traitement d'entretien

Chez l'adulte

Cotrimoxazole fort 1 cp par jour chez l'adulte

Chez l'enfant

20mg/kg/jour

- **En cas de Cryptosporidioses**

Chez l'adulte le traitement se fait avec :

Nitazoxamide (Criptaz) 25 mg 2 fois par jour pendant 30-45 jours
Paramomycine(Humatin) 25 à 35 mg/ kg/ jour pendant 30 jours

- **En cas de Microsporidioses**

Albendazole 400 mg 2 fois par jour pendant 21 jours pour *E. intestinalis*.

Pour *E. bienewisi*, il n'existe pas de traitement spécifique.

D'une façon générale, la restauration immunitaire sous HAART permet de réduire la fréquence des Coccidioses.

7. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TUMEURS

Les personnes immunodéficientes ont une plus grande susceptibilité aux tumeurs malignes à cause de leur réponse immunologique diminuée vis à vis des cellules anormales et en raison de leur plus grande susceptibilité aux infections causées par des virus associés aux tumeurs. Les tumeurs malignes les plus fréquemment observées sont :

- Maladie de Kaposi associée au virus herpes humain virus 8; (HHV-8)
- Lymphome non-Hodgkinien associé parfois au virus Epstein-Barr; (EBV)
- Cancer invasif du col associé au virus du papillome humain ; (HPV)

7.1. Maladie de Kaposi

7.1.1. Définition

C'est une tumeur angiogénique multifocale associée au virus Herpès Humain type 8

Elle survient à tous les stades de l'immunodépression avec une plus grande fréquence lorsque le déficit immunitaire est profond. Elle atteint généralement les sujets plus jeunes que dans la forme classique.

7.1.2. Signes et Diagnostic

Le tableau clinique est dominé par des lésions cutané-muqueuses à type d'œdème, de macules, de papules, de nodules et de plaques angiomateux (rouge lie de vin sur peau blanche) ou pigmentés violacés chez les sujets à peau foncée noire. Ces lésions cutanées sont le plus souvent diffuses et peuvent devenir ulcéro- végétantes.

Les lésions muqueuses sont fréquentes, elles siègent le plus souvent au niveau du palais, d'où la règle de toujours examiner les muqueuses de tout patient présentant une maladie de Kaposi. Ces lésions se présentent soit sous forme de nappe érythémateuse du palais, soit sous forme de nodule angiomateux de la muqueuse génitale ou conjonctivale avec présence (peuvent concerner la conjonctive et donner) des hémorragies sous conjonctivales. Les atteintes viscérales sont fréquentes et constituent un facteur de gravité (poumon, tube digestif, ect...). Le diagnostic de certitude repose sur l'examen anatomopathologique (une double prolifération de cellules endothéliales et de cellules fusiformes associée à la positivité de la coloration de Perls).

7.1.3. Traitement

Le traitement est généralement systémique et repose sur :

- L'interféron alpha : 9 à 18 Millions d'UI en IM par semaine ou 3 à 6 millions d'UI/j en SC dans les formes cutanées peu étendues et si CD4 >200/mm³(en IM par semaine)

- La chimiothérapie cytostatique (bléomycine, adriamycine, vinblastine, doxorubicine, taxanes) est utilisée dans les formes progressives étendues ou viscérales.

Un traitement local est institué dans les formes cutanéomuqueuses très limitées. (Radiothérapie, Cryothérapie, chirurgie).

Le pronostic de la maladie de Kaposi a été considérablement amélioré par les traitements antirétroviraux. Le contrôle de l'infection rétrovirale permet une stabilisation et même une régression de la maladie de Kaposi.

7.2. Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus entre pour une part importante dans la morbidité et la mortalité des femmes en Afrique. C'est le principal cancer du tractus génital. Cette affection survient 10 à 30 ans après une infection du col par le Virus du Papillome Humain (HPV). L'infection à VIH accélère le processus néoplasique.

Chez les personnes infectées par le VIH le cancer du col a un caractère plus agressif et survient chez des femmes plus jeunes en particulier si le déficit immunitaire est important ($CD4^+ < 200/mm^3$).

Le cancer peut métastaser à des endroits inhabituels. Il répond moins bien au traitement..

7.2.1. Signes et Diagnostic

Le cancer du col peut se manifester par des métrorragies, des leucorrhées aqueuses ou malodorantes et des douleurs pelviennes d'installation tardives.

Le diagnostic repose sur le Frottis Cervico Vaginal (FCV) qui va mettre en évidence des cellules néoplasiques pré invasives du col.

Cet examen important doit être réalisé dès le diagnostic de VIH.

En effet, des anomalies cytologiques cervicales sont courantes chez les femmes infectées par le VIH lorsqu'il s'y associe une infection par le HPV et un déficit immunitaire important.

On effectuera par la suite :

- Deux FCV pendant la première année,
- Des FCV plus fréquents :
 - en cas de frottis vaginal précédent anormal
 - après traitement pour dysplasie cervicale
 - chez les femmes avec une infection à VIH symptomatique (avec $CD4^+ < 200/mm^3$)
 - Chez les femmes souffrant d'infection à HPV

Classification du cancer du col

Tableau XXXV : Classification FIGO (2009)

►Stade I

►La classification FIGO reste basée sur l'examen clinique ; l'atteinte ganglionnaire est à préciser à part.

Cancer strictement limité au col		
Stade IA	Cancer invasif identifié seulement au microscope et envahissement du stroma : profondeur maximum de 5 mm, largeur maximum de 7 mm	
	•IA1	profondeur < ou égale à 3 mm, largeur < ou égale à 7 mm
	•IA2	3 mm < profondeur < ou égale à 5 mm et largeur < ou égale à 7 mm

Stade IB	Cancer clinique limité au col visible en macroscopie ou cancer microscopique de dimension supérieure au IA	
	IB1	T < ou égale à 4 cm
	IB2	T > 4 cm

► Stade II

Cancer étendu au delà du col mais n'atteignant pas la paroi pelvienne ni le tiers inférieur du vagin		
Stade IIA	jusqu'aux deux tiers supérieurs du vagin	
	IIA1	Taille T < ou = à 4 cm
	IIA2	Taille T > 4 cm
Stade IIB	paramètres (proximaux)	

► Stade III

Cancer étendu jusqu'à la paroi pelvienne et/ou au tiers inférieur du vagin (y compris hydronéphrose)	
Stade IIIA	● atteinte vaginale jusqu'au tiers inférieur
Stade IIIB	● fixation à la paroi pelvienne (ou hydronéphrose ou rein muet)

► Stade IV

Cancer étendu au-delà du petit bassin ou à la muqueuse vésicale et/ou rectale	
Stade IVA	●organe adjacent
Stade IVB	●à distance, y compris ganglions lomboaortiques

7.2.2. Traitement

Les indications thérapeutiques sont les suivantes :

Au stade pré-invasif

Traitement local

Exérèse du cône

LEEP (Loop Electro Excision Procédure) (excision par électro-cautérisation de la zone de transformation)

Diathermie

Cryothérapie

Au stade invasif

Chirurgie

Radicale (stade I à IIa), Hystérectomie totale + tiers supérieur du vagin + curage ganglionnaire

Radiothérapie

Stade I à II – La guérison est encore possible

Stades III à IV – Traitement symptomatique et soins palliatifs, surtout pour la douleur, les hémorragies et les pertes vaginales.

Soins palliatifs

- Douleurs : Morphine 5-10 mg, trois à quatre fois par jour
- Infection : diagnostic et traitement
- Hémorragie : traitement approprié
- Interventions chirurgicales en fonction des complications
- Prise en charge psycho-sociale

7.3. Les autres cancers

Les autres cancers associés à l'infection à VIH sont le Lymphome de Burkitt, le Lymphome immunoblastique, les cancers épithéliaux invasifs (col utérin, ano-rectaux). Leur diagnostic repose sur l'examen histologique. Leur traitement est instauré en collaboration avec les services spécialisés.

Lymphome non-Hodgkinien

Plusieurs variétés de LNH sont observées :

- Lymphomes B
- Formes diffuses
- Lymphome de Burkitt

7.3.1. Signes et Diagnostic

Le lymphome primaire est de diagnostic difficile en Afrique en raison de l'insuffisance du plateau technique. Les signes et symptômes dépendent du site des lésions mais ce sont les formes extra ganglionnaires (60 à 96% des cas) qui prédominent, notamment les localisations au système nerveux central

Les signes généraux sont constitués de fièvre, perte de poids et sueurs nocturnes.

La localisation au système nerveux central se manifeste par des céphalées, des crises épileptiques, une confusion, une perte de mémoire, des déficits neurologiques focaux (paralysie des nerfs crâniens, hémiparésie, aphasie) et des signes méningés.

Les formes diffuses se caractérisent par : des troubles hématologiques (anémie, hémorragies gingivales, épistaxis), des infections récurrentes, une lymphadénopathie, une hépatosplénomégalie, un épanchement (pleural, péricardique, péritonéal), des douleurs osseuses et un prurit.

Le Diagnostic repose sur:

- NFS (peut indiquer pancytopenie)
- Biopsie de tissu ou moelle osseuse pour examen cytologique et histopathologique
- Imagerie : Radiographie du thorax, Scanner ou IRM du cerveau, de l'abdomen et du pelvis
- Lactico-déshydrogénase sérique (LDH) est couramment élevée
- Ponction lombaire ne sera faite qu'en l'absence de contre indication pour la recherche de cellules malignes.

7.3.2. *Traitement*

Le pronostic est sévère, quel que soit le stade de la maladie. Mais une intervention thérapeutique précoce peut ralentir la progression rapide de LNH. Le traitement est palliatif.

Généralement, les éléments suivants sont de mauvais pronostic :

- $CD4^+ < 200/mm^3$ +++
- Extension à la moelle osseuse
- *Score de Karnofsky* <70% (voir annexe)
- Lymphome stade IV

LNH n'étant pas l'affection initiale définissant le SIDA.

Les traitements disponibles reposent sur :

- Deux protocoles chimiothérapeutiques (devant être administrés par un oncologue)
 - a. Cyclophosphamide, Doxorubicine, Vincristine, Prednisolone (CHOP)
 - b. Bleomycine, Cyclophosphamide, Etoposide (BACOD)
- Radiothérapie
- Traitement antirétroviral hautement actif (HAART).

8.PRURIGO

8.1.Définition

Il s'agit d'une dermatose papulo-vésiculeuse, prurigineuse, d'évolution chronique survenant chez l'immunodéprimé à tous les stades de l'infection à VIH.

8.2.Signes et Diagnostic

Le diagnostic repose sur la clinique faite de papules fermes surmontées de vésicules, prurigineuses, isolées les unes des autres et siégeant surtout au niveau des membres. Le grattage entraîne des excoriations puis l'apparition de croûtes qui tombent laissant des tâches hyperchromiques inesthétiques. Ces lésions peuvent se surinfecter.

8.3.Traitement

Le traitement est local et général.

Le traitement local repose sur :

- les anti-inflammatoires : Bufexamac (Parfenac) crème 1 application x 2 par jour)
- les antiprurigineux antiparasitaires (Crotamiton : eurax, prurex 1 application x 2 par jour)

Le traitement général fait appel aux anti-histaminiques :

Hydroxyzine (atarax) : 1 mg/kg/jour

Mequitazine (Primalan) : 10 mg/jour chez l'adulte et 1 cuillère mesure/jour de 1,25 mg par 5 kg de poids chez l'enfant

Dexloratadine (Aerius) : 10 mg/jour chez l'adulte et 1 cuillère mesure/jour chez l'enfant

Ceftirizine (Zyrtec) : 10 mg/kg/j entre 6 et 12 ans et 5 mg/kg/j entre 2 et 6 ans en 1 à 2 prises par jour

En cas de surinfection, il faut associer des bains antiseptiques et des antibiotiques par voie générale.

9. LES CO-INFECTIONS LES PLUS FREQUENTES

Les co-infections sont des infections fréquemment rencontrées au cours de l'infection à VIH dont leur association augmente la morbidité et la mortalité.

9.1.La coinfection VIH/Paludisme

Le profil épidémiologique du paludisme et du VIH en Afrique subsaharienne fait admettre que la co-morbidité VIH/paludisme a des implications multiples en santé publique. En effet

le virus du VIH étant un virus d'immunodéficience, les PVVIH ont des défenses immunitaires plus faibles contre les infections, paludisme y compris. On observe une fréquence élevée des accès palustres et une augmentation des formes graves dues à l'immunodépression au VIH. Le taux bas de CD4 chez des sujets VIH+ a été associé à une densité parasitaire plus importante dans une étude Ougandaise

Il existe une évolution plus rapide de l'infection à VIH en raison de la réplication virale engendrée par des accès palustres répétés.

On note un risque majoré de transmission périnatale du VIH de la mère à l'enfant en cas de paludisme au cours de la grossesse. Chez les femmes Kenyans co-infectées par le paludisme et le VIH, le taux élevé de densité parasitaire > 10 000 parasites/ml a été associé à un risque plus accru de transmission périnatale du VIH.

En cas de paludisme simple : il n'y pas de contre-indications majeures à utiliser les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine recommandées en Côte d'Ivoire (artésunate/amodiaquine et arthéméter/luméfantrine) avec les schémas thérapeutiques antirétroviraux recommandés par le PNPEC.

Précautions d'utilisations des antipaludiques chez le sujet sous ARV

Quelques précautions sont à observer en cas de survenue chez un patient sous ARV d'un paludisme confirmé par une goutte épaisse ou test de diagnostic rapide.

* En cas d'utilisation des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) contenant de l'amodiaquine, tenir compte du risque de potentialisation des effets secondaires:

- hématologiques à type de neutropénie et anémie avec la zidovudine
- cutanés avec névirapine, efavirenz, abacavir.
- hépatiques avec névirapine, efavirenz.

* En cas d'utilisation des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) contenant de la luméfantrine (amino-alcool), ou de sels de quinine, tenir compte du risque de potentialisation des effets secondaires cardiaques (Abacavir, didanosine, zidovudine) :

* En cas d'utilisation de sels de quinine, tenir compte d'une potentialisation des effets neuropsychiques (cinchonisme), lorsque le patient reçoit une trithérapie à base d'efavirenz.

9.2. Les co-infections VIH - Hépatite B et VIH - Hépatite C

Elles sont fréquentes dans le contexte ivoirien avec une prévalence de 7 à 12%.

Leur tableau clinique ne présente aucune caractéristique particulière par rapport au sujet immunocompétent mais l'évolution se fait plus rapidement vers la cirrhose et l'hépatocarcinome qui assombrissent le pronostic.

Le diagnostic est fait par les marqueurs biologiques :

- Anticorps anti VHC pour l'hépatite C
- Antigène HBs, anticorps anti HBc et antigène HBe pour l'hépatite B ;

Le traitement est indiqué dans les formes chroniques actives :

- Hépatite B : Interferon pégylé, Lamivudine, Ténofovir.
- Hépatite C : Ribavirine, Interferon pégylé

Les critères d'initiation du traitement antirétroviral en cas de co-infection VIH/VHB sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau XXXVI: Recommandations 2010 des critères d'initiation du traitement antirétroviral en Côte d'Ivoire chez les patients adultes et adolescents co-infectés par le VIH/VHB

Critères d'initiation du traitement antirétroviral chez les patients co-infectés par le VIH/VHB.
* Patient co-infecté VIH/VHB, CD4 < 500 cellules /mL ou < 15% quelque soit le stade clinique * Patient co-infecté VIH/VHB, CD4 ≥ 500 cellules/mL, faire dosage des transaminases (ALAT) ● Si ALAT ≥ 2N : contrôle à J30 ● Initiation ARV si à J30, ALAT ≥ 2N avec diminution des transaminases de moins de 50% de la valeur de départ ● Abstention thérapeutique ARV, si ALAT < 2N ou diminution des transaminases de plus de 50% de la valeur de départ.

Tableau XXXVII: Stratégies thérapeutiques du traitement antirétroviral chez les patients adultes et adolescents co-infectés par le VIH-VHB

Profil des patients co-infectés VIH-VHB	Choix de régime antirétroviral
* Infection à VIH-1 ALAT < 3N ALAT ≥ 3N	TDF + FTC ou 3TC + EFV TDF + FTC ou 3TC + LPV/r ou SQV/r ou TDF + FTC ou 3TC + AZT si CD4 ≥ 200cell/MI
* Infection à VIH-2 et VIH-1+2 CD4 < 200 cell/mL CD4 ≥ 200cell/mL	TDF + FTC ou 3TC + LPV/r ou SQV/r TDF + FTC ou 3TC + AZT

Schémas thérapeutiques en cas de coinfection VIH/HVB chez les enfants :

➤ Enfants de moins de 12 ans :

- Transaminases < 3N: AZT+ 3TC + EFV
- Transaminases > 3N: AZT + 3TC + LPV/r

➤ Enfants de plus 12 ans:

- Transaminases < 3N: TDF + 3TC + EFV
- Transaminases > 3N: TDF + 3TC + LPV/r ou ABC

Conclusion

- Les affections opportunistes sont fréquentes et surviennent à tous les stades de l'évolution de l'infection à VIH.
- La prise en charge correcte des affections opportunistes entraîne une réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH,
- Le traitement ARV permet une restauration immunitaire et une baisse de leur incidence.

Chapitre 2. Prise en charge de la douleur

Introduction

La douleur est un symptôme très fréquemment rencontré au cours de l'infection à VIH. Elle peut être causée par la maladie primitive et ses complications (exemple une tumeur maligne); elle peut être aussi associée au traitement (exemple traitement des escarres, traitement ARV). Elle peut être enfin causée ou aggravée par des difficultés d'ordre psychologique, social ou spirituel. Un bon diagnostic et une bonne évaluation sont les préalables à sa prise en charge.

Ce chapitre précise les modalités d'évaluation et les mesures thérapeutiques pour prendre en charge la douleur.

Objectifs éducationnels

A la fin du chapitre le participant doit être capable de :

1. Définir la douleur
2. Décrire le caractère de la douleur
3. Expliquer les mécanismes physiopathologiques de la douleur
4. Décrire les différentes échelles et grilles d'évaluation de la douleur.
5. Evaluer la douleur en utilisant des échelles validées et adaptées aux possibilités du malade
6. Décrire les 3 paliers antalgiques de l'OMS
7. Prescrire les mesures thérapeutiques pour traiter efficacement la douleur au cours de l'infection à VIH

Plan du chapitre

1. Définition de la douleur
2. Caractères de la douleur
3. Mécanismes de la douleur
4. Evaluation de l'intensité de la douleur
5. Médicaments de traitement de la douleur
6. Autres moyens thérapeutiques de la douleur

1. DEFINITION

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou possibles ou décrites comme si ces lésions existaient. La douleur est subjective ; chaque personne crée sa propre définition de la douleur en se basant sur sa propre expérience. Ainsi, la douleur est ce que la personne décrit comme telle, existant lorsque la personne dit qu'elle existe. « la douleur est ce que le patient décrit comme faisant mal ». (Association Internationale pour l'Etude de la Douleur AIED / IASP).

2. CARACTERES DE LA DOULEUR

On distingue deux sortes de douleurs

2.1. La douleur aiguë

C'est une douleur signal d'alarme, signe qui attire l'attention sur le territoire agressé

Elle s'accompagne d'anxiété.

Elle a un retentissement physique qui s'exprime :

- Au niveau de l'appareil locomoteur par : une attitude antalgique le patient adopte une attitude de protection de son corps; un comportement de fuite, une hyper mobilité.
- Au niveau du système neurovégétatif par: Une accélération de la fréquence cardiaque, une augmentation du débit cardiaque, une élévation de la tension artérielle, une accélération de la fréquence respiratoire, une transpiration abondante, des nausées, des tremblements fins, rapides, prédominant aux extrémités;
- Au niveau cortical, par des projections qui vont être
 - Pariétales : perception et localisation de la douleur;
 - Frontales : identification de l'influx nociceptif comme une sensation désagréable
 - Temporales: mémorisation de la douleur
- Au niveau sous cortical et limbique par :
 - Des troubles de l'humeur dominés par une anxiété massive d'autant plus accentuée que la signification du phénomène douloureux échappe au sujet
 - L'apparition de la composante émotionnelle et de la résolution psycho-affective de la sensation de douleur se transforme ainsi en souffrance.

La douleur aiguë s'exprime par des cris, des pleurs, des plaintes, une mimique douloureuse, des attitudes marquées d'appréhension physique (élévation de la tension musculaire, nerveuse) et morale).

2.2. La douleur chronique

Elle résulte d'un processus pathologique chronique ;

- Elle est d'une durée égale ou supérieure à trois mois,
- Elle n'a aucune utilité (expérience cognitive positive ou négative) et provoque le plus souvent un syndrome dépressif.
- Elle a le plus souvent un retentissement sur la vie sociale, le sommeil, la qualité de vie.
- C'est la douleur maladie

Elle s'exprime :

- Au niveau locomoteur par : un ralentissement global, l'apparition fréquente d'attitudes vicieuses
- Au niveau du système neurovégétatif par : une diminution marquée des réponses sympathiques initiales, une constipation, une anorexie
- Au niveau cortical par :
 - Une diminution de la tolérance à la douleur,

- Une tendance à affecter d'une connotation douloureuse tout autre stress physique, mental ou moral,
- Un ralentissement intellectuel (idées),
- L'apparition d'un comportement anormal vis à vis de la maladie : Le sujet douloureux chronique se laisse glisser peu à peu dans un statut d'handicapé, un rétrécissement du champ de la conscience à son seul problème douloureux auquel il va ramener toutes ses autres préoccupations
- Au niveau thymique : l'humeur est globalement et fondamentalement dépressive, à la dépression, il faut rattacher des troubles du sommeil (endormissement difficile, réveils fréquents, insomnie du petit matin), une irritabilité marquée vis à vis de lui-même et de son impotence.

La douleur chronique est caractérisée par l'absence de signes neurovégétatifs, un visage résigné, stoïque révélant la dépression et l'épuisement.

3. MECANISMES DE LA DOULEUR

3.1. Douleurs par excès de nociception

Ce sont les douleurs les plus fréquemment ressenties dans la vie quotidienne. Elles constituent un signal d'alarme utile.

En soins palliatifs ces douleurs peuvent être provoquées par l'infiltration tumorale, l'envahissement d'organe creux, d'os, la compression des vaisseaux, de la plèvre, du foie, les ulcérations, les escarres les gestes médicaux etc.

La douleur peut se présenter sous différentes allures (mécanique, inflammatoire ou mixte)

- Mécanique,
 - Déclenchée ou augmentée par l'activité physique
 - Calmée par le repos
 - Ne réveillant pas le malade la nuit
- Inflammatoire
 - Permanente
 - Prédominance nocturne
 - Non calmées par le repos
- Mixte
 - Soit douleur permanente et aggravée par l'activité physique
 - Soit douleur variable empruntant l'un ou l'autre mode

L'examen physique par la palpation ou la mobilisation de la zone douloureuse reproduit la douleur et précise l'organe atteint. La présence d'une augmentation de la température locale, d'un érythème, d'un œdème ou d'une hyperesthésie confirme une composante inflammatoire.

Quand la douleur est uniquement d'origine nociceptive, l'examen n'objective aucun déficit sensitif ou moteur dans le territoire algique. Si la douleur coexiste avec un déficit sensitif, il faut rechercher un double mécanisme ; nociceptif et neuropathique.

La topographie de la douleur correspond fréquemment à la localisation de la lésion mais dans certaines pathologies on constate une dissociation entre la topographie de la lésion et le siège de la douleur.

Les caractéristiques de la douleur ainsi que l'examen physique orientent le diagnostic et aident à déterminer les traitements étiologiques et symptomatiques : Ces caractéristiques seront toujours à confronter avec les données paracliniques éventuelles.

3.2. Douleurs neurogènes (Désafférentation) :

Les douleurs neurogènes ou neuropathiques sont secondaires à une lésion nerveuse périphérique ou centrale.

Les douleurs de désafférentation expriment qu'une structure centrale privée de ses afférences est capable d'induire une perception nociceptive (en l'absence de stimulation des nocicepteurs). Elles sont dues à une lésion ou à un dysfonctionnement du système nerveux.

Schématiquement les modifications entraînées par la section totale ou partielle d'un nerf sont de deux types :

- Une perte d'inhibition (due à la désafférentation) qui se traduit par un fond douloureux permanent.
- Une hypersensibilisation des neurones nociceptifs (due à la lésion nerveuse) qui se traduit par des décharges douloureuses fulgurantes, paroxystiques.

Ces douleurs apparaissent quelques jours à quelques semaines après la lésion, elles peuvent s'accompagner d'une perte de sensibilité aux différents modes (tact, piqure chaud froid; dans la région douloureuse c'est l'anesthésie douloureuse); d'hyperesthésie sous forme d'une allodynie (sensation douloureuse déclenchée par un stimulus généralement indolore); de troubles trophiques se manifestant par un œdème ou une chaleur locale.

Le bruit, le toucher, l'émotion entraînent une recrudescence douloureuse.

- **Les douleurs des neuropathies périphériques.**

Elles sont dues à l'atteinte d'un seul nerf (mono névrite), à l'atteinte de plusieurs nerfs dans des régions séparées (multinévrites), à l'atteinte de plusieurs nerfs dans des régions distales des membres (polynévrites).

Ces douleurs sont fréquentes, intenses, diffuses, mal définies et précoces. Exemple : Les douleurs post zostériennes :

- **Les douleurs des neuropathies par atteinte centrale**

Ces douleurs sont le plus souvent la conséquence d'une lésion du thalamus (douleurs thalamiques). La douleur est permanente à type de lourdeur, de pesanteur, de constriction en étau. Elle est souvent localisée sur un hémicorps.

- **Cas particuliers**

- **Les douleurs des membres fantômes**

La douleur du membre fantôme est une perception persistante de douleur au niveau d'un membre déjà amputé. Ces douleurs sont rebelles à la quasi-totalité des traitements antalgiques. Avec le temps, elles deviennent moins intenses et moins fréquentes.

- **La douleur rapportée**

La lésion siège au contact des voies nerveuses radiculaires, plexiques ou tronculaires et la douleur est ressentie dans le territoire d'aval ex : sciatique par compression discale avec douleur siégeant dans la jambe.

- **La douleur référée :**

La zone algique est innervée par un nerf différent de celui du siège de la lésion ex : ischémie myocardique avec douleur ressentie dans le cinquième doigt gauche.

3.3. Douleur psychogène ou sine materia

Ce sont des douleurs que les examens cliniques et para cliniques ne permettent pas de rattacher à une cause évidente.

Elles ont plusieurs points communs :

- Le territoire douloureux ne correspond à aucune topographie nerveuse
- La description de la douleur varie dans le temps
- Le malade qualifie sa douleur d'intense sans manifester d'expression douloureuse
- Le malade montre des signes d'anxiété, d'irritabilité, d'agressivité, de dépression
- L'interrogatoire peut retrouver une notion de drame affectif, de conflit socioprofessionnel ou des antécédents dépressifs.
- L'examen physique est normal

Il faut s'assurer de l'absence de maladie organique avant de conclure à une origine psychogène de la douleur

4. EVALUATION DE L'INTENSITE DE LA DOULEUR

La première démarche est de demander au patient s'il a mal ou non. S'il s'agit d'un petit enfant (moins de 3 ans) ou d'une personne non communicante, on s'appuiera sur les symptômes présents et les signes comportementaux.

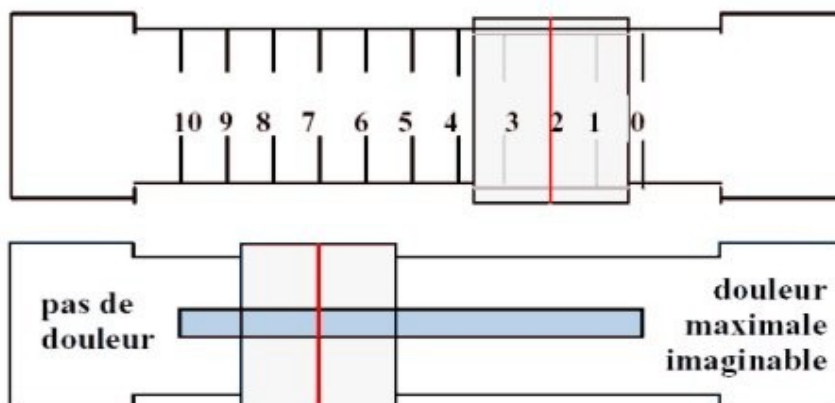
4.1. Evaluation de la douleur chez l'adulte

4.1.1. Echelles unidimensionnelles d'auto-évaluation

- **Echelle visuelle analogique : EVA**

Elle se présente sous la forme d'une règle graduée de 0 à 10 et munie d'un curseur que le patient déplace selon l'intensité qu'il donne à sa douleur. 0 = Absence de douleur 10 = douleur maximale imaginable.

- EVA = 0 = Absence de douleur
- EVA 1 à 4 = douleur de faible intensité
- EVA 5 à 7 = douleur d'intensité modérée
- EVA > 7 = Douleur intense



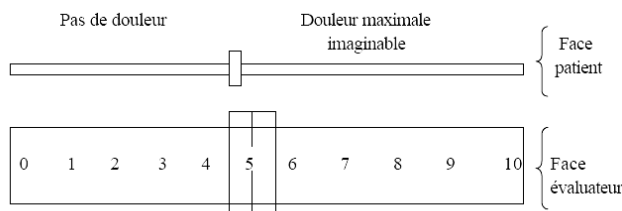


Figure 14 : Réglette EVA

- **Echelle numérique : EN**

Elle respecte le même principe que l'EVA. En lieu et place de la réglette, le patient donne un chiffre compris entre 0 et 10 correspondant à l'intensité de sa douleur. 0 = Absence de douleur 10 = douleur maximale imaginable

- **Echelle verbale simple : EVS**

Elle utilise une liste d'adjectifs évoquant une douleur d'intensité croissante : aucune (0), faible (1), modérée (2), intense (3), extrêmement intense (4). Elle est facilement compréhensible par le malade mais peu fiable.

En pratique, ces adjectifs sont souvent mal compris lorsque le sujet ne comprend pas bien ce qu'on veut, ne comprend pas la langue ou a des troubles cognitifs importants.

4.1.2. Echelles d'Hétéro évaluation

Il existe de nombreuses échelles. Quelques exemples.

- **L'échelle Doloplus 2 (en annexes)**

Elle comprend 10 items et elle est cotée de 0 à 30. La douleur est affirmée pour un score supérieur ou égal à 4.

- L'échelle de comportement douloureux chez la personne âgée (**ECPA**) (en annexes).
- Les échelles spécifiques aux enfants (module - 6 unité 1).

4.2. Evaluation de la douleur chez l'enfant

L'expression de la douleur chez l'enfant est très variable selon l'âge. Pour l'évaluer plusieurs échelles sont disponibles. On distingue les échelles avant l'âge de trois ans et celle des enfants capables d'exprimer la douleur (à partir de 5 ans).

4.2.1. Echelles d'évaluation de la douleur avant l'âge de trois ans

L'enfant ne pouvant pas s'exprimer, l'évaluation est faite par le personnel soignant ; on parle d'hétéro évaluation

Score d'Amiel Tison

Tableau XXXVIII: Score Amiel Tison

Score de douleur post opératoire Enfant de 0 à 3 mois	Nom : Date de naissance :	Date de l'examen Nom de l'examineur	
Enfant éveillé au moment de l'examen	0	1	2
1. Sommeil pendant les 30 minutes précédentes	Non	courte période $\leq$ à 5-10 minutes	Sommeil calme 10 minutes
2. Mimique douloureuse	marquée, permanente	Peu marquée intermittente	Calme et détendu
3. Qualité du cri	répétitif, aigu, douloureux	Normal, modulé	Pas de cri
4. Motricité spontanée	Agitation incessante	Agitation modérée	Motricité normale
5. Excitabilité spontanée	Trémulations, clonies, Moro Spontané	Réactivité excessive	Calme
6. Crispation des doigts, mains et pieds	Très marquée, globale	Peu marquée, dissociée	Absente
7. Sucction	Non ou quelques mouvements anarchiques	Discontinue, interrompue par les cris	Forte, rythmée pacifiante
8. Evaluation globale du tonus	Très hypertonique	Modérément hypertonique	Normal pour l'âge
9. Consolabilité	Non, après 2 minutes d'effort	Calnable après 1 minute d'effort	Calnable < 1 minute
10. Sociabilité	Absente	Difficile à obtenir	Facile, prolongée

- Comporte 10 indicateurs comportementaux et neurologiques.
- Développée initialement pour l'évaluation de la douleur post-opératoire de l'enfant âgé de 1 à 7 mois, elle mesure en grande partie le confort général de l'enfant.
- La cotation est inversée, donc un score élevé correspond à une absence de douleur.
- Cotation de 20 à 0

Échelle douleur et inconfort du nouveau-né (EDIN)

Tableau XXXIX : Echelle douleur et inconfort du nouveau-né

	PAS DE DOULEUR 0	DOULEUR MODEREE 1	DOULEUR INTENSE 2	DOULEUR TRES INTENSE 3
Visage	Détendu	Froncement des sourcils ou lèvres pincées Ou plissement du front ou tremblement du menton	Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées	Crispation permanente ou visage violacé ou visage prostré et figé
Corps	Détendu	Agitation transitaire, assez souvent calme	Agitation fréquente mais retour au calme possible	Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur ou motricité pauvre et limité
Sommeil	S'endort facilement	S'endort difficilement	Se réveille spontanément et fréquemment en dehors des soins, sommeil agité	Pas de sommeil
Relation	Sourire aux anges ou sourire réponse	Agitation fréquente Mais retour au calme possible	Contact difficile, cri à la moindre stimulation	Refuse le contact, aucune relation possible, hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation,
Réconfort	N'a pas besoin de réconfort	Se calme très rapidement lors des caresses, au son de la voie ou à la succion	Se calme difficilement	Inconsolable, succion désespérée

- Elle a été développée pour évaluer la douleur prolongée du nouveau né à terme et prématuré.
- Elle consiste en l'observation du visage, du corps, du sommeil, de la relation avec le soignant et de la possibilité de réconfort,
- Score total de 0 à 15.
- Elle évalue donc à la fois douleur, stress ou inconfort.
- Seuil de traitement : 5

Echelle de la douleur chez l'enfant Gustave Roussy (DEGR)

L'échelle comporte 10 items :

Item 1 : Position antalgique au repos

Item 2 : Manque d'expressivité

Item 3 : Protection spontanée des zones douloureuses

Item 4 : Plaintes somatiques

Item 5 : Attitude antalgique dans le mouvement

Item 6 : Désintérêt pour le monde extérieur

Item 7 : Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise

Item 8 : Localisation de zones douloureuses par l'enfant

Item 9 : Réactions à l'examen des zones douloureuses

Item 10 : Lenteur et rareté des mouvements

Echelles d'évaluation de la douleur chez l'enfant capable de s'exprimer

L'autoévaluation est possible chez l'enfant à partir de 05 ans. Elle rend l'enfant plus responsable de son corps et lui renvoie une image plus positive face au soignant.

On distingue :

- Les planches des visages
- Le dessin

Les planches des visages

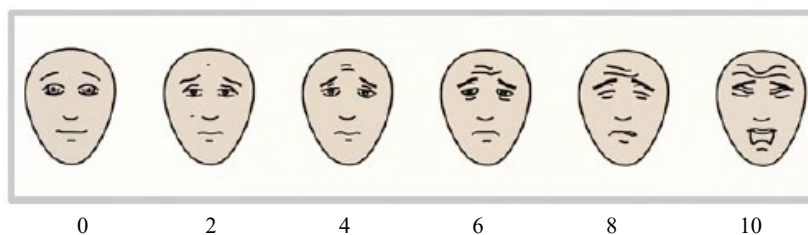


Figure 15 : Planche des visages pour les enfants

Ces visages montrent combien on peut avoir mal.

- 0 : Visage de quelqu'un qui n'a pas du tout mal
- 2-8 : Visage de quelqu'un qui a de plus en plus mal
- 10 : Visage de quelqu'un qui a très mal

Il faut expliquer à l'enfant qu'il doit s'identifier à une image sachant que :

- 2 correspond à une douleur légère
- 4 correspond à une douleur modérée
- 6 correspond à une douleur intense
- 8 ou 10 correspond à une douleur très intense

Le seuil d'intervention thérapeutique correspond à une douleur cotée à 4
Le soignant demande à l'enfant de s'identifier au visage le plus parlant pour exprimer son niveau de douleur.

Le dessin

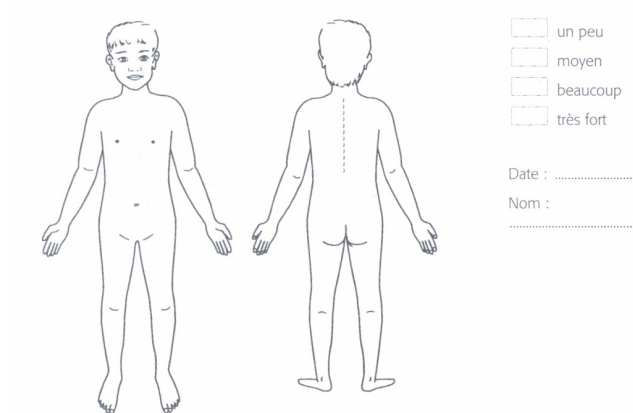


Figure 16 : Dessin de cotation de la douleur chez l'enfant

Il est demandé à l'enfant de se dessiner ou de colorier un dessin du bonhomme avec des couleurs différentes selon l'intensité de la douleur

L'Évaluation Visuelle Analogique (EVA)

C'est un outil beaucoup plus objectif ; Identique à celle utilisée chez l'adulte mais la règlette est plus gaie. Il s'agit d'une règlette double face : une face présentée à l'enfant, sans repère particulier ; une autre face, destinée au soignant, graduée de 0 à 10. (Cf. schéma).

Cotation :

- 1 à 3 correspond à une douleur légère
- 3 à 5 correspond à une douleur modérée
- 5 à 7 correspond à une douleur intense
- > 7 correspond à une douleur très intense

Seuil d'intervention thérapeutique correspond à une douleur cotée à 3 / 10

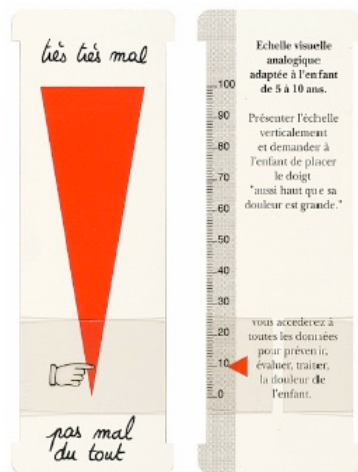


Figure 17: échelle visuelle analogique (EVA).

Les autres échelles

D'autres échelles verbales simples ou plus complexes utilisés chez l'adulte pourront l'être chez l'enfant dès que possible.

5. TRAITEMENT DE LA DOULEUR

La prise en charge de la douleur repose sur des thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses selon l'intensité (voir les paliers) et le contexte de la douleur.

5.1. Traitements médicamenteux

Les médicaments utilisés pour le traitement de la douleur comprennent :

- Les antalgiques (médicaments contre la douleur)
- Les co - antalgiques (médicaments qui bien que n'étant pas de vrais antalgiques au sens pharmacologique du terme sont capables de diminuer la douleur en agissant seuls ou en association.

5.1.1. Les antalgiques

L'OMS a publié, depuis longtemps, des échelles de la douleur avec une prise en charge par des médicaments antalgiques de plus en plus forts. Nous reproduisons cette échelle ci-dessous avec une modification apportée :

- par l'apparition de nouveaux médicaments opioïdes non morphiniques (Palier II B)
- par le problème des douleurs mal calmées par les morphiniques forts, nécessitant des techniques spécifiques d'administration.

Les paliers de l'OMS traitent essentiellement des douleurs nociceptives.

Palier OMS 1

- La douleur est en général peu intense (1 à 4 sur l'échelle visuelle analogique)
- Les médicaments utilisés sont
 - le paracétamol
 - 60 mg / kg / jour soit 15 mg / kg toutes les 6 heures, ou 10 mg / kg toutes les 4 heures.
 - Voies d'administration : orale, rectale, injectable
 - l'aspirine
 - 50 à 80 mg / kg / jour
 - Voies rectale, orale et injectable
 - les anti-inflammatoires non stéroïdiens
 - Acide niflumique (Nifluril®) 40 à 80 mg / kg / jour en deux à trois prises; dès six mois
 - Acide tiaprofénique (Surgam®) 10 mg / kg / jour en trois prises ; à partir de 3 ans.
 - Diclofénac (Voltarène®) 3 mg / kg / jour deux à trois prises ; dès 1 an
 - Ibuprofène (Advil®, Brufen®) voie orale 10 mg / kg par prise ; dès 6 mois sirop ; (15 ans pour le comprimé).
 - Naproxène (Apranax®) 10 mg / kg / jour en deux prises (enfant de plus de 25 kg ou à partir de 5 ans)

Palier OMS II (A)

- La douleur est plus intense (4 à 8 sur l'échelle visuelle analogique).
- Les médicaments utilisés sont :
 - la codeïne
 - Chez l'enfant
 - Posologie
 - de 2-5 ans : 0.2 mg / kg / toutes les 4 heures (soit 1.2 mg / kg / jour)
 - de 6 à-12 ans : 0.5 mg / kg toutes les 4 heures (soit 3 mg / kg / jour)
 - de 13-15 ans : 15 mg toutes les 4 heures
 - Médicaments disponibles
 - Algisédal® 25mg ; Codoliprane® 20 mg ; Efferalgan codéine® 30 mg
 - Dafalgan codéine® 30 mg ; Lindilane® 20 mg ; Oralgan® 25 mg ;
 - le dextropropoxyphène

Palier OMS II (B)

- Même intensité de la douleur que dans le palier II-A, mais les médicaments précédents sont peu efficaces
- Les médicaments utilisés sont :
 - le tramadol
 - la nalbuphine
 - la buprenorphine

Palier OMS III

- La douleur est d'intensité forte. Les médicaments précédents ne sont pas efficaces
- Les médicaments utilisés sont :
 - la morphine orale, injectable ou rectale
 - Chez l'enfant
 - **Orale :**
 - De 0 – 1 an : 0.15 mg/ kg toutes les 4 heures (soit 1 mg / kg / jour)
 - De 2 – 5 ans : 3 mg toutes les 4 heures (soit 18 mg / jour)
 - De 6 – 12 ans : 5 mg toutes les 4 heures (soit 30 mg / jour)
 - De 13 – 15 ans : 10 mg toutes les 4 heures (soit 60 mg / jour)
 - **Rectale :**
 - 80 microgrammes par kg ; 200- 400 microgrammes par kg entre 1 et 12 ans.
 - 10 -15 mg au-delà de 12 ans.
 - le fentanyl
 - le chlorhydrate d'hydromorphone
 - le chlorhydrate d'oxycodone.

Pour les paliers II et III, on peut ajouter des médicaments adjuvants comme par exemple des anti-inflammatoires

Palier III (dépassé)

- Ce sont les formes pour lesquelles il est indispensable d'avoir une consultation en centre spécialisée pour la prise en charge de la douleur et faisant appel à des techniques variées :
 - administration spécifique des morphiniques
 - stimulations
 - chirurgie de la douleur

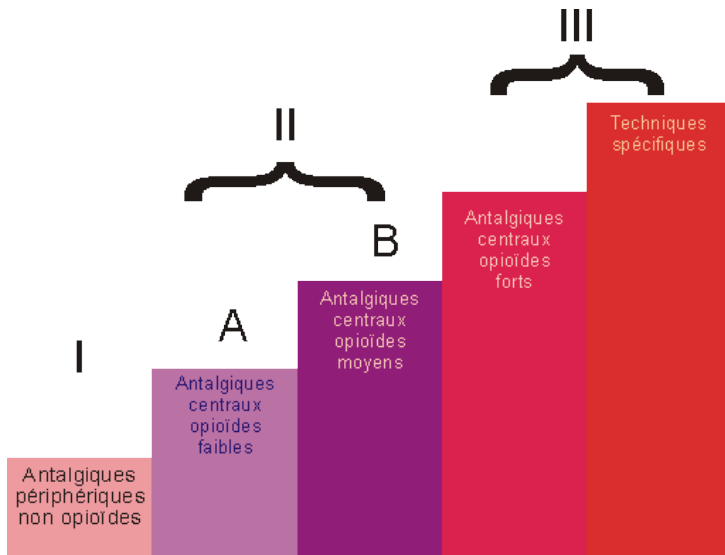


Figure 18 : Paliers de l'OMS

5.1.2. Médicaments co-antalgiques

5.1.2.1. Les antidépresseurs

Ce sont les produits de référence, utilisés en première intention dans le traitement des douleurs neurogènes, notamment des douleurs des neuropathies périphériques.

Ils agiraient en mettant en jeu la sérotonine et les endorphines; leur effet antalgique est spécifique et indépendant de leur effet thymoanaleptique. L'action antalgique se manifeste beaucoup plus rapidement (48 heures) que l'effet thymique (15 - 21 jours).

Les antidépresseurs tricycliques (Amitriptyline, clomipramine, imipramine,...) seraient les plus efficaces, à des doses moyennes de 50 à 75 mg (augmentation progressive des doses).

5.1.2.2. Les antiépileptiques (anticonvulsivants)

Leur place dans l'arsenal anti douleur est justifiée par leur efficacité sur les douleurs neuropathiques .

- **La carbamazépine (Tégrétol®),**

Cette molécule est indiquée dans la prise en charge des douleurs neuropathiques avec accès paroxystiques (composante fulgurante)

Posologie : CP : LI = 200mg, 400 mg et LP = 200 - 400 mg. Commencer à 200 mg augmenter de 200mg tous les 2 à 5 jours pour atteindre la dose optimale qui se situe autour de 800 mg à 1200 mg.

- **Le Clonazepam (Rivotril®)**

Posologie moyenne chez l'adulte : 1/4 CP à 2 mg ou 5 gttes matin et midi 1/2 cp à 1 cp ou 10 à 20 gttes le soir on augmente si nécessaire sans dépasser 5 cp / J (1 gtte= 0,1 mg ; 1 cp = 20 gttes)

- **La diphenylhydantoïne** (Dihydan[®])

Posologie moyenne : Cp dosé à 100 mg. : 200 à 600 mg/ Jour

5.1.2.3. Les myorelaxants

Globalement bien tolérés, mise à part une somnolence induite, les myorelaxants agissent en diminuant les réflexes médullaires polysynaptiques qui génèrent des contractions musculaires réflexes souvent douloureuses. Généralement leur prescription est de courte durée et jamais de manière systématique.

Tableau XL: Les myorelaxants utilisés dans le traitement de la douleur

MOLECULES	PRESENTATION	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE INDICATIONS
Diazepam (valium®)	Cp: 2 mg, 5 mg ,10 mg Sol buvable 1 ml = 10 mg = 30 gouttes Ampoule Injectable 2 ml= 10 mg	2, 5 ou 10 mg le soir	Somnolence asthénie, hypotonie musculaire, amnésie antérograde, dépendance, syndrome de sevrage	Insuffisance respiratoire et hépatique sévères, hypersensibilité aux benzodiazépines, myasthénie, alcool, femmes allaitantes
tétrazépam, (Myolastan®);	Cp sécable: 50 mg	Débuter par 1 cp le soir au coucher ; Augmenter d'1/2 cp / j pour atteindre 100 mg (2 cp.) Répartir dans la journée avec prise + forte le soir	Sensations ébrieuses, somnolence, sujet agé ++ hypotonie musculaire, irritabilité, dépendance	Hypersensibilité aux benzodiazépines, Insuffisance respiratoire et hépatique sévères, myasthénie, alcool, grossesse et femmes allaitantes
Méphénésine (Décontractyl®)	Cp 250 mg, 500 mg	250 mg 2 à 4 cp 3 fs / j 500 mg 1 à 2 3 fs / j	Nausée vomissement Choc anaphylactique, allergie cutanée	Hypersensibilité au produit; porphyrie, grossesse et femmes allaitantes
thiocolchicoside (coltramy®)	Cp : 4 mg Amp inj : 2 ml = 4 mg	2 cp x 2 / j 1 amp x 2 / j	Troubles digestifs, excitation, obnubilation passagère, allergie cutanée	Hypersensibilité au produit; troubles de l'hémostase gross et allaitante
baclofène (lioresal®)	Cp sécable 10 mg	5 mg 3 fs / j augmenter tous les 3 j de 5 mg x 3 / j dose quotidienne= 30 à 75 mg /j en 3 prises	Somnolence, dépression respiratoire, hypotonie musculaire, abaissement du seuil épileptogène, troubles cardiovasculaires, digestifs, urogénitaux, cutanés,	Hypersensib au prod; grossesse et femmes allaitantes
dantrolène (dantrium®)	Gélule 25 mg, 100 mg inj 20 mg / 70 ml	Début 25 mg / j ; Augmenter progressivement par fraction de 25 mg chaque palier maintenu qq j Dose maxi = 400 mg / j	Hépatotoxicité dose dépendante	Insuffisance hépato cellulaire grave

5.1.2.4. Les anxiolytiques

Dénués d'activité antalgique, ils sont néanmoins utiles pour traiter des effets indirects de la douleur. Leur effet amnésiant peut être bénéfique en soins palliatifs.

5.1.2.5. Les corticoïdes

Ils ont une activité anti inflammatoire : Ils réduisent l'œdème et l'inflammation péri tumorale et par conséquent la compression exercée sur les structures voisines ; leur action anti inflammatoire est moins efficace que celle des AINS sur la douleur osseuse; ils stimulent l'appétit et produisent une impression de bien être , parfois d'euphorie.

Tableau XLI: Corticoïdes utilisés dans le traitement de la douleur

Molécules (DCI)	Spécialité	Pouvoir anti inflammatoire	D.A.E. (*)	Demi-vie biologique : effet anti-inflammatoire (heures)	Demi-vie plasmatique (heures)
Prednisone et prednisolone	Cortancy [®] Solupred [®]	1	20mg	8 à 12	2,5 à 3,5
		4	5mg	18 à 36	
Methylprednisolone	Solumédrol [®]	5	4mg	18 à 36	3,3
Dexamethasone	Soludécadron [®]	30	0,75mg	36 à 54	>5
Betamethasone	Celestene [®]	25	0,75mg	36 à 54	5

(*) D.A.E. = Doses anti inflammatoires équivalentes

5.1.2.6. Les antispasmodiques

Indiqués dans les coliques hépatiques et les coliques néphrétiques, dans les douleurs spasmodiques digestives, urinaires ou utérines, les antispasmodiques se divisent en deux grandes classes pharmacologiques.

- **Les antispasmodiques musculotropes**, dénués de propriétés anticholinergiques, agissent directement sur les fibres musculaires lisses. On citera le phloroglucinol, (Spasfon[®]); la trimébutine (Débridat[®])
- **Les antispasmodiques anticholinergiques**. Ils agissent en antagonisant les effets muscariniques de l'acétylcholine, entraînant un effet antispasmodique sur les fibres musculaires lisses. On citera la butylhyoscine, (Bucospan[®]); la dihexyvérine, (Spasmodex[®])

Tableau XLII: Antispasmodiques utilisés dans le traitement de la douleur

LES ANTISPASMODIQUES MUSCULOTROPES				
MOLECULES	PRESENTATION	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS
Phloroglucinol, (Spasfon®);	Cp 80 mg suppo150 mg amp inj 40 mg / 4 ml	à 6 cp / j 3 suppo / j 40- 120 mg / j im ou iv	cutanés allergiques	Hyper sensibilité au produit
Trimébutine, (Débridat®)	Cp, suppo. 100 mg susp buv 24mg/5 ml granule 74,4 mg /sachet, amp inj 50 mg /5 ml	100- 300mg susp buv 15 ml x 3 / j 1 sachet 3 fs /j 1 à 2 suppo / j	cutanés allergiques lipothymies	Phénylcétonurie galactosémie
LES ANTISPASMODIQUES ANTICHOLINERGIQUES				
MOLECULES	PRESENTATION	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS
Bromure de N-butylhyoscine, (Bucospan®)	Cp, suppo:10 mg Amp inj 20 mg / ml	30 - 60 mg 20 - 60 mg	Sécheresse buccale, épaissement sécrétion bronchique, tachycardie, palpitations, constipation, rétention urinaire, confusion mentale chez sujet âgé	Troubles urétro-prostatique, rétention urinaire, risque de glaucome par fermeture de l'angle
Dihexyvérine, (Spasmodex®)...	Cp 10 mg suppo 50 mg amp inj 10 mg / 2 ml	1 à 2 cp 2 à 3 fs / j 1 à 3 suppo / j1 à 3 amp / j im	Hypertrophie prostatique, insuffisance rénale, hépatique , coronarienne iléus paralytique, bronchite chronique	Glaucome rétention urinaire femme allaitante

5.1.2.7. Les biphosphonates

Leurs indications sont les douleurs osseuses métastatiques et l'hypercalcémie néoplasique.

Tableau XLIII: Biphosphonates

DCI	Nom commercial	Forme pharmaceutique
Clodronate	Clastoban®	Solution injectable dosé à 300 mg/5 ml Gélules à 40 mg
	Bondronat®	Solution injectable, Comprimés
	Lytos®	Cp pelliculé à 520 mg Solution injectable pour perfusion dosé 300 mg/10 ml
Etidronate	Didrone1®	Comprimés à 200 mg et 400 mg
Pamidronate	Aredia®	Lyophilisat et solution pour perfusion dosés à 15 mg/5 ml, 60 mg/10ml et 90 mg/10ml
Zolédronate	Zométa®	Poudre et solvant pour perfusion à 4mg

5.1.3. Autres médicaments co-antalgiques

5.1.3.1. Les anesthésiques:

Les anesthésiques locaux non injectables sont les seuls utilisés en soins palliatifs.

La xylocaïne en spray ou en gel est indiquée à titre préventif avant un geste endoscopique ou dans le traitement symptomatique de certains états douloureux par l'anesthésie de surface qu'elle entraîne (stomatites, gingivites...). Exemples d'anesthésiques locaux : Crème EMLA ; Mélange Equimolaire Oxygène- Protoxyde d'Azote (MEOPA)

Les anesthésiques généraux :

Ils peuvent être utilisés pour certains traitement très douloureux : Exemple la Kétamine.

5. 2. Thérapeutiques non médicamenteuses

Elles sont variées :

5.2.1. Méthodes physiques

Ces méthodes physiques comprennent :

- des techniques de masso-kinésithérapie
- des agents physiques naturels : eau, chaleur, froid
- le courant électrique et des produits dérivés de l'électricité

5.2.1.1 Massages

Il s'agit de différentes techniques de massage (effleurage, pression, friction, percussion, vibration). Ils ont un effet direct (extinction temporaire des récepteurs superficiels à la douleur, épuisement synaptique des récepteurs périphériques, effet « gate control ») ou indirect sur la douleur (par exemple la levée d'une contracture musculaire interrompant ainsi le cercle vicieux douleur – contracture – douleur ; effet psychologique de relaxation).

5.2.1.2 Agents physiques naturels

- **Thermothérapie :**

Elle consiste en l'utilisation de chaleur sous différentes formes pour traiter la douleur

- rayonnement lumineux (lampes à infrarouges)
- eau chaude (30 à 36°C)
- hot packs : gelée ou compresses réchauffées par immersion dans l'eau chaude ou dans une cuve spéciale
- fangothérapie : utilisation thérapeutique de boues volcaniques ou végétales dans le but de soulager la douleur (fango = boue)
- Paraffine : 62 à 65°C et parafangothérapie : mélange de fange et de paraffine (t° de $\pm 47^\circ$ à $\pm 52^\circ$ C).

Ses Indications sont :

- Les douleurs post traumatiques,
- Les douleurs en rhumatologie (douleurs non inflammatoires),
- les contractures musculaires douloureuses.

Ses contre-indications sont :

- Etats inflammatoires aigus
- Troubles de la sensibilité
- Lésions dermatologiques
- Processus néoplasiques
- Situations à risque hémorragique (hémophilie, fragilité capillaire, traitement anticoagulant)

La durée d'application moyenne d'une séance de thermothérapie : 15 à 20 mn

- **Cryothérapie :**

C'est l'utilisation du froid à des fins thérapeutiques sous forme de :

- vessie de glace ou glace utilisée directement ou emballée dans un linge
- cold Pack (gelée réfrigérée)
- mélange eau + glace (3/4 volume d'eau + 1/4 volume glace)
- sprays réfrigérants à base de liquide volatil : "bombe magique" (Fluorométhane, Nitrate d'Ammonium, Chlorure de Méthyle, Acide carbonique neigeux)

Indications : douleurs et œdème post traumatiques, douleurs en rhumatologie (douleurs inflammatoires).

Contre indications :

- Troubles de la sensibilité
- Troubles circulatoires (artériopathies, syndrome de Raynaud)
- Hypersensibilité au froid
- Processus néoplasiques

Durée moyenne d'application : 20 à 30 mn (3 à 4x/jour) à adapter selon la tolérance individuelle.

- **Crénothérapie** (eaux et boues thermales : cures thermales)
- **Thalassothérapie** (produits marins : eau de mer, climat marin, etc.)

5.2.1.3. Electricité et dérivés

- **Courants électriques**

L'électrothérapie antalgique fait appel à 2 types de courants :

- **Le courant continu ou galvanique** qui permet surtout de faire pénétrer des substances chimiques, notamment des AINS (Phénylbutazone, Kétoprofène, Diclofenac) sous forme de gel ou de solutions dans les tissus (ionisation ou ionophorèse ou diélectrolyse médicamenteuse). Indications : douleurs articulaires (état inflammatoire), tendinites en général
- **Le courant à l'état variable ou alternatif** qui présente plusieurs modalités de stimulation selon la fréquence utilisée. Nous citerons à titre d'exemple:
 - **la neurostimulation transcutanée de type conventionnel ou TENS** (Transdermal Electro-Neuro-Stimulation) : courant de basse fréquence (70-100 Hz) agissant par stimulation des fibres sensitives de gros calibres (A β) exerçant une inhibition du message nociceptif au niveau de la moelle (renforcement de l'effet "gate control"); la stimulation est ressentie comme un fourmillement. Indications : douleurs aiguës et localisées (phénomènes inflammatoires, traumatologie fraîche, douleurs neurologiques, etc.)
 - **la stimulation transcutanée électro-acupuncturale** : courant de très basse fréquence (1-5 Hz) agissant par libération intra-thécale d'endorphines (stimulation des fibres A δ et C); la stimulation entraîne en général une légère contraction musculaire ; son effet antalgique est retardée d'une vingtaine de minutes mais sa durée est prolongée de plusieurs heures après l'arrêt de la stimulation.
- **Indications** : douleurs chroniques et diffuses (lombalgies et lombosciatiques chroniques, arthroses, Névralgies cervico-brachiales, séquelles traumatiques, etc.)
- **La miniaturisation des générateurs**, sous forme d'un petit boîtier pouvant être fixé à la ceinture ou placé dans une poche, permet de délivrer ces stimulations de façon ambulatoire, permettant ainsi des traitements plus longs (stimulations de plusieurs heures) et à domicile.
- **Ondes électromagnétiques** :

Elles sont le produit de la combinaison d'un champ électrique et d'un champ magnétique.

- **Les rayonnements infrarouges**

Leur utilisation est très répandue. Ils ont une action superficielle et brève. Leurs indications sont représentées essentiellement par les contractures musculaires, les douleurs rachidiennes et les séquelles traumatiques douloureuses sans risque hémorragique.

- **Les ondes courtes et les ondes centimétriques**

Elles permettent une action antalgique plus en profondeur, surtout au niveau musculaire et articulaire. Elles sont indiquées dans les incidents musculaires sans lésion anatomique (myalgies,

courbatures, crampes, fatigue musculaire), les séquelles fibreuses de lésions musculaires, l'arthrose, les raideurs articulaires et les rétractions musculo- tendineuses.

- **Les ondes mécaniques**

Ce sont des vibrations qui engendrent des ondes mécaniques longitudinales. En fonction de la fréquence de vibration, on distingue :

- les vibrations sonores (audibles pour l'oreille humaine) : 20 Hz à 20 000 Hz
- les infrasons (inaudibles pour l'oreille humaine) : < 20 Hz
- les ultrasons (inaudibles pour l'oreille humaine) : > 20 000 Hz.

Comme thérapeutiques antalgiques, seront utilisés essentiellement les ultrasons et les infrasons.

- **Les ultrasons**

Ils ont une action antalgique, fibrolytique et cicatrisante. Ils sont principalement indiqués dans le traitement des tendinopathies, des séquelles fibreuses et douloureuses des lésions ligamentaires et musculaires et les cicatrices fibreuses et douloureuses.

- **Les infrasons ou vibrations infrasonores**

Leur action antalgique est utilisée dans le traitement des troubles de la sensibilité (dysesthésies, névrome douloureux) dans le cadre d'une désensibilisation.

- **Contre-indications générales de l'électrothérapie**

- pathologies évolutives ou aiguës : phlébites, foyers tumoraux ou infectieux
- région abdominale chez la femme enceinte
- pacemaker
- zones anesthésiques ou hypoesthésiques
- lésions cutanées
- pièces métalliques incluses dans les environs de la zone traitée (ex : agrafes, pièces d'ostéosynthèse, prothèses, stérilets en cuivre, etc.) **uniquement pour les courants continus !**

5.1.4. *Les autres méthodes*

- **Nursing et soins de confort** : toucher, caresses, installation confortable
- **Assistance psychologique, émotionnelle, sociale et spirituelle** : la douleur peut être plus difficile à supporter si elle s'accompagne de culpabilité, de peur de la mort, de solitude, d'anxiété, de dépression. Le soignant doit répondre aux questions, expliquer ce qui se passe car cela est important pour calmer la peur et l'anxiété.
- **Méthodes cognitives** : distraction, radio, télévision, musique, relaxation
- **Médecines alternatives** (mésothérapie, acupuncture, hypnose...)

Tableau XLIV: Diverses techniques utilisées pour calmer une douleur en fonction du stade de développement de l'enfant

AGE	Méthodes physiques	Distractions comportementales	Distractions imaginaires
< 2 ans	Bercement, portage, contact enveloppant, caresses, tapotements, massage	Succion (sucette)	
2-4 ans	Bercement, contact physique, câlin, application de froid ou de chaud	Souffler des bulles ; Démonstration du soin, jouer à faire semblant après le soin, Audition de musique	
4-7 ans	Caresses, câlins ; respiration ; massage. Application de froid ou de chaud	Livres ou jouets attrayants ; Jouer à faire semblant avant et après le soin, démonstration du soin, audition de musique, souffler des bulles	Raconter une histoire favorite
7-12 ans	Relaxation, respiration, caresse, câlins Application de froid ou de chaud, massage	Livres ou jouets attrayants Démonstration et répétition du soin Audition de musique, Souffler des bulles	Evasion vers une scène imaginaire
> 12 ans	Relaxation, respiration. Application de froid ou de chaud, massage	Jeux vidéo Démonstration du soin Audition de musique (baladeur)	Evasion vers une scène imaginaire

CONCLUSION

- La douleur n'est pas seulement une expérience sensorielle (sensation), mais elle est aussi une expérience affective avec une note émotionnelle désagréable.
- Il existe trois mécanismes de la douleur : douleur par excès de nociception, douleur par lésions nerveuses (neurogène) et douleur par troubles psychiques (psychogène)
- L'évaluation de la douleur permet de mieux la traiter.
- Les médicaments antalgiques sont classés en 3 paliers selon l'OMS
- Le passage d'un pallier à l'autre se fera en fonction de l'évolution de la douleur et du degré de soulagement du malade.
- On veillera en particulier, avant de changer de niveau, à ce que la posologie soit adaptée et que les co-analgésiques éventuellement nécessaires aient été prescrits.

Chapitre 3 : Prise en charge des autres symptômes pénibles

Introduction

Un grand nombre de symptômes peuvent être perçus comme une simple gêne ou au contraire être la source d'inconfort majeur. Ils atteignent un grand nombre de personnes vivant avec le VIH.

Il importe de les reconnaître, d'en traiter la cause chaque fois que cela est possible ou à défaut instituer un traitement étiologique pour soulager le patient.

Objectifs éducationnels

1. Evaluer le symptôme présenté par le malade
2. Prescrire le traitement symptomatique requis.

Plan du chapitre

1. Prise en charge des symptômes respiratoires
2. Prise en charge des symptômes digestifs
3. Prise en charge des symptômes cutanés
4. Prise en charge des symptômes neuropsychiques

1. PRISE EN CHARGE DES SYMPTOMES RESPIRATOIRES

1.1. la toux

La toux est une expulsion forcée et bruyante d'air à travers la glotte rétrécie, due le plus souvent à une irritation des muqueuses des voies respiratoires.

1.1.1. Causes

- Les causes liées à la maladie: Infections (voies respiratoires supérieures et inférieures), Cancers (broncho-pulmonaire, plèvre, péricarde...), Reflux gastro-oesophagien, , , etc...
- Les causes liées au traitement : Chimiothérapie, Radiothérapie, etc...
- Les autres causes : Asthme, Corps étranger, Fausse route, etc...

1.1.2. Conduite à tenir

- **D'abord évaluer** la toux pour faire la part entre :
 - La toux grasse chez un patient capable de tousser efficacement
 - La toux grasse chez un patient faible et incapable de tousser efficacement
 - La toux sèche
- **Instituer un traitement symptomatique.**
 - **Mesures non médicamenteuses**
 - solution saline 2 à 5 % en nébulisation (aide à humidifier une gorge sèche)
 - kinésithérapie respiratoire : exercices respiratoires, drainage postural redressement du patient chaque fois que possible.
 - aspiration
 - **Traitement médicamenteux**
 - lénitifs : sirop adoucissant ; (forme une barrière protégeant les récepteurs sensoriels du pharynx)
 - opioïdes : agissent sur les récepteurs centraux
 - Codéine, Morphine
 - Nb : si patient reçoit déjà des opioïdes il faut augmenter les doses pour combattre la toux.
 - anesthésiques locaux : sous forme de pastilles ou par nébulisation
 - broncho-dilatateurs (lèvent le spasme) : Salbutamol, Théophylline, Bromure d'Ipratropium
 - corticostéroïdes (surtout pour les toux dues à une compression d'une bronche) : Prednisone, etc...
- **Puis entreprendre un traitement étiologique**

1.1.3. Attitudes et gestes à éviter

- donner des fluidifiants en phase terminale
- Pratiquer des percussions et vibrations thoraciques

1.2. La dyspnée

La dyspnée est une conscience désagréable de la respiration ; le malade parle de manque d'air, d'étouffement ou de difficulté à respirer.

1.2.1. Causes

- **Causes liées à la maladie:** douleur, anémie, embolie pulmonaire, pneumothorax, pneumonie, distension abdominale (ascite massive, hépatomégalie massive), métastases pulmonaires, pleurales et péricardiques obstruction des bronches due aux cancers, etc.
- **Causes liées au traitement :** fibrose due à la chimiothérapie, fibrose due à la radiothérapie, etc.
- **Autres causes :** asthme, maladies respiratoires chroniques, insuffisance ventriculaire gauche, hyperthyroïdie, inhalation de corps étranger, fausse route, etc.

1.2.2. Manifestations cliniques

- un accès de panique respiratoire
- un « râle d'agonie » :
- une tachypnée bruyante

1.2.3. Conduite à tenir

- **D'abord évaluer et rechercher la cause de la dyspnée.**
 - **Faire un Interrogatoire**
 - le patient est-il anxieux ?
 - l'effort aggrave t-il la dyspnée ?
 - la dyspnée a t'elle débuté soudainement ?
 - la dyspnée est-elle épisodique ?
 - **Faire un examen physique**
 - Mesurer la fréquence respiratoire
 - Rechercher des signes de détresse respiratoire (cyanose des extrémités et des muqueuses, tirage sus et intercostal, battement des ailes du nez, transpiration, etc)
 - Faire une auscultation pulmonaire (murmure vésiculaire, râles)
 - Respecter la position antalgique du malade en cours d'examen
 - Rechercher des signes d'augmentation de la pression veineuse
- **Traiter le malade**
 - **Traitement non médicamenteux**
 - veiller au confort du malade
 - position demi assise ou assise
 - aération de la chambre
 - confort vestimentaire
 - éponger le malade d'un linge imbibé d'eau
 - hydratation suffisante et régulière
 - créer un climat calme
 - privilégier la chambre seule
 - éviter un éclairage trop violent
 - limiter le nombre de personnes présentes
 - rassurer le patient et l'entourage
 - essayer d'être soi-même calme
 - expliquer ce qui se passe, ce que l'on fait, ce qu'on attend.
 - éviter l'acharnement relationnel
 - ne pas trop parler

- faire des exercices respiratoires au malade (expiration lèvres serrées)

- **Traitements médicamenteux**

- **Broncho-dilatateurs** en cas de bronchospasme :
 - Salbutamol 90-180 µg toutes les 4-6 heures en nébulisation
 - Aminophylline : 100 mg toutes les 8 heures en sous cutanée et en nébulisation
- **Corticostéroïdes** en cas de compression bronchique causée par une tumeur surtout :
 - Méthyl Prednisolone 120 à 240 mg par jour voie IV ;
 - Dexaméthasone 4 -8 mg une fois par jour en IM

- **Médicaments sédatifs**

- Opioides en cas de dyspnée intermittente ou persistante :
 - morphine 5-6 mg toutes les 4 heures par voie orale ; si le patient est déjà sous morphine, augmenter la dose de 25 % au début

NB : ces médicaments ont un effet dépresseur sur les centres respiratoires

- **Traitement de la douleur**

- Il est important de traiter la douleur car elle peut limiter l'ampliation thoracique, ce qui contribue à la dyspnée.

- **Oxygène**

- Utilisé chez les sujets sévèrement dyspnéiques en particulier ceux qui le sont au repos.
- Apport d'oxygène à 100% à raison de 4 litres/ min par sonde nasale ou par masque. L'oxygène ne doit être poursuivi que s'il procure un bénéfice manifeste.

1.3. Le hoquet

Le hoquet est un réflexe mettant en cause un spasme des muscles intercostaux et du diaphragme provoquant une inspiration soudaine contre une glotte fermée.

1.3.1. Causes

:

- un envahissement tumoral des structures médiastinales, diaphragmatiques, pleurales
- une distension gastrique (cause la plus importante surtout chez les patients ayant un cancer avancé par retard d'évacuation de l'estomac)
- des désordres métaboliques, insuffisance rénale ou hépatique, etc...

1.3.2. Conduite à tenir

- **Faire une évaluation du hoquet**
 - Apprécier le caractère douloureux ou non du hoquet
 - Apprécier le caractère persistant ou non du hoquet.
- **Traiter**

- **Traitement non médicamenteux**

Il n'est efficace qu'en cas de hoquet simple.

- Méthodes agissant par stimulation pharyngée
 - faire boire de l'eau froide

- faire ingérer rapidement deux cuillerées de 5 ml de sucre cristallisé
- masser le voile du palais mou avec un tampon de coton
- manœuvre de VASALVA : expiration forcée sur glotte fermée
- Méthodes agissant par augmentation du dioxyde de carbone dans le sang
 - Retenir la respiration
 - Respirer dans un sac de papier
- **Traitement médicamenteux**
 - Il est utilisé en cas de hoquet douloureux et/ou persistant.
 - En première intention :
 - Métoclopramide (Primpéran®) 2 ampoules IV SC ou IM
 - Halopéridol (Haldol*) 2,5 mg en IV SC ou IM ; renouvelable
 - La chlorpromazine (Largactil®) 25 mg en IM renouvelable
 - En cas d'échec on peut avoir recours au Baclofène (Lioréal®) demi comprimé toutes les 8 heures

1.4. L'hémoptysie

C'est l'émission de sang rouge vif spumeux par la bouche provenant des voies aériennes sous glottiques au cours d'un effort de toux.

Elle est traumatisante pour le malade et pour l'entourage.

1.4.1. Causes

En soins palliatifs, les 2 principales causes d'hémoptysie sont :

- Les cancers broncho-pulmonaires
- La tuberculose

1.4.2. Conduite à tenir

- **Evaluer :**
 - Son abondance
 - Son retentissement sur l'équilibre hémodynamique (recherche de la survenue d'un état de choc par la tension artérielle et le pouls)
 - L'existence d'une anémie.
- **Traiter (le traitement est essentiellement médicamenteux)**
- Repos strict
 - En cas de saignement de faible quantité :
 - Transfusion sanguine en cas d'anémie décompensée
 - Antitussif d'action centrale
 - hémostatiques : acide tranexamique : Exacyl* solution buvable 1 g / 10 ml 4 g par 24 heures
 - sédation
 - En cas de saignement de grande quantité
 - Hospitaliser le malade
 - si fin de vie, sédation par Midazolam : Hypnovel* en sublingual ou parentérale IV SC
 - si ce n'est pas un contexte de fin de vie : Exacyl* 3g / 24 heures ;

- Terlipressine = glypressine 2mg IVL puis 1 mg/ 24 heures à renouveler : Surveillance d'une poussée HTA, risque coronarien.
- Instillation locale de sérum adrénalinée 10 ml de sérum physiologique plus 0,25 mg d'adrénaline.
- Cryothérapie

2. PRISE ENCHARGE DES SYMPTOMES DIGESTIFS

2.1. La dysphagie

Une dysphagie est la difficulté de manger, d'avaler avec sensation de gêne ou d'arrêt du transit douloureux ou non. Elle s'accompagne éventuellement de fausses routes lors de la déglutition des aliments, des liquides, de la salive et d'instruments.

2.1.1. Causes

La dysphagie peut être :

- secondaire à la pathologie : cancer des voies aérodigestives supérieures, candidose oropharyngée, maladies neurologiques évolutives
- iatrogène : mucite chimio ou radio- induite, chirurgie ORL, traitements endocanalaux, traitements médicamenteux responsables d'une sécheresse buccale (opioïdes, neuroleptiques, anticholinergiques, Métoprolol, Dompéridone)
- fonctionnelle : spasme oesophagien

2.1.2. Conduite à tenir

- **Examiner la cavité buccale**
- **Faire un traitement non médicamenteux**
 - Donner des aliments à texture pâteuse ou gélifiée
 - Donner des aliments froids
 - Faire prendre les repas en position assise
 - Maintenir la tête du malade en position fléchie
 - Surveiller le malade durant le repas
 - Entretenir une atmosphère calme en laissant au patient le temps de manger
 - Faire une rééducation de la déglutition
- **Faire un traitement médicamenteux**
 - Faire le traitement de la cause si possible (ex : traitement de la candidose)
 - Administrer un traitement antibiotique en cas d'infection
 - Soulager la douleur liée à la déglutition
 - Anti inflammatoire non stéroïdien
 - Anesthésiques locaux avant les repas : Lidocaïne
 - Sucrafalte en suspension buvable (mucite infectieuse radio ou chimio-induite)
 - En cas d'obstruction du carrefour aéro-digestif
 - Corticoïdes à fortes doses : Prednisolone, Dexaméthasone
- **Faire une alimentation artificielle (entérale)**
 - Intérêt évalué en fonction de l'état du patient
 - Elle est source d'inconfort ou mal tolérée

- **Si on décide de ne pas alimenter – expliquer à la famille**

- **Traitement mécanique**
 - Dilatation endoscopique
 - Pose d'une endoprothèse œsophagienne
 - Désobstruction au laser

2.2. Les nausées et vomissement

2.2.1. Causes

En soins palliatifs, les vomissements relèvent principalement des causes suivantes :

- **médicamenteuses** : ARV, opiacés, AINS, antibiotiques, fer, digoxine
- **digestives** : stase gastrique, occlusion intestinale (cancer estomac, pancréas, grêle, colon), irritation du pharynx : candidose, difficultés à expectorer
- **métaboliques** : hypercalcémie, insuffisance rénale/hépatique
- **toxiques** : radiothérapie, chimiothérapie, infection, syndrome paranéoplasique
- **maladies neurologiques** : hypertension intra crânienne et syndrome méningé : métastases cérébrales, méningite carcinomateuse
- **psychologique** : anxiété

2.2.2. Conduite à tenir

- **Evaluer :**
 - Les causes et mécanismes
 - déterminer les caractères du vomissement (en jet, sans effort, avec effort, / aspect alimentaire, bilieux, fécaloïde, etc.)
 - déterminer les circonstances du vomissement (le matin au réveil, après des maux de tête, après les repas, après changement de position, après une quinte de toux, vomissement associé à des vertiges, etc.)
 - vérifier les effets secondaires des médicaments
 - examiner la cavité buccale et la gorge (pharynx)
 - examiner l'abdomen : ballonnement, douleur à la palpation, etc.
 - examens biologiques appréciant la fonction rénale (urée, créatinine), recherchant des troubles métaboliques (dosage de la calcémie, ionogramme sanguin)
 - radiographie de l'abdomen (recherche de signes d'occlusion intestinale) et échographie (recherche d'une anomalie d'un organe abdominal)
 - Le retentissement sur l'état du malade :
 - fausses routes et pneumopathies de déglutition
 - déshydratation
 - hémorragie digestive haute
 - retentissement sur l'humeur du malade (anxiété) et de ses proches
 - retentissement nutritionnel
 - gêne à la prise des médicaments par voie orale

- **Traiter**

- **Moyens non médicamenteux**

- mettre le malade en position semi assise ou assise ou en position latérale
 - éviter les odeurs fortes de cuisine ou des plats
 - éviter les mauvaises odeurs : aération de la chambre, faire des soins de bouche réguliers
 - adapter les repas : petites quantités, alimentation fractionnée avec des collations, plats bien présentés
 - préférer les aliments froids ou à température ambiante
 - éviter les aliments épicés, trop riches ou trop sucrés.
 - ne pas faire de l'alimentation une obsession
 - proposer des boissons selon le goût du malade et en petites quantités : eau, jus de fruit ou thé, boisson au gingembre
 - éviter de boire pendant les repas

- **Moyens médicamenteux**

- **De façon générale**, les anti-émétiques suivants pourront être prescrits :
 - Dompéridone (Motilium® 10 à 20 mg x 3/jour per os)
 - Métoclopramide (Primpéran® 10 mg x 4/jour per os ou 40 à 100 mg/24 h en s/c. continue)
 - Halopéridol (Haldol® 0.5 à 2 mg par prise per os 2 à 3 fois /jour ou 5 mg/24 h en s/c. continue)
 - **Si l'étiologie du vomissement est identifiée**, le choix de l'anti-émétique peut être plus spécifique
 - **Origine digestive** (et particulièrement avec stase gastrique):
 - Dompéridone
 - Métoclopramide
 - Anti H2 (Cimétidine : Tagamet®), Inhibiteur de la pompe à protons (Oméprazole : Mopral®)
 - Sonde nasogastrique de préférence souple
 - **Origine centrale** (troubles métaboliques, insuffisance rénale, opioïdes, chimiothérapie anti-cancéreuse, radiothérapie) :
 - Métoclopramide
 - Halopéridol
 - Antihistaminiques : Nautamine, Phénergan
 - Anticholinergiques : Buscopan, Scopolamine
 - Antagonistes des récepteurs 5HT3 : Ondansétron (Zophren®), Granisetron (Kytril®) surtout pour les vomissements liés à la chimiothérapie et à la radiothérapie : l'utilisation de ces produits est limitée par leur coût très élevé.
 - **En cas d'anxiété** :
 - Benzodiazépines : Lorazepam (Temesta®), Bromazepam (Lexomil®)
 - En cas d'échec des médicaments sus-cités, on aura recours à la Levomépromazine (Nozinan®).

2.3. L'ictère

L'ictère est la coloration jaune des muqueuses et des téguments. La présence d'un ictère chez un patient en phase terminale est souvent considérée comme un élément pronostique **très** péjoratif. L'ictère est par ailleurs souvent vécu par le patient, sa famille et ses amis comme un signe de gravité de la maladie.

2.3.1. Causes

- Les causes hépatiques: cirrhoses, tumeurs primitives du foie ou métastases hépatiques.
- Les causes extra-hépatiques : cancer du pancréas, cancers des voies biliaires, métastases ganglionnaires lymphatiques comprimant les voies biliaires.
- Les hépatites médicamenteuses : érythromycine, amoxicilline-acide clavulanique, isoniazide, prochlorpromazine, chlorpromazine, effet toxique de nombreuses chimiothérapies....

2.3.1. Conduite à tenir

- Apprécier la fonction hépatique : transaminases
- Arrêter les médicaments toxiques pour le foie si les transaminases sont élevées.
- Faire une dérivation digestive
- Traiter le prurit

2.4. La diarrhée

C'est une émission de selles (au moins trois selles liquides) par jour de façon continue, permanente ou intermittente.

2.4.1. Causes

- Causes possibles
 - Infectieuses
 - Médicamenteuses
 - Tumorale
 - Intolérances alimentaires

2.4.2. Conduite à tenir

- **Evaluer**
 - Rechercher les signes de déshydratation :
 - absence de signes évidents de déshydratation
 - signes modérés de déshydratation
 - signes sévères de déshydratation
 - Dans la mesure du possible, il faut toujours exclure les étiologies infectieuses de la diarrhée, surtout chez les patients atteints du VIH/SIDA.
 - Faire des **examens biologiques pour rechercher l'agent pathogène**
 - **La pratique à répétition des examens suivants** permet de retrouver un germe et d'adapter le traitement :
 - Examen parasitologique standard des selles fraîchement émises.
 - Examen parasitologique avec colorations spécifiques (Cryptosporidium, Microsporidium)

- Coproculture à la recherche de Salmonelles, shigelles, E. coli.
 - Hémocultures en cas de fièvre pour rechercher shigelles, salmonelles et M. avium
- Des bilans supplémentaires seront prescrits :
 - Echographie abdominale, Endoscopie digestive et Biopsie si nécessaire,
 - Examen parasitologique de selles orienté, examen mycologique des selles
- **Traiter**
 - **Moyens non médicamenteux**
 - Faire des soins d'hygiène, et des changes répétés ainsi qu'une protection de la peau du périnée et de l'anus par des crèmes protectrices (ex : beurre de karité)
 - Désinfecter la literie, le linge et les autres objets souillés par les selles en utilisant des solutions chlorées (eau de javel)
 - Changer constamment la literie et le linge du patient
 - Adapter le régime alimentaire, selon le contexte clinique (éviction momentanée des laitages en cas de diarrhée infectieuse, arrêt des compléments nutritifs liquides, réhydratation en privilégiant la voie orale)
 - Donner si pas de contre indication la soupe de carotte qui aide à remplacer les vitamines et les minéraux. La soupe de carotte contient de la pectine. Elle calme les intestins et stimule l'appétit
 - Donner le riz et les pommes de terre car ils peuvent aider à diminuer les diarrhées
 - Donner à boire de l'eau de cuisson de riz
 - Donner à boire une décoction de feuilles de goyavier ou du lait de coco
 - Donner à boire du coca-cola après avoir procédé au dégazage
 - Manger des bananes et des tomates (pour le potassium)
 - Fractionner les repas (manger 5-6 petits repas plutôt que 3 gros repas)
 - **Traitement médicamenteux**
 - **Traitement symptomatique**
 - Le traitement symptomatique visant à l'arrêter est envisagé lorsque la diarrhée est sévère.
 - **Ralentisseurs de transit**
 - Lopéramide (Imodium®) : 4 à 8 gélules/ j à préférer aux autres
 - Diphénylamine (Diarsed®)
 - dérivés de la codéine ou opiacés (Moscontin®)
 - NB : les ralentisseurs de transit **sont** contre indiqués en cas de diarrhée sanglante
 - **Pansements et /ou levures** si effets incomplets du Lopéramide
 - Smecta® 12 g/j
 - Actapulgate 3g : 1 à 2 sachets 3 fois par jour chez l'adulte
 - Ultra-levures® 1 à 2 sachets 3 fois par / j
 - **Antisécrétoires** :
 - Acétorphan (Tiorfan®) utilisé per os en cas d'inefficacité des ralentisseurs du transit et des pansements digestifs
 - **Les analogues de la somatostatine** en cas d'inefficacité des traitements précédents :

- L'octréotide (Sandostatine®) : dose progressive jusqu'à 500µg x 3/j.
- **La réhydratation**
 - Maintenir l'état d'hydratation du malade avec les sels de réhydratation : par voie orale ou par sonde nasogastrique : sels de réhydratation orale (SRO, Resomal) en cas de déshydratation légère (Plan A) ou modéré (Plan B) ; en donner beaucoup si le patient en demande.
 - La réhydratation peut se faire par perfusion : solution de Ringer lactate ou sérum salé (2/3) + bicarbonaté (1/3) en cas de déshydratation modérée (plan B) ou sévère (Plan C).
- **Traitement spécifique**

Tableau XLV : Traitement des diarrhées

ELEMENTS RESPONSABLES DE LA DIARRHEE	TRAITEMENT
BACTERIES	
<i>Salmonella sp</i> (<i>Salmonella typhi</i> , <i>salmonella enteridis</i>) <i>Shigella sp</i>	Fluoroquinolone 500 mg X 2/j pendant 15-21j
<i>Campylobacter sp</i>	Erythromycine 1g X 2/j pendant 15 j
<i>Clostridium difficile</i>	Métronidazole 250 mg X 4/j pendant 10 j Ou vancomycine 250- 500 mg X 2/j pendant 10 j per os
<i>Mycobactérium avium intracellulaire</i>	Association d'au moins 3 antimycobactériens (clofazimine Ethambutol+ Clarythromycine)
MEDICAMENTS	
MEDICAMENTS ARV : IP (Nelfinavir, lopinavir et ritonavir)	Ne pas arrêter le traitement ARV, utiliser les ralentisseurs du transit (lopéramide) ou changer de famille d'ARV (efavirenz)
Anti cancéreux	Amphotericine B+Nystatine+ Polymixine+ Solution de Bicarbonate à 14‰+Xylocaine
TUMEURS	
Tumeurs	Traitement symptomatique associé au traitement de la tumeur
Alimentaires	Charbon végétal en cas de ballonnement, buscopan
PARASITES	
<i>Cryptosporidium sp</i>	Paromomycine 250 mg/5kg/j pendant 30 j Nitazoxamide 25 mg x 2/J pendant 30-45 J
<i>Microsporidium : Enterocytozoon Bieneusi</i>	Fumagiline 20 mg X 3/j pendant 21j
<i>Microsporidium : Enterocytozoon intestinalis</i> <i>Ou encephalitozoon</i>	Albendazole 400 mg X 2/J pendant 21j
<i>Isospora belli</i>	Cotrimoxazole fort : 2comp x 2/jpendant 15 j
<i>Giardia intestinalis</i> , <i>Entamoeba histolytica</i>	Metronidazole 500 mg x 3/j 5-10j
<i>Strongyloide stercoralis</i>	Albendazole 400 mg x 2/J pendant 21j
VIRUS	

Cytomégalo virus (CMV)	Foscavir : 200 mg /kg/j en IV 15-21j
VIH	Traitement ARV
MYCOSES	
<i>Candida albicans</i>	Antifongique (mycostatine)

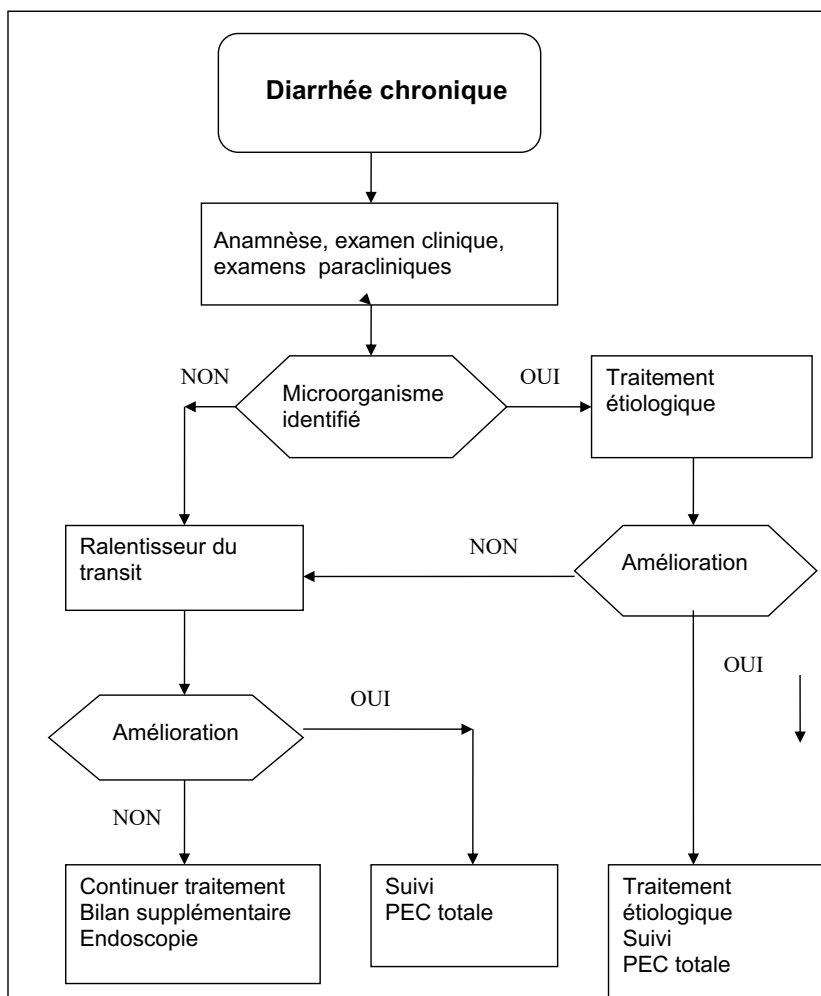


Figure 19 : Algorithmes de Prise en charge de la diarrhée chronique

2.4 Signes de la sphère buccale

2.5.1. Soins de bouche

2.5.1.1. Hygiène bucco-dentaire

- Matériel du soin de bouche

- Serviette ; Brosse à dent ; Pâte dentifrice ; Bicarbonate de soude ; Verre ; Haricot
- Eau ; Gants ; Cupule ; Coton hydrophile ; Abaisse langue

- Technique du soin de bouche

- Chez le malade inconscient

- Placer le malade en décubitus dorsal
- Mettre une serviette propre autour du cou du malade
- Avec une compresse ou du coton faire un tampon avec la pince de Kocher en prenant soin de protéger l'extrémité
- Imbiber ce tampon de la solution de lavage
- Eliminer le surplus d'eau en pressant le tampon sur le bord du verre
- Se saisir de l'abaisse-langue pour écarter la bouche du client
- Nettoyer successivement les gencives, les dents, la face interne des joues et terminer par la langue
- Changer de tampon autant de fois que cela est nécessaire
- Avec un tampon propre, étendre le collutoire, sur toute la surface de la cavité buccale.

- Client conscient

- Mettre une serviette autour du cou du client
- Si le malade a une prothèse dentaire,
 - lui présenter un verre d'eau rempli pour la prothèse
 - lui demander d'enlever sa prothèse ou la lui enlever en la tenant dans une compresse
 - mettre à tremper la prothèse puis la brosser avec la pâte dentifrice et rincer à l'eau propre
- Placer un haricot sous son menton
- Lui dire de se brosser ou lui brosser les dents
- A la fin du brossage, lui tendre un verre d'eau pour se rincer la bouche
- Présenter au malade la prothèse propre dans un verre d'eau
- Lui demander de remettre sa prothèse ou la lui remettre.

- Autres instructions

- Utiliser une brosse à dents souple
- Utiliser du bicarbonate de soude dilué ou du dentifrice
- Rincer la bouche à l'eau salée après les repas et avant de se coucher (habituellement 3-4 fois par jour)

2.5.1.2. Douleurs buccales

- Insister sur les soins d'hygiène buccale
- Eviter les aliments ou boissons irritants (épicés, alcoolisés, sec, salés, acides, etc.)
- Eviter les aliments trop chauds ; les aliments froids ou les glaces peuvent soulager les douleurs et améliorer la déglutition
- Adapter la texture des repas
- Prescrire des antalgiques médicaux au cours de la journée et avant les repas
- Prescrire de la Lidocaïne (Xylocaïne® visqueuse), de la morphine orale buccale
- Les tumeurs ulcérées surinfectées bénéficieront d'antibiotiques et les mucites d'antalgiques majeurs ou d'anesthésiques locaux (lidocaïne)
- Si nécessaire, recourir aux stomatologues et chirurgiens dentistes (pour adapter les prothèses dentaires, ou prendre un avis spécialisé)

2.5.1.3. Candidose buccale

- Nystatine (100 000 UI/ml) : 05 ml après les repas et au coucher. Il faut dire aux patients de conserver le liquide dans la bouche un moment ou de se rincer la bouche avec car son action est locale.
- Sucrer une pastille de nystatine à 500 000 après les repas et au coucher.
- Fluconazole (50-100 mg/j pendant 7-14 jours)
- ou Kétoconazole (200 mg par jour). Il faut noter que le kétoconazole est un inhibiteur enzymatique et peut donc avoir des interactions médicamenteuses avec les ARV.

2.5.1.4. Ulcères de la bouche et aphtes

- Prednisolone : 1 comprimé de 5 mg écrasé et appliqué localement en petite quantité (aphtes).
- Violet de genciane : solution aqueuse à 1% appliquée toutes les heures

2.5.1.5. Herpès simplex buccal

- Utiliser une solution comprenant 5 ml de **Nystatine** (500000 unités) + 2 comprimés de **Métronidazole** + 1 capsule d'**Acyclovir** en comprimé ou en topique (si disponible) pour badigeonner les lésions.
- NB : En raison de la participation des germes anaérobies chez le sujet VIH, il est conseillé d'associer le métronidazole.

2.5.1.6. Sécheresse buccale

- Faire les soins de bouche qui sont indispensables
- Boire fréquemment de petites gorgées d'eau ou de liquide
- Sucrer des glaçons éventuellement aromatisés
- Faire des brumisations aqueuses buccales
- Mâcher des chewing gums sans sucre
- Humecter les lèvres avec des pommades ou baumes hydratants
- Utiliser de la salive artificielle
- Adapter la texture des repas et veiller à un apport de sauce ou de jus
- Mâcher des morceaux d'ananas pour améliorer l'hygiène buccale et l'haleine

2.5.1.7. Haleine fétide (halitose)

- Causes

- Une mauvaise hygiène buccale (candidose, infection dentaire, appareils dentaires, perte de salive, respiration par la bouche, déshydratation).
- un retard de la vidange gastrique ou à un carcinome gastrique responsable d'une haleine fétide de puisard
- Les cancers et tumeurs de la bouche exemple ; maladie de Kaposi et les cancers du larynx, du pharynx et des bronches.
- Les infections des sinus et infections naso-pharyngées.
- Une bronchiectasie préexistante.
- Une stomatite gangréneuse.

- Conduite à tenir

Moyens non médicamenteux

- Chez tous les patients, porter une grande attention à l'hygiène buccale.
- Sucrer des aliments qui sont acides ou sucrés exemple l'ananas, les fruits de la passion, les oranges ou les citrons.
- Le chewing-gum à la chlorophylle peut améliorer la situation
- Conserver l'humidité de la bouche grâce à des instillations d'eau ou des morceaux de glaçons s'ils sont à disposition. Empêcher les lèvres de gercer en y appliquant de la vaseline

Moyens médicamenteux

- Employer un liquide de rinçage composé de comprimés de métronidazole écrasés ou de soluté injectable mélangé à un jus de fruits choisi par le patient. Ce liquide peut être utilisé en gargarisme ou pour rincer la bouche, il peut même être avalé.
- Le rinçage de la bouche avec de la **chlorhexidine** est actif sur de nombreuses bactéries.
- Le **Métronidazole** (Flagyl®) : 1,5 g/j pendant 10 jours) peut être une solution en cas de germes anaérobies.
- L'odeur qui est due à un cancer broncho-pulmonaire peut être réduite par la prise de 200 mg de **métronidazole** 3 fois/j par voie orale ou en gargarisme avalé ensuite.
- Le **métoclopramide** (10 mg 4 fois/j) permet d'accélérer la vidange gastrique (en cas de stase gastrique).
- Le traitement d'une carie ou le traitement d'une mycose peut s'avérer nécessaire

3. PRISE EN CHARGE DES SYMPTOMES CUTANES

3.1. Le prurit

Le prurit est la sensation du besoin de se gratter. Il peut être très gênant quand il est généralisé et intense. Il peut entraîner insomnie et lésions de grattage.

3.1.1. Causes

- Réactions allergiques (produits utilisés localement, médicaments)
- Pathologies cutanées (eczéma, sécheresse cutanée, infections...)
- Ictère par obstruction

- VIH/SIDA
- Maladies générales (insuffisance rénale ou hépatique, lymphome ou maladie de Hodgkin...)
- Parasitoses
- Iatrogène

3.1.2. Conduite à tenir

- **Moyens non médicamenteux**
 - Couper les ongles du malade pour limiter les lésions de grattage
 - Eviter la chaleur, les bains chauds ou les vêtements secs
 - Préférer les bains tièdes
 - appliquer de l'air frais ventilé sur la peau exposée
 - Eviter les savons agressifs
 - Laver le malade avec une préparation constituée d'une cuillère à soupe d'huile végétale pour 5 litres d'eau ou le laver au bicarbonate de soude aussi souvent que le patient le désire (une cuillerée à soupe de poudre dans le volume d'eau le plus petit possible pour la dissoudre).
 - Rincer la peau après le bain avec une solution de chlorhexidine à 0,05% en cas de surinfection
 - Utiliser les crèmes et savons gras et doux
 - utiliser une crème hydratante ou de la vaseline mélangée à de l'eau si la peau est sèche
- **Traitement médicamenteux**
 - Antihistaminique comme l'hydroxyzine à la dose de 25 mg/j. A dose plus élevée, le risque de somnolence est majeur chez ces patients polymédiqués.
 - Corticoïdes
 - Dermocorticoïdes faibles ; Hydrocortisone à 1%
 - Dans le prurit lié à un ictère cholestatique utiliser la dexaméthasone 2 mg 2 fois/j réduite à 1 mg/j ou la prednisolone 15 mg réduits à 10 mg/jour).
 - Anti-inflammatoires non stéroïdiens;
 - Diclofénac ou le Flurbiprofène
à utiliser en cas de *cupitch syndrome* : Chez certaines patientes atteintes de cancer du sein « en cuirasse », la peau est rouge, prurigineuse et douloureuse.

3.2. Les escarres

L'escarre est définie comme une zone localisée de nécrose tissulaire, se développant lors d'une compression des tissus mous entre une proéminence osseuse et une surface externe.

3.2.1. *Causes et facteurs favorisants*

- Pression prolongée et/ou intense
- Cisaillement et frictions
- Macération cutanée
- Malnutrition
- Humidité : transpiration, incontinence urinaire et/ou fécale
- Atteinte neurologique (réduction de mobilité, troubles de la sensibilité)
- Manque de motivation à participer aux soins
- Personne âgée

3.2.2. *Evaluation des escarres*

L'escarre apparaît en des points particuliers du corps (points d'appui) et son aspect est variable dans le temps.

- **Déterminer la localisation des escarres :**
 - Examiner les sites de prédilection des escarres qui sont les parties du corps situées en regard d'une saillie osseuse et qui vont se retrouver entre cette saillie osseuse et le plan du lit.
 - Selon la position du malade alité.

Tableau XLVI: Sites des escarres selon la position du malade dans le lit

	POSITION DU MALADE DANS LE LIT		
	Décubitus dorsal	Décubitus ventral	Décubitus latéral
SITES DES ESCARRES	• occiput • omoplates • coude • colonne vertébrale • sacrum • fesses • talons	• front • nez • poitrine (les seins chez la femme) • abdomen • pénis • genou	• oreille • moignon de l'épaule • coude • trochanter • malléole externe (cheville)

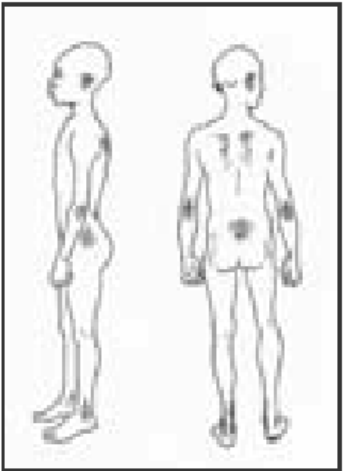


Figure 24 : Schéma des points d'appui .(sièges de prédilection des escarres)

- **Déterminer le stade d'évolution de l'escarre**

Tableau XLVII: Description des différents stades d'évolution de l'escarre

ASPECTS /STADES	DESCRIPTIONS
Stade 1 : érythèmes	Il se manifeste par une tâche rouge ou violacée (sombre par rapport au reste de la peau tout autour) qui persiste après avoir mobilisé le malade.
Stade 2 : phlyctène et désépithélialisation	La phlyctène est un décollement épidermique en bulle contenant un liquide séreux ou hématique. Dans la désépithélialisation, l'épiderme est abrasé, laissant voir le derme au piqueté hémorragique.
Stade 3 : nécrose	La lésion se creuse de façon nette entraînant une perte cutanée profonde incluant l'épiderme, le derme et l'hypoderme sans atteinte osseuse ni tendineuse ni articulaire.
Stade 4 : ulcération 	Il s'agit d'une perte de substance cutanéomuqueuse profonde touchant les trois couches de la peau et s'étendant à l'os, aux tendons et aux articulations sous-jacentes, avec éventuelle infection des tissus mous.

3.2.3 Prévention des escarres

- Identifier les facteurs favorisant et les corriger
- Examiner les points d'appui
- Diminuer la pression sur les points d'appui (voir tableau ci dessous)

Tableau LVIII : Postures pour réduire la pression au niveau des zones à risque en fonction de la position du malade

Postures pour réduire la pression au niveau des zones à risque	
Principes généraux	Changer les positions du malade toutes les 3 à 4 heures au maximum
	Positionner les articulations confortablement grâce à des mousses découpées ou des oreillers
	Utiliser des potences et du matériel de levage pour réduire les forces de frottement.
	Utiliser des supports anti-escarres
	Favoriser la mobilité active du patient
Au lit	Favoriser la verticalisation et la reprise de la marche aussi précocement que possible
	Décubitus dorsal
	Décubitus latéral oblique gauche et droit à 30° par rapport au plan du lit
	Position semi-assise, dossier à 30° + élévation des membres inférieurs pour éviter le glissement du patient
	Ces installations peuvent être complétées par l'utilisation d'accessoires de positionnement adaptés (oreillers, mousses).
Au fauteuil (tout comme au lit)	Favoriser les auto soulèvements quand ils sont possibles (10 secondes toutes les heures)
	Repositionner correctement le malade pour éviter le phénomène de glissement.
	Assurer une manutention adéquate du patient (utilisation de lève malade ou de drap ; malade est mobilisé en saisissant le drap ou ses vêtements).

- Maintenir l'hygiène de la peau
- Favoriser la participation du patient et de son entourage à la prévention des escarres

Chaque fois que cela est possible, il est recommandé d'informer et de proposer des actions éducatives ciblées en fonction du caractère temporaire ou permanent du risque d'escarre.

3.2.4. Traitement des escarres constituées

Tableau XLIX: Traitement des escarres selon leur stade d'évolution

ASPECTS /STADES	TRAITEMENT
Stade 1 : érythèmes	• supprimer l'appui au niveau de la rougeur en utilisant un support ; • changer régulièrement les positions toutes les 2 à 3 heures ; • en l'absence de rupture de la barrière cutanée, l'escarre peut rester à l'air ; • supprimer les facteurs favorisants (macération, force de cisaillement).
Stade 2 : phlyctène et désépithélialisation	• réaliser une brèche de taille suffisante avec une lame de bistouri pour évacuer le contenu avec maintien du toit de la phlyctène si possible ; • recouvrir par un pansement sec ou un pansement gras (tulle gras) afin de maintenir un environnement humide favorable aux conditions de cicatrisation ; • mettre la phlyctène hors d'appui dans la mesure du possible. • le cas particulier de la phlyctène hémorragique peut être envisagé de deux manières : soit attendre sa dessiccation si elle est de petit volume, soit exciser le toit de la phlyctène en raison du risque infectieux.
• Stade 3 : nécrose • Stade 4 : ulcération	• Détersion de la plaie : <i>La détersion mécanique</i> : elle est réalisée au lit du malade avec des pinces et ciseaux à bouts ronds. L'excision se fait du centre vers les berges, elle ne doit provoquer ni douleur ni saignement. • Nettoyage de la plaie : Le sérum physiologique ou chlorure de sodium à 0,9 %. La plaie ne doit pas être asséchée car la cicatrisation dépend du maintien d'un milieu humide. • Stimulation du bourgeonnement (pansement Tulle gras) • Contrôle de l'hyperbourgeonnement ○ Type de pansement : Corticotulle (pansement contenant des corticoïdes). ○ Application : tous les deux jours jusqu'à régularisation du bourgeonnement ou en alternance avec les pansements gras (Tulle gras) en cas d'hyperbourgeonnement modéré. • Epidermisation (couverture cutanée superficielle) : Faire des pansements gras ou pansements humides • Traitement de la douleur de l'escarre : 3 paliers recommandés par l'OMS. • Suivi de l'escarre : L'aspect clinique, la mesure de la surface et de la profondeur de la plaie et les soins réalisés doivent être consignés dans le dossier car ils sont importants pour le suivi de l'escarre.

3.2.5. *Ce qu'il ne faut pas faire :*

- attendre que les escarres apparaissent avant de s'en préoccuper
- attendre que le malade se plaigne d'inconfort avant de le mobiliser
- masser vigoureusement les points d'appui (le massage et la friction des zones à risque sont interdits puisqu'ils diminuent le débit microcirculatoire moyen et ont un effet traumatisant sur la peau des zones à risque).
- appliquer des glaçons ou de l'air chaud ou chaleur de contact (peau de banane chauffée, etc.)
- utiliser des produits colorés qui peuvent masquer les modifications de la peau (ex : éosine ou autres produits locaux)
- utiliser des produits asséchants la peau tels que l'alcool
- utiliser des poches remplies d'eau sous le talon.

4. PRISE EN CHARGE DES SYMPTOMES NEUROPSYCHIQUES

4.1. L'insomnie

L'insomnie est définie par le patient comme un ressenti de sommeil insuffisant, de difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil, de sommeil interrompu ou décrit comme non réparateur.

4.1.1. *Facteurs favorisant*

- Dépression
- Anxiété
- Douleur
- Autres (Delirium, Dyspnée, Nausée et vomissements, Médicaments)

4.1.2. *Conduite à tenir*

Evaluer par l'interrogatoire et un examen pour rechercher la cause de l'insomnie.
Traiter

- **Mesures non médicamenteuses**
 - Avoir un dialogue d'apaisement avec le malade pour réduire une éventuelle anxiété.
 - La prise en charge commence par une attention à l'installation du patient et aux conditions de l'endormissement.
 - On évitera les soins non indispensables la nuit et on veillera à respecter les habitudes d'endormissement du patient.
 - Eviter tous les excitants
 - médicaments (corticoïdes le soir)
 - ou aliments tels que le café, etc. dans l'après-midi et dans la soirée
 - L'écoute, la relaxation, la sophrologie, les massages sont des adjuvants précieux.
- **Traitement médicamenteux**
 - En cas de difficulté d'endormissement :

- Zopiclone (Imovane®) : 3,75 à 7,5 mg/j soit ½ à 1 cp. le soir au coucher
- ou Zolpidem (Stilnox®): 5 à 10 mg/j soit ½ à 1 cp le soir au coucher
- **On n'associera pas deux hypnotiques.**
- On débutera par la posologie la plus faible et on recherchera la dose minimale efficace pour chaque patient.
- En cas d'anxiété associée : Les benzodiazépines à demi-vie courte sont bénéfiques.
 - Triazolam (Halcion®) : de 0,125 mg/j
 - ou Lorazépam (Temesta®) : 2 mg en trois prises soit 0,5 mg-1 mg
- En cas de dépression : un antidépresseur sédatif de type tricyclique sera utilisé
 - Amitriptyline (Laroxyl®) est le produit de référence ; des doses de 25 à 50 mg/j sont efficaces soit 1 à 2 cp de 25 mg le soir)
 - On limitera les médicaments stimulants et on se méfiera des interférences médicamenteuses.
- Traiter les autres symptômes associés tels que la douleur et autres symptômes pouvant gêner le sommeil.

4.2. Le syndrome confusionnel

4.2.1. Définition

C'est un état transitoire, d'installation aiguë et d'évolution fluctuante, perturbant le cycle jour nuit. Il associe des troubles de la vigilance, des troubles cognitifs (troubles de la mémoire surtout des faits récents, désorientation temporo spatiale) et des troubles du comportement (agitation ou apathie avec des hallucinations).

Le syndrome confusionnel doit être distingué :

- d'une démence (déficit persistant des fonctions cognitives);
- de la dépression (tristesse, inhibition psychomotrice)
- d'un état anxieux avec altérations cognitives

4.2.2. Causes

L'enquête étiologique reste une étape fondamentale.

- **Causes médicamenteuses**
 - les anticholinergiques , antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, scopolamine
 - les corticostéroïdes
 - les opiacés de tous types avec en particulier le risque de retard à l'élimination des métabolites opiacés du fait d'une atteinte rénale antérieure ou provoquée par les associations à des médicaments néphrotoxiques
 - les benzodiazépines, en particulier lors d'un sevrage.
- **Causes simples facilement traitées :**
 - rétention d'urine,
 - fécalome, troubles métaboliques, insuffisance rénale ou hépatique,
 - déshydratation avec troubles hydroélectrolytiques (hyponatrémie, hypercalcémie).
- **Autres causes**

- un état infectieux
- des troubles endocriniens : diabète insulino-dépendant, hypoglycémie, dysthyroïdie
- une insuffisance respiratoire avec hypoxie et hypercapnie
- une lésion cérébrale (tumeur secondaire, accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural...)
- causes liées à l'environnement (immobilisation, insomnie, troubles de la vue ou de l'audition, changement de cadre d'hospitalisation, changement des membres du personnel, conflit avec le personnel, la famille ou les amis, ou de difficultés de contact avec les médecins autour de situations d'annonce de diagnostic, de pronostic ou d'investigations perçues comme invasives)

4.2.3. Conduite à tenir

- **Evaluer**

Faire un interrogatoire en vue de retrouver les signes cliniques

- altération de la conscience
- troubles cognitifs
- troubles du comportement
- déshydratation

- **Traiter**

- **Traitement non médicamenteux**

- Dans tous les cas :
 - Expliquer la situation au malade et à ses proches
 - Être à l'écoute du malade et de l'entourage
 - Proposer la relaxation ou la sophrologie, si le patient l'accepte
 - Chambre calme, bien éclairée, repères simples (pendule, calendriers...), objets personnels visibles
 - Eventuellement mesures de sécurité sur les installations de la chambre et du logement
 - Diminuer les stimulations sensorielles
 - Limiter le nombre d'intervenants
 - Éviter les transferts, causes de perte de repères
 - En cas d'agitation, éviter d'attacher le malade (facteur aggravant !)

- **Traitement étiologique**

- Chaque fois que cela est possible
- Diminuer ou arrêter tous les médicaments non indispensables
 - Les opiacés sont souvent incriminés. Ils ne sont pas toujours ou du moins les seuls en cause.
- Corriger une rétention aigue d'urines par sondage vésical
- Evacuer d'un fécalome
- Correction d'une déshydratation ou de désordre électrolyte ou métabolique

- **Traitement médicamenteux**

- **Un traitement médicamenteux ne sera entrepris que devant une confusion avec agitation**
- Le traitement médicamenteux est surtout utile en cas de formes hyperactives.
- Les substances utilisées sont les neuroleptiques :

- Halopéridol (Haldol®) : 2 à 15 mg/j par voie orale, sous- cutanée ou intraveineuse
- Lévomépromazine (Nozinan®) : 6 à 12 mg toutes les 8 heures soit 3 fois/jour
- Chlorpromazine (Largactil®) : 10 à 50 mg/j 2 ou 3 fois/jour
- En cas d'anxiété importante, on peut y associer des benzodiazépines à demi-vie courte :
 - Lorazépam (Témesta®) per os
 - ou Midazolam (Hypnovel®) par voie IV ou sous- cutanée : 2,5 à 10 mg en bolus IV ou S/C, puis 5 à 60 mg/24 h en perfusion (IV ou S/C).
- Le recours à une sédation transitoire est parfois nécessaire.

4.3. L'angoisse

L'angoisse se définit comme un comportement liée à une émotion durable de peur sans objet externe clairement identifié.

4.3.1. Causes

L'angoisse est une réaction à plusieurs problèmes à la fois :

- la peur et l'inquiétude quant à l'avenir
- l'auto-accusation
- l'inquiétude quant à l'avenir des enfants à charge ou de proches
- enfin, la peur de perdre un soutien social ou d'être abandonné

4.3.2. Conduite à tenir

- **Evaluer**
Par l'interrogatoire en vue de rechercher la cause
- **Traiter**
 - **Moyen non médicamenteux**
 - soutien psychologique,
 - présence d'une tierce personne,
 - empathie
 - **Traitement médicamenteux**
 - Les benzodiazépines à demi-vie courte sont bénéfiques.
 - Triazolam (Halcion®) : de 0,125 mg/j
 - ou Lorazépam (Temesta®) : 2 mg en trois prises soit 0,5 mg-1 mg
 - On limitera les médicaments stimulants et on se méfiera des interférences médicamenteuses.

4.4. La dépression

En situation palliative, la dépression est prévisible et constitue chez les malades une réaction face à une maladie effrayante et mortelle. La maladie dépressive peut survenir quand l'alternance du désespoir et de bonne humeur cède le pas à un désespoir permanent.

4.4.1. *Signes*

La symptomatologie dépressive est classique et peu spécifique :

- Troubles de l'attention, les troubles de la concentration
- Asthénie, voire apathie,
- Anorexie, insomnie
- Péjoration de l'avenir, perte d'espoir
- Faiblesse, apathie,
- Repli sur soi, inhibition, isolement,
- Idées suicidaires,
- Tentatives de suicide

4.4.2. *Conduite à tenir*

- **Evaluer**
- L'interrogatoire est l'étape essentielle de la prise en charge du malade.
- **Traiter**
 - Relation vraie avec le malade ; parler avec lui ; le mettre en confiance ;
 - Un antidépresseur sédatif de type tricyclique sera utilisé si besoin
 - Amitriptyline (Laroxyl®) est le produit de référence ; des doses de 25 à 50 mg/j sont efficaces soit 1 à 2 cp de 25 mg le soir

4.5. Les crises convulsives

La crise convulsive (ou crise comitiale ou crise épileptique) est représentée par un ensemble de mouvements involontaires répétés touchant une partie du corps (membre le plus souvent : crise partielle) ou l'ensemble du corps (crise généralisée), de début brutal, de durée brève et de fin brutale.

On parle d'état de mal épileptique lorsque les crises se répètent de façon rapprochée au cours de la même journée ou lorsqu'elles sont continues (se suivent sans retour à la normale),

4.5.1. *Causes*

- Dans le cadre des soins palliatifs, et notamment en cancérologie : tumeur cérébrale. Elles révèlent quelquefois la tumeur cérébrale (tumeur primitive ou métastase cérébrale).
- Hypoglycémie
- Déshydratation

4.5.2. *Conduite à tenir*

- **Arrêter la crise (voir traitement)**
- **Evaluer :**
 - Interrogatoire,
 - Examen clinique
 - et Bilan étiologique
- **Traiter**
 - Traitement essentiellement médicamenteux
 - **En cas de crise unique**

- Diazépam (Valium® : ampoule injectable de 10 mg/2ml) par voie intraveineuse ou intrarectale
 - Enfant : 0,50 mg/kg jusqu'à 10 mg au maximum en cas de récurrence)
 - Adulte : 1 à 2 ampoules d'emblée.
- En cas d'état de mal convulsif :
 - Le malade doit être pris en charge en milieu hospitalier
 - Diazépam : 2 mg/min en perfusion rapide jusqu'à 20 mg puis une perfusion lente de 100 mg dans 500 mL de glucosé isotonique à la dose de 40 ml/h.
 - Clonazépam (Rivotril® : ampoule injectable de 1mg/1ml) :
 - Adulte : 1 mg soit 1 ampoule en intraveineux renouvelable 4 à 6 fois/24 h
 - Enfant à la dose de 0,25 à 0,5 mg soit ¼ à ½ ampoule en IV très lente.

Tableaux récapitulatifs de la gestion pratique de certains signes tels : La fièvre, la diarrhée, la toux et les difficultés à respirer, les problèmes de peau, les problèmes de la bouche et de la gorge, les nausées et les vomissements, la fatigue et la faiblesse. (Voir les tableaux LII à LVIII ci-dessous)

Tableau L : Prise en charge de la fièvre			
Définition	Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire	Quand référer le malade ?
$T \geq (38^{\circ}5 \text{ C})$. Causes: - les infections opportunistes associées au SIDA, comme la tuberculose ; - les maladies endémiques, comme le paludisme ; - l'infection à VIH elle-même. - Dans certains Cancers.	Diagnostic de la fièvre : - Prendre la température avec un thermomètre* ; - En l'absence de thermomètre, vous pouvez vous faire une idée en posant le dos d'une de vos mains sur son front et le dos de votre autre main sur votre front. Si elle a de la fièvre, vous devriez sentir la différence. Prise en charge : Retirer vêtements et couvertures inutiles ; l'air frais ne peut pas faire de mal et aide à faire baisser la fièvre ; Rafrâchir la peau par des bains ou en versant de l'eau dessus, en mettant des linges humides sur la poitrine et le front et en éventant, ou simplement en frottant la peau avec un linge humide et en laissant l'humidité s'évaporer ; Se reposer ; Donner beaucoup d'eau, du thé léger, du bouillon (de maïs, de pomme de terre, de carotte) ou de jus (de goyaves, citron). Car quand une personne est fiévreuse, elle perd beaucoup plus de liquides que d'habitude, ce qui l'indispose encore plus et peut entraîner une déshydratation ; Utiliser des médicaments qui font baisser la fièvre : prendre deux comprimés de paracétamol toutes les huit (8) heures chez les adultes ou 15 mg/kg toutes les six 6 heures chez l'enfant	Il faut surtout éviter de : - Se mettre près d'une source de chaleur - Se couvrir avec plusieurs vêtements ou couvertures - Fermer les espaces d'aération (les portes et les fenêtres) - Faire des massages à l'eau chaude	En cas d'échec de la prise en charge

Tableau LI : Prise en charge de la diarrhée			
Définition	Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire	Quand référer le malade ?
Plus de trois selles liquides par jour. Souvent accompagnée d'un mal de ventre intense et de vomissements. Plus fréquente chez les personnes qui ont le SIDA que chez les autres. deux types de diarrhée : - La diarrhée aiguë dure moins de deux semaines - La diarrhée persistante est présente au delà de deux semaines Causes : - L'eau de boisson insalubre et le manque d'hygiène - Infections opportunistes liées au VIH/SIDA - Effets secondaires des médicaments. - Dans les cancers abdominaux Conséquences : déshydratation et malnutrition.	Prévention - Boire suffisamment d'eau propre bouillie - Manger de la nourriture propre et saine : manger les aliments fraîchement préparés, bien laver les aliments crus, bien faire cuire les aliments qui se mangent cuits et conserver la nourriture à l'abri de la saleté et des mouches. - Avoir les mains propres. Il faut toujours se laver les mains avec de l'eau et du savon : - avant de toucher, préparer, servir ou conserver les aliments - après l'utilisation des toilettes ou latrines - après avoir nettoyé un enfant ayant déféqué ou après avoir nettoyé un enfant ou un adulte malade. Traitement - Boire plus que d'habitude pour éviter la déshydratation : - après chaque selle liquide, boire une tasse d'eau potable de solution de réhydratation orale (préparé avec un litre d'eau bouillie auquel on ajoute soit un sachet de SRO ou à défaut de SRO : 4 cuillères à café de sucre + ½ cuillère à café raz de sel) - après chaque selle liquide, une tasse de décoction de feuille de goyaves, de lait de coco ou de liquide à base d'aliments comme la soupe ou l'eau de riz - Continuer à s'alimenter pour éviter la malnutrition : - Manger de petites quantités d'aliments fréquemment - Continuer à manger après la maladie pour récupérer la perte de nutriments - Consommer les aliments riches en fibres solubles (mil, banane) pour aider à garder les liquides	- Refuser de manger - Consommer les agrumes forts : orange, citron car ils peuvent irriter l'estomac - Consommer la caféine (café et thé) et l'alcool - Consommer les aliments très fris (apport excessif d'huile, de beurre) - Consommer les aliments qui favorisent la production de gaz (chou, oignon) et boissons gazeuses - Refuser de boire - Refuser de prendre des médicaments - Faire des lavements	En cas d'échec de la prise en charge

	- Consommer des aliments que l'on digère facilement (riz, pain, mil, maïs, pomme de terre, la bouillie) - Manger des fruits et des légumes.		
--	---	--	--

Tableau LII: Prise en charge des problèmes de peau			
Définition	Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire	Quand référer le malade ?
Apparition de boutons, de démangeaisons, de furoncles, de plaies ou de cicatrices. Les problèmes de peau chez les personnes infectées sont fréquents et ont malheureusement tendance à être chroniques. Les causes les plus fréquentes de certains de ces problèmes sont les suivantes : • Les levures (muguet, candidoses, teignes) • Les infections bactériennes (furoncles) • Les infections virales (zona, sarcome de Kaposi) • La mauvaise hygiène (gales) • Les allergies à des médicaments ou à des produits irritants pour la peau (eczéma, urticaire) • Le décubitus prolongé : le fait de rester toujours allongé dans la même position (escarres)	• Pour prévenir les escarres : - Sortir du lit au tant que possible - Se retourner dans le lit toutes les deux heures pour éviter le blocage de la circulation du sang - Mettre des draps et une alaise (ex : coussin) d'un contact doux et changer la literie chaque fois qu'elle est souillée - Aérer le malade tous les jours. - Disposer des coussins sous le corps de telle sorte que les parties osseuses frottent moins le lit. • En cas de démangeaisons : - Rafraîchir la peau avec de l'eau - Tapoter ou frotter la peau avec le plat des doigts - Appliquer un linge mouillé - Couper les ongles du malade - Mettre des gants ou des chaussettes aux mains du malade en cas de confusion mentale pour l'empêcher de se gratter • En cas de dessèchement : - Appliquer la vaseline, la glycérine ou le beurre de karité sur la peau • En cas de plaies simples : - Eviter de souiller la plaie - Nettoyer la plaie avec de l'eau propre - Faire un pansement avec des compresses propres, la bétadine jaune et du sparadrap. • En cas de furoncle : - Appliquer des compresses chaudes 4 fois par jour pendant 20 mn pour le ramollir ou le faire mûrir rapidement et pour réduire la douleur.	• En cas de démangeaisons : - Appliquer un linge chaud sur la peau - Se gratter de façon intempestive • En cas de furoncles : - Gratter les boutons du visage - Manipuler le furoncle - Appliquer des produits non conseillés par le médecin.	En cas d'échec de la prise en charge

Tableau LIII : Prise en charge des problèmes de bouche et de gorge			
Définition	Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire	Quand référer le malade ?
• Les douleurs de la bouche • La langue couverte d'une couche blanche • Des tâches blanches au fond de la bouche, de la langue et du palais • Une rougeur au niveau de la gorge • Une inflammation des amygdales Tous ses signes entraînent une difficulté au cours du repas. Les causes les plus fréquentes de certains de ces problèmes sont les suivantes : • Les levures (muguet, candidoses) • Les infections bactériennes (aphtes de la bouche, inflammations des gencives, angines) • Les infections virales (herpès buccal, sarcome de Kaposi) • La mauvaise hygiène (caries dentaires) • La malnutrition	• Pour prévenir les problèmes de bouche et de gorge : - Il faut rincer la cavité buccale avec de l'eau chaude salée (1/2 cuillère à café de sel pour une tasse d'eau) ou avec une solution bucco-dentaire après avoir mangé et entre les repas - Faire tourner doucement le liquide dans la bouche pendant cinq minutes et cracher. • En cas de douleurs dans la bouche : - Manger les aliments mous plutôt que les aliments durs ou croustillants - Manger des aliments non épicés - Absorber les liquides et les aliments en purée, en pâte et en bouillie, ce qui permet d'éviter la douleur due au contact des aliments avec les régions touchées - Sucrer de la glace ou boire des boissons froides permet d'engourdir la bouche et calmer ainsi la douleur. • En cas de tâches blanches dans la bouche : - Faire des bains de bouche à l'eau tiède salée ou citronnée après le repas et au coucher - Frotter doucement la langue et les gencives avec une compresse montée sur une tige imbibée d'eau tiède ou citronnée - Avoir une alimentation équilibrée - Consommer les jus de fruits (mangues)	• Consommer les aliments très sales, très sucrés ou très épicés (piments, poivre, ail) • Consommer les boissons gazeuses ou alcoolisées • Consommer des aliments chauds et acides • Arrêter de s'alimenter • Se brosser les dents avec une brosse dure. • Arrêter de se brosser les dents	• En cas d'échec de la prise en charge.

Tableau LIV : Prise en charge de la toux et des difficultés à respirer			
Définition	Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire	Quand référer le malade ?
Réaction de défense de l'organisme pour libérer les voies respiratoires encombrées. Elle peut être : • sèche (sans crachats) ou grasse (avec crachats) • aiguë (inférieure à 8 jours) ou chronique (plusieurs semaines) Elle peut être favorisée par l'exposition au froid et le tabagisme.	• Conseiller au patient de mettre sa main devant la bouche quand il tousse • Cracher dans un récipient qui peut se fermer • Aérer la pièce • Eviter les pièces trop ventilées ou climatisées • Se laver à l'eau tiède • S'habiller chaudement en cas de fraîcheur, surtout la nuit • Boire beaucoup d'eau pour adoucir la gorge • Ne pas prendre de boissons fraîches • Eviter les plats trop gras ou trop épicés Quelques remèdes non médicaux : • Gargarismes à l'eau salée en cas de mal de gorge • En cas de crachats, respirer des vapeurs d'eau chaude pendant 15 minutes plusieurs fois par jour pour les ramollir • Sirop : une part de miel plus une part de jus de citron. Prendre une cuillère à café de ce sirop toutes les deux ou trois heures • Thé au citron et au miel	• Paniquer • Laisser le malade seul • Prendre des médicaments contre la toux sans avis médical.	• En cas d'échec de la prise en charge

Tableau LV : Prise en charge des nausées et des vomissements			
Définition	Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire	Quand référer le malade ?
La nausée c'est l'envie de vomir. Le vomissement c'est le rejet du contenu de l'estomac par la bouche. Ces symptômes peuvent être provoqués par : - des médicaments - des infections - un problème de ventre - l'infection à VIH elle-même.	- Supprimer les odeurs et les aliments gênants - Mettre le malade en position demi – assise ou le coucher sur le coté gauche - Rechercher les signes de déshydratation (soif ; peau pincée qui revient lentement) - Proposer des médicaments déjà prescrits par un agent de santé au même malade - Conseiller au malade de rester une ou deux heures sans boire ni manger - Donner du SRO à boire - Donner à manger en petites quantités (pain, riz ou manioc)	- Conseiller au malade d'arrêter de s'alimenter - Proposer de s'allonger juste après le repas	En cas d'échec de la prise en charge

Tableau LVI : Prise en charge de la fatigue et de la faiblesse			
Définition	Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire	Quand référer le malade ?
La fatigue est la diminution de la capacité de l'organisme à faire une activité. La faiblesse est le manque de force physique. Les causes de la fatigue et de la faiblesse sont : - La pathologie chronique et incurable elle-même - La mauvaise nutrition - L'anémie - La dépression	- Conseiller le repos au malade - Suggérer aux membres de la famille d'aider le malade - Conseiller au malade de se laver et de cuisiner assis, d'utiliser un bassin pour faire ses besoins et de marcher avec une canne.	Augmenter les tâches professionnelles, domestiques et les activités.	En cas d'échec de la prise en charge

Conclusion

- La prise en compte des besoins physiologiques et de sécurité est importante en soins palliatifs
- On veillera à assurer au malade le maximum de confort possible dans son installation au lit, au fauteuil et à l'occasion de sa mobilisation
- Bien que de peu d'importance en apparence, ces petits actes relationnels et techniques rendent la vie du malade plus agréable et témoignent d'une réelle prise en charge respectueuse de son identité et de sa dignité

Chapitre 4. Soutien nutritionnel et alimentaire

Introduction

La relation entre la malnutrition et le SIDA est bien connue. L'infection par le VIH affaiblit l'état nutritionnel des personnes infectées et, à son tour, un mauvais état nutritionnel peut affecter la progression de l'infection par le VIH. La malnutrition quelque soit son origine, dégrade aussi le système immunitaire, entraînant une susceptibilité accrue aux infections. Elle augmente également la fatigue et diminue l'activité physique et la productivité au travail des personnes souffrant du VIH/SIDA.

Objectifs éducationnels

A la fin du cours le participant doit être capable de :

1. Définir alimentation, nutrition, aliment, nutriment, besoins énergétiques, dénutrition, malnutrition
2. Expliquer la relation entre VIH et malnutrition
3. Evaluer l'état nutritionnel et alimentaire d'une PVVIH
4. Conduire le counseling en nutrition
5. Conduire la prise en charge une PVVIH malnutrie
6. Conduire la prise en charge des symptômes associés à la malnutrition

Plan

1. Définitions
2. Contexte
3. Relation entre VIH et malnutrition
4. Besoins énergétiques du PVVIH en fonction du stade évolutif de l'infection à VIH
5. Evaluation de l'état nutritionnel
6. Prise en charge alimentaire et nutritionnelle des enfants et des adultes

1. DEFINITIONS

1.1 Alimentation

C'est l'action d'introduire les aliments dans l'organisme par la bouche. C'est un acte volontaire. La bonne alimentation est essentielle pour :

- La croissance, le développement, le remplacement et la réparation des cellules et des tissus ;
- La production de l'énergie, la chaleur, le mouvement et le travail ;
- La digestion et la maintenance du métabolisme de base ;
- La protection contre les maladies et la guérison.

1.2 Aliment

C'est une substance naturelle complexe qui fournit à l'organisme l'énergie nécessaire pour son bon fonctionnement (rester en vie, se déplacer, travailler, construire de nouvelles cellules et tissus pour la croissance, la reconstitution, la résistance et la lutte contre les infections).

Il existe 3 groupes d'aliments:

- aliments de construction, riches en protéines,
- aliments énergétiques riches en glucides et en lipides
- aliments de protection riches en vitamines et sels minéraux.

1.3 Nutrition

C'est l'ensemble des réactions métaboliques par lesquels l'organisme transforme et utilise les aliments pour obtenir de l'énergie et pour maintenir la vie. C'est un acte involontaire

1.4 Nutriments

Ce sont des substances chimiques provenant de la transformation des aliments dans l'organisme. Les nutriments essentiels pour la santé sont:

- ❖ Les macronutriments : Ce sont des substances qui sont nécessaires en grandes quantités au bon fonctionnement de l'organisme. Ce sont les hydrates de carbone, les protéines et les lipides ou corps gras.
- ❖ Les micronutriments : Ce sont des substances qui sont nécessaires en petites quantités au bon fonctionnement de l'organisme. Ce sont des éléments tels que les vitamines et les sels minéraux.

1.5 Besoins énergétiques

Ils représentent la quantité moyenne d'énergie et de nutriments nécessaires chaque jour à l'organisme pour se maintenir en bon état de santé physique, et psychique. Le métabolisme de base est l'énergie minimale dont l'organisme a besoin.

• Dénutrition

C'est l'ensemble de troubles caractérisant une insuffisance, une carence importante d'éléments nutritifs ; elle se caractérise par une perte de poids involontaire de 5 à 10% sur les 6 à 12 derniers mois par rapport au poids habituel de la personne.

• Malnutrition

C'est un état pathologique résultant d'une inadéquation par excès ou par défaut entre les apports alimentaires et les besoins de l'organisme..

- **Allaitement exclusif**

C'est le fait de nourrir l'enfant uniquement avec le lait maternel sans ajout d'eau, de décoction, de jus de fruits, de lait, de tisane ou d'autres aliments à l'exception de médicaments prescrits. Elle est recommandée pendant les 6 premiers mois de vie.

- **Alimentation mixte**

C'est le fait de nourrir l'enfant avec le lait maternel en lui donnant en plus, du lait de substitution, des céréales ou des liquides (thé, jus, eau).

- **Alimentation de remplacement**

C'est le fait de nourrir l'enfant uniquement avec les substituts du lait maternel. Ces substituts peuvent être du lait commercialisé ou des préparations de lait d'origine animale, végétale modifiées maison et enrichies en micronutriments.

- **Aliment de complément**

Ce sont tous les aliments, qu'ils soient de fabrication locale ou manufacturée, qui sont utilisés comme des compléments à l'allaitement ou aux substituts du lait maternel. Ces aliments sont recommandés pour les enfants de 6-24 mois.

- **Alimentation thérapeutique:**

C'est le fait d'utiliser les aliments spécifiques (Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi, Suppléments, laits thérapeutiques) pour traiter la malnutrition.

- **Supplémentation:**

C'est le fait d'utiliser un complément alimentaire pour pallier une carence. Elle peut avoir un intérêt prophylactique ou thérapeutique. Il existe des supplémentations en vitamines (vitamine A), en minéraux (fer, iode).

- **Soutien nutritionnel**

Le soutien (ou assistance) nutritionnel (le) est l'aide apportée à un malade qui ne peut s'alimenter pour raison de santé en vue de couvrir ses besoins nutritionnels. Le soutien nutritionnel peut se faire par voie entérale ou parentérale.

2. RELATION VIH /NUTRITION

L'infection à VIH augmente les besoins en nutriments des personnes infectées. Aussi les PVVIH doivent avoir une alimentation saine et équilibrée de façon à répondre à leurs besoins accrus en énergie et maintenir un bon état nutritionnel.

Cette augmentation des besoins en nutriments aura deux conséquences cliniques :

2.1. Perte de poids

Elle suit généralement deux modes chez les personnes malades:

- Perte de poids lente et progressive due à une anorexie et à des troubles gastro-intestinaux
- Perte de poids rapide et épisodique due à une infection secondaire. Même des pertes de poids relativement peu importantes, de l'ordre de 5%, ont été associées à une survie moins longue et doivent dès lors, être surveillées.

2.2. Syndrome d'atrophie ou cachexie

Le syndrome d'atrophie ou cachexie est une manifestation nutritionnelle grave. Il se caractérise par une importante perte de la partie maigre de l'organisme résultant de changements métaboliques survenus lors de la réaction en phase aiguë d'une infection. Au cours de cette phase, le foie produit d'importantes quantités de protéines spécifiques visant à lier et à éliminer les agents infectieux.

Ces protéines proviennent en grande partie du muscle squelettique. La cachexie affecte également l'appétit, les cycles de veille - sommeil et autres processus corporels.

3. RELATION ENTRE VIH ET MALNUTRITION

L'infection à VIH entraîne de profonds changements métaboliques (augmentation du métabolisme de base) avec réduction de la consommation alimentaire (malabsorption intestinales, lésions buccales, anorexie...) tout ceci entraînant une détérioration de l'état nutritionnel. Cet état pourrait être accentué par les effets secondaires de la prise des ARV. Aussi, un individu infecté par le VIH a plus de risque d'avoir la malnutrition par manque d'appétit, une malabsorption alimentaire, des infections chroniques et la survenue des maladies.

La malnutrition contribue à la progression du VIH et peut en résulter. Cette relation entre malnutrition et le VIH/sida crée un cercle vicieux.

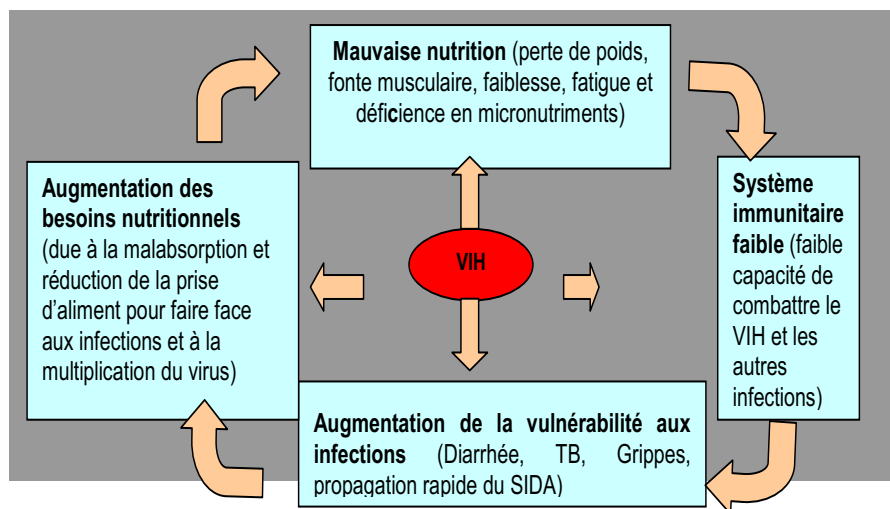


Figure 20 : le cycle malnutrition et infection dans le contexte du VIH/sida (FANTA 2002)

La malnutrition peut également prédisposer une personne à développer une tuberculose active. Or une infection au bacille de Koch sollicite le système immunitaire, facilite la

réplication du VIH et accélère la progression de l'infection vers le stade sida maladie. Par ailleurs, le virus peut être transmis de la mère à l'enfant par le lait maternel durant l'allaitement. Les mères séropositives ont besoin d'être informées pour faire un bon choix sur la manière d'alimenter leurs nourrissons. Les risques encourus pour un enfant qui n'a pas été allaité spécialement dans les milieux pauvres en ressources doivent être pesés par rapport au risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant par l'allaitement maternel. Un bon état nutritionnel est très important dès qu'une personne est infectée, par conséquent, une prise en charge nutritionnelle adéquate et de qualité doit être instaurée.

4. BESOINS ENERGETIQUES DU PVVIH EN FONCTION DU STADE EVOLUTIF DE L'INFECTION A VIH

Les PVVIH ont des besoins énergétiques supplémentaires à cause de :

- La réduction de l'apport alimentaire
- La mauvaise absorption des nutriments.

4. 1. Besoins énergétiques de l'adulte

Les besoins énergétiques ne sont pas les mêmes lorsque la PVVIH est symptomatique (ex : fièvre, faiblesse, diarrhée, perte de poids) ou asymptomatique

Tableau LVII : Apports énergétiques recommandés pour les PVVIH adultes selon le stade d'évolution de la maladie (en Kcal/j) adapté de l'OMS, 2003

Groupe de population	Normal VIH négatif	Phase du VIH Asymptomatique + 10%	Phase du VIH Symptomatique + 20 %
Adulte	2100	2300	2500
Femme enceinte	2400	2600	2900
Femme allaitante	2600	2800	3100

4. 2. Besoins énergétiques de l'enfant

❖ 6 mois à 18 ans

Le tableau LXI montre les apports énergétiques recommandés chez les enfants de 6 mois à 18 ans infectés et non infectés par le VIH selon le stade d'évolution de la maladie

Tableau LXVIII : Apports énergétiques recommandés chez les enfants de 6 mois à 18 ans infectés et non infectés par le VIH selon le stade d'évolution de la maladie

Groupe	VIH négatif	VIH Positif	
		Phase du VIH Asymptomatique (kcal/jour) + 10%	Phase du VIH Symptomatique (kcal/jour) + 20 %
Garçons			
6-11 mois	760-970	840-1070	910-1160

1-3 ans	1200-1410	1320-1550	1440-1690
3-5 ans	1410-1690	1550-1860	2170-2580
5-10 ans	1810-2150	1990-2370	3000-3360
10-14ans	2500-2800	2750-3080	3600-3720
14-18 ans	3000-3100	3300-3410	3600-3720
Filles			
6-11 mois	720-910	790-1000	860-1090
1-3 ans	1140-1310	1250-1440	1370-1570
2-5 ans	1310-1540	1440-1690	1570-1860
5-10 ans	1630-1880	1780-2070	1960-2260
10-14 ans	2300-2450	2530-2700	2760-2940
14-18 ans	2340-2500	2570-2750	2810-3000

Source : adaptée de Energy and protein requirements. Report of joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 724, 1985

Nb: pour les enfants séropositifs symptomatiques avec perte de poids, leurs besoins sont augmentés de 50 à 100 %.

Les apports énergétiques recommandés pour les enfants non infectés sont de 820-2210 kcal (OMS, 2003).

Tableau LIX: Besoins énergétiques et stades évolutifs du VIH/sida chez l'enfant

Status de l'enfant	Besoins énergétiques
Asymptomatique ou symptômes mineurs ou stable après > 6 mois ARV	10 %
Maladie Chronique ou infection opportuniste	25-30 %
Enfant malnutri sévère	50-100%
Perte de poids récente ou récente mise sous ARV avec regain de poids	100-150%

WHO 2011 Manual on Paediatric HIV Care and treatment for District Hospitals

5. ÉVALUATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

C'est un processus qui permet de déterminer l'état nutritionnel d'une personne. Cette évaluation s'appuie d'une part sur les mesures anthropométriques et d'autres parts sur l'interrogatoire, l'examen du carnet de santé chez le nourrisson et l'examen physique.

5.1. Mesures anthropométriques utilisées

Pour l'évaluation de l'état nutritionnel, l'âge, le poids, le périmètre brachial et la taille sont utilisés ensemble et fournissent d'importantes informations sur le statut nutritionnel d'un individu.

- **Poids**
 - reflet de l'état nutritionnel à court terme
 - Sa mesure se fait à l'aide d'une balance tarée avant chaque pesée
- **Périmètre brachial**

- C'est la mesure de l'épaisseur du tissu musculaire et graisseux sous cutané au niveau du biceps.
- Cette mesure est indiquée chez l'enfant à partir de 6 mois.
- **Taille**
 - Mesurée en position couchée pour les enfants de moins de 85 cm ou âgés de moins de 24 mois
 - Mesurée en position debout pour les autres

5.2. Indices anthropométriques

- **Indice de masse corporelle (IMC)**
 - Pour évaluer l'IMC, il est nécessaire de prendre le poids et de mesurer la taille
 - Il reflète la maigreur ou l'obésité. Il est utilisé comme indicateur de la malnutrition chez l'adolescent et l'adulte
 - $IMC = \text{Poids (kg)} / (\text{taille (mètre)})^2$

Lorsque les mesures anthropométriques sont combinées, elles sont appelées indices et ceux-ci permettent la classification des individus en fonction de leur statut nutritionnel.

- ❖ **Indice Poids-Taille (P/T)** = indicateur de malnutrition aiguë
 - Il reflète les pertes ou gain de poids récents quelque soit l'âge
- ❖ **Indice Taille - Age (T/A)** = indicateur de malnutrition chronique
 - Il reflète la croissance
- ❖ **Indice Poids- Age (P/A)**. Il traduit une malnutrition globale (aiguë et chronique).
 - Il reflète en même temps le P/T et le T/A

Les modes de calcul et d'expression des indices nutritionnels les plus utilisés sont :

- Le pourcentage par rapport à la médiane
 - % de la médiane = mesure observée x 100 / médiane de la population de référence du même sexe
- Le Z score
 - Il rend compte de la différence entre la mesure observée et la valeur médiane pour la population de référence. Cette différence est exprimée en prenant comme unité de mesure l'écart type de la population de référence.
 - est la mesure observée – valeur médiane/Ecart type de la population de référence

5.3. Evaluation clinique

- ❖ **Interrogatoire**
 - Rechercher les facteurs susceptibles d'entraîner une dénutrition : la maladie elle-même et les troubles associés (anorexie, troubles de la déglutition, manque d'appétit, problèmes bucco-dentaires, candidose buccale, état psychologique, diarrhée depuis plus de 14 jours, autres infections opportunistes chroniques etc.)
 - Rechercher une perte de poids par rapport à la dernière visite
 - Etudier le carnet de santé de l'enfant
 - Tracer la courbe pondérale de l'enfant
 - Vérifier son calendrier vaccinal
 - Evaluer la sécurité alimentaire au niveau individuel et des ménages,
 - Enquête alimentaire ; apport alimentaire et besoin recommandé pour l'âge de l'enfant ; type d'alimentation, mode de reconstitution des laits de remplacement

- Évaluer le système de soutien aux PVVIH (amis, famille et groupes de soutien),
- Discuter des habitudes de vie des PVVIH: cigarette, alcool et drogue,
- Évaluer le cadre de vie des PVVIH: assainissement dans la zone de résidence, hygiène alimentaire, source d'approvisionnement en eau potable,
- Se renseigner sur les médicaments, compléments alimentaires et thérapies traditionnelles utilisés par la PVVIH.
 - Conférer fiche d'évaluation de la sécurité alimentaire (voir annexe)
- ❖ Effectuer l'examen physique du patient
 - Apprécier l'état général
 - Rechercher des signes visibles de malnutrition
 - Rechercher des signes de déshydratation
 - Rechercher la présence d'œdème au niveau des 2 pieds
 - Evaluer l'autonomie du patient
 - Examiner ou observer les complications ou autres signes alarmants
 - Anémie sévère (pâleur des paumes des mains, des muqueuses, présence de signes d'intolérance de l'anémie)
 - Déshydratation sévère (pli cutané persistant, léthargie, obnubilation, yeux excavés, soif intense, sécheresse des muqueuses)
 - Tuberculose active

Nb : La présence d'œdèmes traduit d'emblée une malnutrition sévère quelque soit la valeur des indices anthropométriques.

5.3. Examens paracliniques (si possible)

- NFS
- VS
- Protidémie
- Albumine et pré-albumine permettent d'évaluer l'état des protéines
- Albuminémie (attention : la déshydratation peut entraîner une fausse élévation du taux d'albumine !)
 - 30 – 35 g/l : dénutrition modérée
 - 25 – 30 g/l : dénutrition sévère
 - < 25 g/l : dénutrition profonde
- Pré albumine
 - 150 – 220 mg/l : dénutrition modérée
 - 100 – 150 mg/l : dénutrition sévère
 - < 100 mg/l : **dénutrition profonde**

5.4 Classification de l'état nutritionnel

5.4.1. Classification de la malnutrition selon l'indice Poids/Taille chez l'enfant de 6 à 59 mois

Tableau LX : Classification de la malnutrition selon l'indice Poids/Taille chez l'enfant de 6 à 59 mois

Différents niveaux de malnutrition	Types de malnutrition
------------------------------------	-----------------------

P/T < -3 Z Score	Malnutrition aigue sévère
-3 Z Score < P/T < -2 Z Score	Malnutrition aigue modérée
P/T > -2 Z score	Statut nutritionnel normal

5.4.2 Classification de la malnutrition selon le périmètre brachial chez les enfants de 6 à 59 mois

Tableau LXI: Classification de l'état nutritionnel en fonction du périmètre brachial

Périmètre brachial en cm	Interprétation
12,5 et plus	Bon état nutritionnel
Entre 11,5 et 12,5	Malnutrition modérée
Moins de 11,5 cm	Malnutrition sévère

Classification de la malnutrition selon l'indice Poids/Taille chez l'enfant de 6 à 59 mois (voir annexe table P/T (z-score))

5.4.3 Chez les enfants de plus de 5 ans, les adolescents et les adultes.

Les indicateurs utilisés sont :

❖ **Indice Poids-Taille (P/T)**

❖ **Indice de masse corporelle (IMC)**

Tableau LXII: Classification de l'état nutritionnel en fonction de l'IMC

IMC (Kg/m²)	Etat nutritionnel
<16	Maigreur sévère
16-18,5	Maigreur
18,5-24,9	Normal
25-29,9	Surpoids
30-34,9	Obésité modérée
35-39,9	Obésité sévère
≥ 40	Obésité très sévère

❖ **Périmètre brachial**

- dénutrition si PB < 21 cm chez l'adulte).

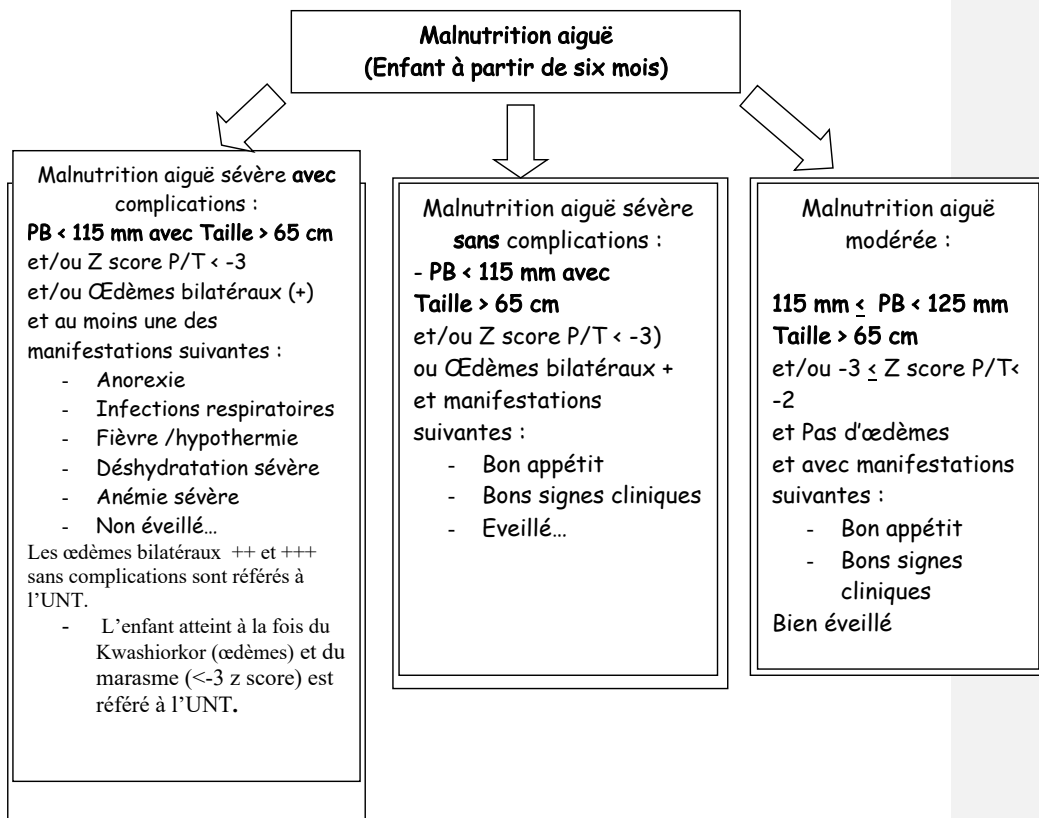


Figure 21 : Classification de la malnutrition aigue chez l'enfant

5.4.4 Cas particulier de la femme enceinte et allaitante

Femme enceinte

Indicateurs utilisés

❖ Poids

- Connaître le poids avant la grossesse
- S'assurer qu'il n'y a pas de perte de poids pendant le 1^{er} trimestre
- S'assurer qu'il n'y a pas un gain de poids de plus de 1,5 kg/mois à partir du 2^{ème} trimestre jusqu'à l'accouchement

❖ Périmètre brachial

- Si PB < 18,5 cm = malnutrition aigue sévère
- Si 18,5 < PB < 21cm = malnutrition aigue modérée

Femme allaitante

Indicateurs utilisés

❖ Périmètre brachial

- Si PB < 18,5 cm = malnutrition aigue sévère
- Si 18,5 < PB < 21 cm = malnutrition aigue modérée

NB : l'IMC n'est pas indiqué chez la femme enceinte et allaitante parce que leur état peut entraîner des changements de poids qui ne sont pas liés au statut nutritionnel de la femme.

6. PRISE EN CHARGE ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DES ENFANTS ET DES ADULTES

Objectifs de la prise en charge

- Maintenir le poids idéal et l'indice de masse corporelle normal
- Gagner ou réduire le poids pour un indice de masse corporelle normal
- Augmenter l'adhérence au traitement
- Améliorer de façon durable les comportements de la PVVIH et de sa famille vis-à-vis de l'alimentation

Les différents modes de prise en charge nutritionnelle

On distingue plusieurs modes :

- La prise en charge nutritionnelle orale qui comporte :
 - des conseils nutritionnels
 - une aide à la prise alimentaire
 - une alimentation enrichie/prescription des aliments thérapeutiques
 - des compléments nutritionnels
- La prise en charge nutritionnelle entérale
- La prise en charge nutritionnelle parentérale

6.1. Prise en charge nutritionnelle en fonction de l'âge

6.1.1. Alimentation du nourrisson de 0 à 6 mois né d'une mère séropositive

Le lait maternel est le meilleur aliment pour le nourrisson et le jeune enfant ; Il facilite la croissance, le développement et protège l'enfant contre les maladies. Cependant, le choix de l'alimentation doit être basé sur le principe de l'équilibre des risques ; Suite aux recommandations internationales de l'OMS en 2006 sur l'alimentation de l'enfant de 0 à 24 mois né de mère infectée par le VIH, le consensus national a retenu deux options :

1. L'alimentation de remplacement est recommandée à condition qu'elle soit Acceptable, Faisable, Abordable, Durable et Sure (AFDS) pour la mère et l'enfant. Il faut évaluer régulièrement les conditions AFDS et nutritionnels de la mère et de l'enfant. L'introduction des aliments de complément se fera à 6 mois ;
2. L'allaitement exclusif durant les 6 premiers mois est recommandé, si l'alimentation de remplacement n'est pas AFDS pour la mère et l'enfant.

L'introduction des aliments de compléments se fera à partir de 6 mois.

La mère doit être informée des risques et des bénéfices de chaque option.

Tableau LXIII : Avantages, inconvénients, conduite de l'alimentation et conseils en fonction du type d'aliment choisi pour le nouveau-né né de mère séropositive

	Avantages	Inconvénients	Conduite	Conseils
Allaitement exclusif	Couvre la totalité des besoins en nutriments de l'enfant de la naissance à 6 mois ; Protège l'enfant contre les infections Renforce la relation mère enfant ; Est gratuit et disponible en permanence, à souhait Absence de risque de stigmatisation en utilisant ce mode d'alimentation	Risque de transmission du VIH	Mettre au sein le plus précocement possible. Donner à têter à la demande. Laisser l'enfant au sein jusqu'à ce qu'il soit rassasié et réserver l'autre sein pour la tétée suivante. Ne donner ni eau ni d'autres aliments à l'exception des médicaments prescrits. Exprimer le lait en cas de déplacement de la mère et habituer l'enfant à la tasse. Ne pas excéder 6 mois pour l'allaitement exclusif. L'arrêt de l'allaitement peut se faire à n'importe quel moment entre 0 et 6 mois dès que l'alimentation de substitution devient Acceptable, Faisable, Accessible, Durable et Sûre (AFADS) pour elle et son bébé	Soutenir la mère pour poursuivre l'allaitement Donner des messages clairs aux mères : L'allaitement exclusif favorise une production suffisante de lait pour les besoins de l'enfant ; Les nourrissons âgés de moins de six mois sous allaitement ne doivent recevoir que du lait maternel ; Les mauvaises pratiques doivent être corrigées (mauvaise position de l'enfant, mauvaise prise du sein) Les pathologies du sein doivent être diagnostiquées et traitées
Alimentation de remplacement	Ne transmet pas le VIH Renferme tous les éléments nutritifs dont l'enfant a besoin Permet la participation des autres membres de la famille à l'alimentation de l'enfant	Difficulté de préparation (eau propre, source d'énergie et du temps) Risque accru d'infections Absence d'anticorps maternels protecteurs Coût élevé augmentant les dépenses familiales Risque de stigmatisation liée à l'absence allaitement.	Utiliser de l'eau propre, des ustensiles propres et du matériel de chauffage ; Respecter les règles d'hygiène lors des préparations ; Respecter les règles de dilution ; Donner à la tasse l'alimentation de remplacement	Soutenir et encourager la mère S'assurer des différents points suivants : La mère pourra se procurer l'alimentation de remplacement ; La mère a le soutien de l'entourage et/ou de son partenaire L'accès à l'eau potable, au matériel de chauffage existe et sera disponible tout au long de l'alimentation ; Les règles d'hygiène lors de la préparation de l'alimentation de substitution seront respectées ; Les règles de dilution sont comprises ; Les quantités de lait données à l'enfant sont adéquates L'alimentation de remplacement est AFADS ; Informar la mère qu'un nouveau-né est nourri fréquemment par de petites quantités. La quantité augmente progressivement au fur et à mesure que l'enfant grandit et selon son appétit

6.1.2. Alimentation du nourrisson de 6 mois à 24 mois infectés ou affectés par le VIH

Actions du prestataire

- Mesurer, peser l'enfant et tracer sa courbe de poids
- Vérifier les pratiques d'alimentation de l'enfant et conseiller la mère de façon adéquate
- Vérifier l'état de santé de l'enfant depuis la dernière visite
- Faire l'évaluation AFADS pour l'arrêt ou la poursuite de l'allaitement tous les 3 mois
- Apporter une aide à la mère pour la réussite de l'arrêt de l'allaitement
- Insister sur l'introduction appropriée des aliments de complément
- Vérifier la bonne conduite de l'alimentation de complément
- Supplémenter en vitamine A selon les directives nationales
 - o Supplémenter en vitamine A à la dose unique à J1 de la prise en charge
 - de 6-11 mois : 100 000 UI
 - enfant de plus de 12 mois : 200 000 UI
- Déparasiter à partir de 6 mois

6.1.3. Alimentation des enfants de 24 mois à 59 mois infectés

Actions du prestataire

- Prendre régulièrement le poids tous les mois ;
- Recueillir l'histoire de l'alimentation de l'enfant à chaque consultation de routine ou quand l'enfant est malade ;
- Vérifier l'observance du traitement ARV si l'enfant est sous traitement ;
- Donner des conseils sur la manière d'améliorer le régime alimentaire en tenant compte de l'âge de l'enfant, des ressources locales et des conditions de vie de la famille ;
- Effectuer des démonstrations culinaires à partir des produits locaux ;
- Evaluer les conditions socio-économiques de la famille ;
- Prendre en charge précocement les problèmes de santé (candidoses oropharyngées ; diarrhées, épisodes infectieux...) avant que cela n'ait des répercussions sur l'état nutritionnel de l'enfant ;
- Supplémenter en vitamine A selon les directives nationales et lui donner d'autres micronutriments selon le cas ;
- Déparasiter tous les 6 mois jusqu'à 59 mois ;
- Vérifier le calendrier vaccinal et encourager la mise à jour des vaccins non faits pour l'âge ;

6.1.4. Alimentation des enfants de 5 ans à la pré adolescence séropositifs

Elle est identique à l'alimentation des autres enfants. Elle doit être variée et équilibrée. Il faut suivre les règles d'hygiène alimentaire

6.1.5. Soins et soutien pour les adultes et les adolescents

Actions du prestataire

- Développer un plan d'exercices physiques réguliers avec le patient pour prévenir l'amaigrissement, tonifier le corps et stimuler l'appétit. Si la fonte musculaire persiste en dépit des exercices réguliers, le patient devra être référé pour assistance médicale
- Déparasiter systématiquement les PVVIH et les membres de leur famille (sauf les femmes enceintes au cours du 1^{er} trimestre de grossesse) deux fois /an
- Conseiller les rapports sexuels protégés pour éviter la réinfection
- Inciter les PVVIH à participer aux réunions /séminaires relatifs au VIH/sida
- Mettre à leur disposition un guide ou matériel d'information sur la nutrition
- Référer les PVVIH vers les groupes de soutien et/ou les organisations /services pour avoir des informations ou soutien alimentaire et nutritionnel
- Suivre les directives pour la prise en charge nutritionnelle des symptômes associés au VIH/sida

6.2. Prise en charge en situations particulières

6.2.1. Soins et soutien pour les femmes enceintes et allaitantes

Actions du prestataire

- Apporter des suppléments en vitamines A aux femmes dans le post partum selon les directives nationales
- Déparasiter les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre
- Apporter des suppléments aux femmes enceintes en fer et en acide folique
- Traiter précocement toute infection pour minimiser l'impact sur l'état nutritionnel
- Prévenir les infections d'origine alimentaire en suivant les règles d'hygiène recommandées
- Prévenir le paludisme (dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide et faire une chimio prophylaxie)
- Conseiller les rapports sexuels protégés afin d'éviter la réinfection
- Encourager la consultation prénatale et post natale
- Encourager la fréquentation des services gratuits de PTME et de traitement ARV disponible en Cote d'Ivoire
- Développer un plan d'exercices physiques réguliers avec le patient pour prévenir l'amaigrissement, tonifier le corps et stimuler l'appétit. Si la fonte musculaire persiste en dépit des exercices réguliers, le patient devra être référé pour assistance médicale
- Suivre les directives pour la prise en charge nutritionnelle des symptômes associés au VIH/sida
- Inciter les PVVIH à participer aux réunions /séminaires relatifs au VIH/sida
- Mettre à leur disposition un guide ou matériel d'information sur la nutrition
 - Référer les PVVIH vers les groupes de soutien et/ou les organisations /services pour avoir des informations ou soutien alimentaire et nutritionnelle
 - Encourager l'implication du conjoint

6.3. Prise en charge en fonction de l'état nutritionnel

6.3.1. Adulte eutrophique

Tableau LXIV : Prise en charge nutritionnelle du sujet adulte VIH + avec IMC normal sans perte de poids

Critères de classification	Classification	Conduite à tenir
Adultes - IMC : 18,5-24,9 Femmes enceintes/ou allaitantes - PB> 210 mm - En l'absence de signe et symptôme de maladie, pas de perte récente de poids	Etat nutritionnel normal	- Evaluation nutritionnelle périodique - Conseils nutritionnels et éducation nutritionnelle sur des messages clés - Supplémentation en micronutriments selon ses besoins - Eau potable et déparasitage - Lien à des programmes communautaires pour la sécurité alimentaire

Tableau LXV: Prise en charge nutritionnelle du sujet adulte VIH + avec malnutrition légère ou modérée

Critères de classification	Classification	Conduite pratique
Adultes - IMC : 17-18,49 - Perte de poids non intentionnelle confirmée d'au moins 10 % par rapport à la dernière visite ou perte de poids rapportée (ex desserrement des habits)	Malnutrition légère	Evaluation nutritionnelle périodique Conseils nutritionnels et éducation nutritionnelle sur des messages clés Supplémentation en micronutriments selon ses besoins Eau potable et déparasitage Lien à des programmes communautaires pour la sécurité alimentaire
Femmes enceintes/ou allaitantes - 185 mm > PB <210 mm - Gain de poids de moins d'un kg au cours du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse - Taux d'hémoglobine inférieur à 11g/dl, si associé à une anémie		
Adultes - IMC : 16-16,90 et/ou - Perte de poids non intentionnelle confirmée d'au moins 10 % par rapport à la dernière visite - Perte de poids rapportée (ex desserrement des habits)	Malnutrition modérée sans complications	Evaluation nutritionnelle mensuelle Conseils nutritionnels et surveillance du gain de poids et conseils sur les pratiques alimentaires Paquet de ration de supplémentation environ 40% des besoins en énergie) Eau potable et déparasitage
Femmes enceintes/ou allaitantes - 185 mm > PB <210 mm et /ou - Gain de poids de moins d'un kg au cours du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse Taux d'hémoglobine inférieur à 11g/dl, si associé à une anémie	Malnutrition modérée avec infections opportunistes	Référence à un centre de santé à compétence médicale si nécessaire Evaluation nutritionnelle mensuelle Traitements en fonction du diagnostic de l'IO Conseils nutritionnels et surveillance du gain de poids et sur les pratiques alimentaires Paquets de ration de supplémentation (environ 40%des besoins en énergie) Eau potable et déparasitage
	Malnutrition modérée avec anémie	Référence à un centre de santé à compétence médicale Hospitalisation et traitement Surveillance des constantes (température, poids, tension artérielle) Aliments thérapeutiques (environ 100% des besoins en énergie et en micronutriments) Eau potable et déparasitage

--	--	--

Tableau LXVI: Prise en charge nutritionnelle avec intervention et suivi du sujet adulte VIH + ayant une malnutrition aigue modérée

Critères d'éligibilité	Intervention	Suivi
16 < IMC ≤ 18,5 PB = 18,5 – 21 cm	400 g de CSB par jour Environ 1600 kcal/jour, Supplémentation en micronutriments Déparasitage	IMC > 18,5 ou PB > 21 cm pendant 2 visites consécutives.

6.3.3. Adulte avec Malnutrition aigue sévère

Tableau LXVII: Prise en charge nutritionnelle du sujet adulte VIH + ayant une malnutrition aigue sévère

Critères de classification	Classification	Conduite à tenir
Adultes IMC < 16 et ou perte récente de poids de plus de 10% par rapport à celui de la dernière visite	Malnutrition sévère sans complication	Evaluation nutritionnelle périodique Conseils nutritionnels et éducation nutritionnelle sur des messages clés Aliments thérapeutiques (environ 100% des besoins en énergie et en micronutriments) Eau potable et déparasitage
œdèmes bilatéraux	Malnutrition sévère avec déshydratation	Référence à centre de santé Hospitalisation et traitement médical systématique Pesée chaque jour Aliments thérapeutiques (environ 100% des besoins en énergie et en micronutriments) Eau potable et déparasitage
Femmes enceintes/ou allaitantes - PB < 185 mm - œdèmes bilatéraux	Malnutrition sévère avec infections opportunistes	Référence à centre de santé à compétence médicale Hospitalisation et traitement médical systématique Surveillance des constantes Aliments thérapeutiques (environ 100% des besoins en énergie et en micronutriments) Eau potable et déparasitage
	Malnutrition sévère avec anémie	Référence à centre de santé à compétence médicale Hospitalisation et traitement médical systématique (avec transfusion si Hb < 7 g/dl) Surveillance des constantes Aliments thérapeutiques (environ 100% des besoins en énergie et en micronutriments)

		Eau potable et déparasitage
--	--	-----------------------------

Tableau LXVIII: Prise en charge nutritionnelle avec intervention et suivi du sujet adulte VIH + avec malnutrition aigue sévère

Critères d'éligibilité	Intervention	Suivi
IMC < 16 Ou Si le sujet ne peut se tenir droit de pour la mesure de la taille, PB < 16 Ou Œdème bilatéral + IMC < 18.5	276 g d'ATPE/jr (soit 3 sachets de Plumpynut) + 400 g CSB/j (Environ 3,100 kcal/j fournis par une combinaison d'ATPE et de CSB (ex : 1 kcal ATPE + 1600 kcal CSB) Supplémentation en fer et acide folique Déparasitage	IMC > 16 (transition vers le protocole d'alimentation thérapeutique pour les malnut modérés) et Pas d'œdème depuis au moins visites consécutives espacées 10 jours.

6.3.4. *Enfant avec Malnutrition aigue sévère*

Tableau LXIX: Prise en charge nutritionnelle des enfants nés de mères séropositives, des enfants vivants avec le VIH et /ou malade de la tuberculose de 0 à 18 ans avec malnutrition aigue sévère

Critères de classification	Classification	Conduite à tenir
Nourrissons de moins de 6 mois ou ayant une taille de moins de 65 cm ou ayant moins de 3 kg faibles pour têter et avec une perte de poids Quelque soit l'âge : Œdèmes bilatéraux ou P/T z score < -3 (référence OMS) ou médiane en dessous de 70 % (référence NCNS) Ou PB - enfant de 6-59 mois < 115 mm - enfant de 6-9 ans < 135 mm - enfant de 10-14 ans < 160 mm	Malnutrition aigue sévère : Si au moins un signe alarmant d'infection opportuniste Age < 6 mois Œdèmes bilatéraux Anorexie	Appliquer le protocole national de prise en charge de la malnutrition aigue sévère avec les phases suivantes - Phase 1 (un à deux jours) ; donner le lait thérapeutique F 75 (apporte 75 Kcal/100 ml). La ration est de 100kcal/130 ml/kg/j en 8 repas - Phase de transition et phase 2 remplacer le lait F 75 par le lait F 100 (70-80 ml/kg/j) et introduire graduellement les ATPE en petites quantités jusqu'à ce que l'enfant puisse prendre 3 ou 4 sachets /jour et aussi d'autres aliments comme les AMF pour arriver à satisfaire

Ou IMC pour âge (5-18 ans) Z-score < -3		ses besoins nutritionnels.
---	--	----------------------------

Tableau LXX : Distribution des sachets de Plumpy'nut® selon la classe de poids

Poids de l'enfant	Sachets par jour	Sachets par semaine
3-3,9	1,5	11
4-5,4	2	14
5,5-6,9	2,5	18
7-8,4	3	21
8,5-9,4	3,5	25
9,5-10,4	4	28
10,5-11,9	4,5	32
≥ 12	5	35

6.3.4.1. *Malnutrition aigue sévère de l'enfant sans complications: Z score < 3*

Faire le test de l'appétit.

TEST DE L'APPÉTIT

Comment faire le test de l'appétit ?

- Dans un endroit calme,
- Expliquer à l'accompagnant le but du test et comment cela va se faire,
- Laver avec du savon les mains et la bouche de l'enfant avant et après le repas ainsi que les mains de l'accompagnant ; si besoin, laver le sachet de PlumpyNut® également,
- Faire asseoir confortablement l'enfant et lui offrir le BP 100 ou le PlumpyNut®,
- L'encourager à manger sans le forcer,
- Le test ne doit pas durer; maximum 1 heure
- Offrir à l'enfant assez d'eau dans une tasse pendant qu'il prend le produit,
- Quand l'enfant a fini, il faut estimer ou mesurer la quantité.

Pour passer le test de l'appétit, l'enfant doit prendre au moins le volume qui se trouve dans le tableau ci dessous

Tableau LXXI : Quantité d'ATPE à consommer pour le test de l'appétit en l'absence de balance de précision

Plumpy nut®

Poids corporel (Kg)	Sachets
Moins de 4 kg	1/8 à ¼
4 - 6,9	¼ à 1/3
7 - 9,9	1/3 à ½
10 - 14,9	½ à ¾
15 – 29	¾ à 1
Plus de 30 kg	>1

Si le test de l'appétit est positif, le traitement peut être fait en ambulatoire.

Tableau LXXII : Prise en charge nutritionnelle de l'enfant VIH + ayant une malnutrition aigue sévère sans complication.

Cibles et critères d'éligibilité	Intervention	Suivi
OEV 6 – 59 Mois		
Malnutrition aigue sévère sans complication	ATPE (PlumpyNut®) 200 kcal/kg/j Supplémentation en vitamine A: - 6-12 mois 100 000 UI (capsule bleue) - 12-59 mois 200 000 UI (capsule rouge) Déparasitage 1 fois tous les 6 mois: Conseils nutritionnels • Hygiène Alimentaire • Hygiène corporelle • Hygiène Environnementale • Hygiène de Vie	Si gain de poids (3–5 g/kg/ j), revoir chaque 2 semaines. Si pas de gain de poids, perte de poids depuis plus de 3 semaines ou en cas d'apparition d'œdèmes, envisager une admission en hospitalisation à l'UNT pour soins appropriés. Si le poids cible est atteint à l'issue de 2 pesées consécutives Transition vers un régime pour malnutrition modérée -P/T -2<z-score < -3 et - absence d'œdème depuis plus de 2 semaines consécutives - Prend correctement l'ATPE depuis au moins 8 semaines.
OEV 6- 10 ans		
	ATPE (PlumpyNut®): 75-100 kcal/kg/j Déparasitage Conseils nutritionnels	Si gain de poids (3–5 g/kg/ j), revoir l'enfant chaque 2 semaines. Si pas de gain de poids, perte de poids depuis plus de 3 semaines ou en cas d'apparition d'œdèmes, envisager une admission en hospitalisation à l'UNT pour soins appropriés. Sortie si: <u>Transition vers un régime pour malnutrition modérée</u> -P/T -2<z score < -3 (ou PB >11,5)

		et - Absence d'œdème depuis plus de 2 semaines consécutives - Prend correctement l'ATPE depuis au moins 8 semaines.
- OEV de 11 à 17 ans		
PB < 16cm	ATPE ((PlumpyNut®): 60-90 kcal/kg/j Déparasitage Conseils nutritionnels Supplémentation en fer	Si gain de poids (3-5 g/kg/ j), revoir chaque 2 semaines. Si pas de gain de poids, perte de poids depuis plus de 3 semaines ou en cas d'apparition d'œdèmes, envisager une admission en hospitalisation à l'UNT pour soins appropriés. Transition vers un régime pour malnutrition modérée PB > 16 et - Absence d'œdème depuis plus de 2 semaines consécutives - Prend correctement l'ATPE depuis au moins 8 semaines.

Si le test de l'appétit est négatif référer l'enfant dans une UNT.

6.3.4.2 Enfant avec Malnutrition aigue légère ou modérée

Tableau LXXIII : Prise en charge nutritionnelle des enfants nés de mères séropositives, des enfants vivants avec le VIH et /ou malade de la tuberculose de 0 à 18 ans avec malnutrition aigue légère ou modérée

Critères de classification	Classification	Conduite à tenir
P/T : Z score entre -2 et -3 (référence OMS) ou médiane P/T 70-79,9% (référence NCHS) Quelque soit l'âge Ou PB - enfant de 6-11 mois : $115 \leq PB < 120$ mm - enfant de 12-59 mois $120 \leq PB < 125$ mm - enfant de 6-9 ans $125 \leq PB < 145$ mm - enfant de 10-18 ans $145 \leq PB < 180$ mm Ou IMC pour âge (5-18 ans) Z-score - 2 à -3 Courbe de poids descendante Perte de poids d'au moins 10 % depuis la dernière visite Maladies chroniques des poumons Tuberculose	Malnutrition aigue légère ou modérée	Appliquer le protocole national de prise en charge de la malnutrition aigue modérée - Donner des conseils nutritionnels à la mère en tenant compte des besoins nutritionnels qui sont augmentés de 50 à 100 % chez les enfants symptomatiques. - Fournir un supplément alimentaire (ex Plumpy'nut® ou CSB) à l'enfant pendant au moins deux mois (500 à 700 kcal/j)

Diarrhée persistante Autres affections chroniques		
--	--	--

6.3.4.3 Enfant avec Malnutrition modérée

Tableau LXXIV: Prise en charge nutritionnelle avec intervention et suivi du sujet enfant VIH + avec malnutrition aigue modérée

Critères d'éligibilité	Intervention	Suivi
P/T -3 <P/T < -2 selon l'OMS Ou PB 6-11 mois: 11,5 à 12,5 cm 12-59 mois: 11,5 à 12,5 cm 5-9 ans: 13,5 à 14,5cm 10-14 ans: 16,0 à 18,5 cm	6-23 mois: 100-120 g CSB/j + ½ sachet d'ATPE/j 24-59 mois: 200-250 g CSB/j + 1 sachet d'ATPE/j 6-10 ans: 300 g/j CSB/j + 1 sachet d'ATPE/j 11-18 ans: 400g CSB /j +1 sachet d'ATPE/j Déparasitage Conseils nutritionnels Supplémentation en fer	6-23 mois: Sortie si l'enfant atteint l'âge de 24 mois et réévaluer l'enfant Si enfant est encore malnutri, continuer l'alimentation thérapeutique basée sur les critères anthropométriques 24-59 mois: Sortie si P/T > -2 ou PB > 12,5 cm depuis plus de 2 semaines consécutives 5-18 ans: Sortie si PB > aux limites de la malnutrition modérée en fonction de l'âge Conseils nutritionnels - Enrichissement des repas* - Hygiène alimentaire Suivi régulier ARV si éligible au traitement

6.3.5 Durée de la PEC nutritionnelle avec ATPE et CSB

- Adultes sévèrement malnutris: 2 mois de 276 g/jour d'ATPE + 400 g/jour de CSB, suivi de 2 mois de 400 g/jour de CSB.
- Malnutrition modérée chez adultes: 3 mois de 400 g/jour de CSB.
- Malnutrition sévère chez les femmes enceintes et allaitantes (issue de la PTME): 2 mois de 276 g/jour d'ATPE + 400 g/jour de CSB, suivi par 4 mois de 400 g/jour de CSB.
- Malnutrition modérée chez les femmes enceintes et allaitantes (issue de la PTME): 4 mois de CSB à raison de 400g/jour.
- OEV malnutris sévères: 2 mois de 200 kcal/kg/jour d'ATPE (en moyenne 276 g/jour d'ATPE), suivi de 2 mois de 92 g/jour d'ATPE + en moyenne 100 g/jour de CSB.
- OEV malnutris modéré: 2 mois de 92 g/jour d'ATPE + en moyenne 100 g/jour de CSB

3.6 Prise en charge des complications de la malnutrition sévère de l'enfant

Les complications possibles dans une malnutrition sévère sont :

- La déshydratation
- L'infection : fièvre, choc septique...
- L'anémie
- L'hypoglycémie
- L'hypothermie
- Les œdèmes
- La défaillance cardiaque

Devant ces signes de complications référer l'enfant dans une UNT pour une prise en charge appropriée.

4. Prise en charge nutritionnelle des symptômes associés au VIH/sida

Tableau LXXV : Prise en charge nutritionnelle des symptômes associés au VIH/sida

Symptômes	Pratiques à encourager	Pratiques à éviter
Pertes d'appétit (anorexie)	• Manger fréquemment des petits repas (fractionner les repas), • Essayer les recettes simples qui peuvent aider à retrouver l'appétit, • Boire beaucoup d'eau, de lait, de yaourt, de soupes, de tisanes ou de jus tout au long de la journée, • Rincer la bouche avant de manger pour que les aliments soient plus frais au palais, • Relever le goût des aliments avec des épices, • Faire des exercices physiques comme des promenades en plein air et respirer à pleins poumons pour stimuler l'appétit, • Manger dans une pièce aérée, loin des odeurs de cuisine ou désagréables, • Encourager la prise des repas en famille.	• Trop boire avant ou durant les repas, • Prendre intempestivement des vitamines et des orexigènes (stimulants de l'appétit), • Les boissons gazeuses, la bière et les aliments tels que le chou, et les haricots secs qui provoquent des gaz, • Consommer l'alcool. Il diminue l'appétit, affaiblit l'organisme et peut interagir avec les médicaments.
Diarrhée	• Se laver les mains avec du savon avant et après et à la sortie des toilettes, • Boire au moins 2 litres de liquide par jour, • Manger des bouillies à base de céréales, les pommes de terre, • Manger des légumes (la courge, la carotte) et les soupes de légumes pour compenser la perte en minéraux, • Eplucher et/ou faire	• S'abstenir de manger et de boire pendant l'épisode de diarrhée, • Consommer du lait (intolérance au lactose), des épices et aliments trop gras, la charcuterie, les crudités, les fruits frais (papaye, mangue...), le café.

	cuire les légumes et les fruits, de façon à ce qu'ils soient mieux tolérés, • Consulter un médecin ou un agent de santé avant de prendre un médicament anti diarrhéique.	
Nausées/vomissements	• S'asseoir pour manger et attendre une à deux heures après avoir mangé pour vous allonger, • Boire entre les repas, • Eviter de préparer soi-même les repas (l'odeur des aliments lors de la préparation ou de la cuisson peut aggraver l'état nauséeux), • Boire de petites quantités d'eau, de soupe et de tisanes à base d'épices, manger des aliments semi liquide et retourner à une alimentation solide dès que les vomissements cessent, • Respirer le zeste d'une orange fraîche ou d'un citron, ou boire un jus de citron dans de l'eau chaude, ou une tisane à base de plantes ou de gingembre, • Manger des aliments secs et salés tels que du pain grillé, des biscuits et des céréales, • Consulter un médecin ou un agent de santé avant de prendre un antiémétique si nécessaire.	• Prendre des repas trop épicés ou très sucrés, • S'allonger après les repas.
Rhumes, toux	• Boire beaucoup d'eau et se mettre au repos, • Prendre des tisanes à	• Boire les boissons fraîches

	- base de plantes, • Consulter un agent de santé si le rhume persiste au-delà d'une semaine ou si vous avez une forte fièvre, une toux très grasse ou avec du sang ou une expectoration malodorante,	
Maux de gorge	• Prendre une grande cuillère d'un jus de citron au miel aussi souvent que possible, • Prendre les tisanes à base de plantes, • Consulter un médecin ou un agent de santé	• Boire les boissons fraîches
Fièvre	• Boire beaucoup d'eau, • Faire un enveloppement humide, • Consulter un médecin ou agent de santé en cas de persistance	• Eviter de porter des habits qui tiennent chaud.
Lésions de la bouche	• Manger des aliments semi liquide, écrasés ou moelleux tels que l'avocat, la courge, la papaye, la banane, le yaourt, les légumes à la crème, les plats de pâtes et les aliments hachés, • Faire en sorte que les aliments soient plus liquides ou imbibe les aliments secs en les faisant tremper, • Boire les boissons fraîches, soupes, jus de fruit ou de légumes. • Rincer la bouche avec du bicarbonate de soude mélangé à de l'eau si les gencives sont sensibles.	• Consommer des plats trop chauds ou trop froids, • Consommer les aliments très épicés ou très salés, • Consommer les aliments acides ou très aigres comme les oranges, les citrons, l'ananas, le vinaigre et les tomates, • Consommer les aliments qui nécessitent une longue mastication comme les légumes crus ou ceux qui sont collants et difficiles à avaler, • Utiliser les cuillères métalliques, • Consommer les aliments sucrés en cas de muguet tels que le sucre, le miel, les fruits et les boissons sucrées qui peuvent aggraver l'état du malade.

4. 1 Liens entre les services de soins et la communauté

Pour garantir leur sécurité alimentaire et éviter les rechutes, le praticien devra faciliter la mise en place d'un système de référence et de contre-référence des PVVIH entre les services de soins et les groupes communautaires dont:

- Les associations de PVVIH
- Les groupes d'auto support
- Les ONG locales de soutien aux PVVIH
- Les ONG et UN d'appui aux PVVIH
- Activités Génératrices de Revenus (AGR)
- Centres sociaux/Plate-formes

Organisations à Base Communautaire (OBC)

Conclusion

- La dénutrition se traduit cliniquement par une perte de poids involontaire et un syndrome d'atrophie ou cachexie.
- L'évaluation de la dénutrition repose sur l'identification des facteurs de risque, la courbe de poids, l'indice de masse corporelle, le bilan des consommations alimentaires et les examens biologiques.
- La prévention et la correction d'une dénutrition fait appel à un régime alimentaire sain, équilibré, adapté aux besoins du malade, à son mode de vie et aux réalités locales.

Chapitre 5 : Soutien social

Introduction

L'évolution de l'infection à VIH, va affecter progressivement l'autonomie, le rôle et la place dans l'environnement des PIAVIH. Les besoins sociaux vont de ce fait s'accroître. Se fondant sur les principes des soins palliatifs, une prise en charge sociale s'avère nécessaire pour répondre aux besoins des PIAVIH.

Objectifs éducationnels

A la fin de la formation, le participant sera capable de :

1. définir le soutien social;
2. citer les besoins de base et les besoins complémentaires du malade et de sa famille;
3. conduire une séance de soutien social

Plan du chapitre

- 1: Définitions
- 2: Besoins sociaux du malade et de la famille
3. Soutien social au malade et à sa famille

1. DEFINITIONS

1.1. Définition du besoin social

Le besoin social se définit comme tout ce qui est nécessaire à un individu ou à une collectivité pour satisfaire ses conditions d'existence. Il existe deux types de besoins :

- Les **besoins objectifs ou réels** (reconnus par les intervenants)
- Les **besoins subjectifs ou ressentis** (reconnus par les populations) qui peuvent être exprimés ou non.

Les besoins sociaux augmentent avec le niveau de vie et changent avec le temps. Pour être pris en compte, le besoin doit être identifiable et justifiable. .

1.2. Définition du soutien social

Le soutien social au malade est l'ensemble des actions qui, par rapport à son environnement, contribuent à gérer les conflits et les difficultés relatifs à son état en vue de faciliter son intégration au sein de sa famille et de sa communauté.

Il consiste à évaluer les besoins sociaux du malade et de ses proches et à réduire les écarts sur la base des besoins minima vitaux (habitudes, désirs, finances, distractions, etc.).

2. BESOINS SOCIAUX DU MALADE ET DE LA FAMILLE EN SOINS PALLIATIFS

2.1. Besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

Il existe différentes approches pour définir les besoins sociaux du malade et de sa famille. Selon le modèle de Virginia Henderson, l'on distingue 14 besoins fondamentaux de tout être humain. Ces besoins, à la fois physiologiques et sociaux, sont les suivants :

Tableau LXXVI : Besoins fondamentaux selon Virginia Henderson		
• respirer, • boire et manger, • éliminer, • se mouvoir et maintenir une bonne posture,	• se vêtir et se dévêtir, • maintenir la température du corps dans les limites de la normale, • être propre et protégé par	• communiquer, • agir selon ses croyances et ses valeurs • s'occuper en vue de se réaliser,

• dormir et se reposer	ses vêtements, • éviter les dangers	• se divertir • apprendre
------------------------	--	------------------------------

2.2. Besoins sociaux en soins palliatifs

En Côte d'Ivoire, la politique définie dans le cadre du développement des soins palliatifs a retenu à partir des besoins de Virginia Henderson des besoins sociaux minima à satisfaire.. Ils peuvent être classés en besoins élémentaires ou de base et en besoins complémentaires.

2.2.1. Besoins sociaux élémentaires (ou besoins de base)

Tableau LXXVII : Besoins sociaux élémentaires

BESOINS ELEMENTAIRES	SOUTIEN SOCIAL DE BASE
• Se loger, dormir et se reposer, éviter les dangers • Boire et manger • Etre propre et protégé par ses vêtements • Maintenir la température du corps dans les limites de la normale	• Hébergement des sans abri • Soutien alimentaire et nutritionnel • Fourniture de kit d'hygiène • Aides vestimentaires • Aides financières

2.2.2.- Besoins sociaux complémentaires

Tableau LXXVIII : Besoins sociaux complémentaires

BESOINS COMPLEMENTAIRES	SOUTIEN SOCIAL COMPLEMENTAIRE
• S'occuper en vue de se réaliser • Se divertir • Apprendre • Agir selon ses croyances et ses valeurs	• Soutien juridique • Soutien administratif • Aides scolaires et à la formation • Soutien aux AGR • Aide aux activités récréatives

3. SOUTIEN SOCIAL AU MALADE ET A SA FAMILLE EN SOINS PALLIATIFS

3.1. Hébergement des sans-abri

3.1.1. Définition

Est considérée comme une personne sans abri, toute personne exclue ou partie d'elle même d'un domicile, d'un centre d'accueil et étant dans l'impossibilité de prendre en charge un hébergement.

Dans le cadre des soins palliatifs pour bénéficier de l'hébergement, cette personne doit présenter les caractéristiques suivantes :

- être en situation palliative ;
- être en rupture avec son milieu familial ou social ;
- ne disposer d'aucune source de revenu susceptible de l'aider à se loger ;
- ne bénéficier d'aucune assistance publique, privée ou associative (ONG, OBC) ;

3.1.2. Ressources disponibles

De manière générale, des structures de prise en charge de la population cible dans un cadre d'accueil existent mais elles sont le plus souvent, le fait des OBC et des ONG d'obédience

religieuse telles que le Centre Oasis de Koumassi, le Centre Espoir de Port-Bouët, les centres de l'ONG Amepouh, de l'ONG Chigata sis à Yopougon, le Centre Ebener à la Riviera, etc. Ces centres sont situés, en majorité, dans le district d'Abidjan.

La prise en charge des enfants, se fait en général à travers des structures publiques (orphelinats et pouponnières) et communautaires qui sont les suivantes :

- deux orphelinats publics (Grand-Bassam, Bingerville);
- quatre pouponnières (Abidjan (2), Bouaké, Dabou);
- deux villages d'enfants SOS (Abidjan, Aboisso).
- Bureau International Catholique pour l'Enfance (BICE)

3.2. Soutien alimentaire et nutritionnel

3.2.1. Définition

Le soutien (ou assistance) alimentaire est une opération par laquelle un kit alimentaire ou des aliments de toute nature (corbeille d'aliments) est mis à la disposition d'un malade ou d'une famille en situation palliative en vue de faire face à ses difficultés d'ordre alimentaire.

L'alimentation est le domaine de tout ce qui se rapporte à l'apport de nourriture, permettant à un organisme vivant de fonctionner.

La nutrition est l'étude des besoins humains en nourriture, que ce soit en quantité (obésité ou sous nutrition) ou en qualité (malnutrition).

En soins palliatifs, le soutien alimentaire n'est pas le soutien nutritionnel. Il permet d'assurer la disponibilité des aliments en cas de difficultés du malade ou de la famille à pouvoir se procurer des aliments. Il doit cependant s'accompagner de conseils nutritionnels.

Le soutien (ou assistance) nutritionnel (le) est l'aide apportée à un malade qui ne peut s'alimenter pour raison de santé en vue de couvrir ses besoins nutritionnels. Le soutien nutritionnel peut se faire par voie entérale ou parentérale.

3.2.2. Sources de l'aide alimentaire

L'aide alimentaire peut provenir de dons ponctuels de structures publiques (ministères, collectivités territoriales, etc.), ou privées (entreprises, institutions, personnes de bonne volonté, etc.)

• Kit alimentaire

Le contenu du kit ou de la corbeille d'aliments proposé dans ce document l'est à titre indicatif. Les aliments proposés ne doivent souffrir d'aucune contre indication médicale.

Tableau LXXIX : Exemple d'aliments pour un kit

ELEMENTS NUTRITIFS	EXEMPLE D'ALIMENTS POUR UN KIT
Protéines	Conserves de protéines (sardine, thon ...)
Glucides	Riz, Pâtes alimentaires, biscuits
Lipides	Huile
Vitamines et oligo-éléments et autres	Lait, bouillons en cube et autres aliments en fonction des disponibilités de la structure d'accueil

La tendance actuelle est de proposer des rations nutritives en sachet, moins onéreux, et dont la valeur nutritive est plus équilibrée.

Fourniture de kit d'hygiène

La fourniture d'un kit d'hygiène dans le cadre du soutien social est un moyen de renforcer l'action sur le terrain de l'équipe de soins et, ainsi d'assurer le continuum de soins. Ce kit est fourni aux différentes cibles identifiées.

A titre d'exemple, un KIT d'hygiène peut comporter les éléments suivants

- Savon de toilette
- Papier hygiénique
- Eau de Javel
- Désodorisant
- Brosse à dents
- Pâte dentifrice

3.4. Aide vestimentaire

3.4.1. Définition

L'aide vestimentaire en soins palliatifs peut être considérée comme l'acte de donner sans contrepartie financière des effets vestimentaires à une personne dans le besoin. Cet acte peut être l'œuvre de l'équipe de soins ou de toute autre personne physique ou morale.

Par effets vestimentaires, il faut entendre ici des habits, des chaussures, des serviettes, des draps, des sous vêtements, des chaussettes, des accessoires (cravates, foulards, mouchoirs, etc.).

3.4.2. Sources des aides vestimentaires

-Ce sont les organisations caritatives, des ONG, des OBC et le secteur public, la solidarité collective, nationale par des collectes organisées auprès des ménages, des entreprises et autres donateurs (Agences de coopération bilatérale/ multilatérale, Ambassades et autres organisations internationales.

3.5. Aide financière

3.5.1. Définition

L'aide financière est l'acte de donner ou de mettre à la disposition d'un malade ou d'une famille en détresse, sans contrepartie ou obligation de remboursement, des ressources financières.

Dans le cas spécifique de l'enfant, il reviendra à l'équipe de soins de vérifier auprès de la famille, le bien fondé de la demande et de veiller à la bonne utilisation de cette aide.

L'aide financière a pour objectif de faire face à des besoins d'ordre ponctuel, à savoir des frais pour :

- des examens médicaux de l'intéressé,
- l'achat de ses médicaments,
- son déplacement (transport à assurer lors des rendez vous pour des consultations médicales et autres),
- un soutien alimentaire,
- les problèmes d'hébergement (menaces d'expulsion, loyer en retard),
- toute autre situation contraignant le requérant à solliciter une aide financière, etc.

3.5.2. Sources des aides financières

Ces aides proviennent généralement :

- de l'Etat,
- des collectivités territoriales
- des ONG et des OBC

- des personnes physiques ou morales.

3.6. Soutien juridique

3.6.1. Définitions

L'aide ou le soutien juridique est l'acte d'apporter conseil et assistance aux malades et aux familles pour leur permettre de résoudre les problèmes de Droit et de Justice tels que la rédaction d'un testament, les problèmes de succession, de violations des droits du malade, etc.

3.6.2. Cas de violation des droits du malade

Les droits de l'homme sont inhérents aux individus. Ils s'appliquent à tous partout dans le monde. Le droit d'être à l'abri de la discrimination est un droit humain fondamental qui s'appuie sur des principes universels et perpétuels de justice naturelle.

Des cas de violation des droits du malade peuvent avoir lieu chez un malade en situation palliative, au sein de l'entreprise ou à l'hôpital. Ils relèvent pour la plupart de la discrimination et de la stigmatisation à l'égard des certaines maladies chroniques et incurables (SIDA, cancer...).

La discrimination est le rejet d'un individu par les membres de sa famille ou par d'autres personnes voire la communauté. Elle se produit lorsque l'on fait une distinction entre des personnes, avec pour effet que ces individus soient traités de manière inégale et injuste parce qu'ils appartiennent ou sont considérés comme membre d'un groupe particulier.

La stigmatisation se définit comme une caractéristique qui « discrédite significativement » un individu aux yeux des autres. C'est la non-considération d'un individu comme membre à part entière de la communauté. Elle s'appuie sur des préjugés défavorables.

La stigmatisation se réfère à une disposition mentale alors que la discrimination est un acte ou un comportement.

Les conséquences de la discrimination et de la stigmatisation pour le malade sont multiples :

- Refus de visa de voyage
- Refus d'octroi de contrat d'assurance maladie
- Refus de soins
- Perte d'emploi par licenciement abusif au niveau de l'entreprise.

Un licenciement ou un refus d'embauche en raison de l'état de santé du malade est discriminatoire et donc interdit, sauf :

- si le salarié est inapte à continuer son travail et si cette inaptitude a été médicalement constatée,
- si le salarié justifie d'un arrêt de travail dépassant la période pendant laquelle la convention collective interdit le licenciement.
- Conformément à l'article 158 de la loi N° 95 – 15 du 12 janvier 1995 portant code du travail et à l'article 1 du décret 96 -198 du 07 mars 1966 relatif aux conditions de suspension du contrat pour maladie du travailleur. Cette période ne devra pas excéder 6 mois en Côte d'Ivoire.
- Si les absences fréquentes du salarié entraînent une perturbation dans la bonne marche de l'entreprise

Le principe de la non-discrimination est au cœur de la notion et de la pratique des droits de la personne. Les instruments internationaux relatifs aux droits de la personne interdisent la discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou autres, l'origine nationale ou sociale, la propriété, la naissance, ou tout autre statut.

La commission des droits de l'homme des Nations Unies, dans ses résolutions, a déclaré que le terme « ou tout autre statut » figurant dans les divers instruments internationaux relatifs aux droits humains devrait être interprété comme couvrant également l'état de santé, y compris le VIH/SIDA. La commission des droits de l'homme des Nations Unies a en outre confirmé que la discrimination fondée sur une séropositivité au VIH (réelle ou présumée) est prohibée par les normes existantes des droits de l'homme.

En Côte d'Ivoire le principe de la non discrimination en matière d'emploi est prévu par l'article 4 de la loi N° 95 – 15 du 12 janvier 1995 portant code du travail.

3.6.3. Cas de la nécessité de protection des biens du malade

Le malade en situation palliative va perdre progressivement son autonomie tant sur le plan physique (cachexie, paralysie, incapacité à écrire...) que sur la plan de sa capacité à prendre des décisions (troubles de la conscience, troubles psychiatriques....) Il peut alors s'avérer nécessaire de mettre ses biens sous protection judiciaire.

3.6.4. Cas de la nécessité de rédaction du testament

Au décès du malade se pose le problème d'héritage aux ayants droits (épouse et époux, enfants, autres parents). La coexistence du droit coutumier et du droit moderne (ou positif) complexifie la résolution des problèmes d'héritage. Souvent, l'application du droit coutumier prive les ayants droits des biens devant leur revenir dans la mesure où ce sont les frères, sœurs ou oncles, tantes qui ont droit à l'héritage.

Par contre, l'application du droit moderne exclue les ayants droits coutumiers du bénéfice de l'héritage. De ce fait, les bénéficiaires de l'héritage se retrouvent en situation de conflit avec leurs familles d'origine. Si la conjointe prend l'héritage de son époux, les frères et sœurs de ce dernier ne se sentent pas concernés par les problèmes de la veuve et de ses enfants. De plus, la veuve et les enfants ne sont plus les bienvenus dans le village du défunt qui est, pourtant, leur village. Ils sont donc coupés de leur racine et deviennent des « apatrides ». Dans le cas où la femme est d'un village voisin ou d'une autre culture, cette mésentente est source potentielle de conflits entre villages ou communautés.

Dans le souci de mettre fin ou de minimiser de telles situations, des chefs de famille ont de plus en plus recours aux testaments. Ce document se définit comme un acte juridique unilatéral par lequel une personne, le testateur exprime ses dernières volontés et dispose de ses biens pour le temps qui suivra.

3.6.5. Problèmes de succession

La succession peut être définie comme la transmission à une personne vivante de l'ensemble des obligations qui était mis à la charge du défunt des droits qu'il exerçait ainsi que des biens qu'il détenait.

De plus en plus, l'on constate qu'à l'occasion du décès du chef de famille, de l'un ou des deux parents d'un enfant, de nombreux problèmes se posent parmi lesquels celui de la succession.

Les problèmes de succession les plus fréquents sont les suivants :

- Le déséquilibre dans le partage des biens du parent décédé : entre ses héritiers,
- Le non-respect des obligations du tuteur légal (mauvaise gestion du patrimoine par le tuteur légal qui ouvre l'action en révocation du tuteur).

Ce qu'il faut faire :

- **En cas de licenciement** pour motif de santé, si le salarié juge ce licenciement abusif il peut agir contre son employeur:
 - Référer le salarié à l'Inspection du travail qui tente dans un premier temps une conciliation
 - En cas d'échec de la conciliation, le salarié saisit le Tribunal du travail
- **En cas de discrimination :**
 - référer le salarié à un conseil. Cela peut se faire à titre onéreux mais il existe des structures d'aide (avocat commis d'office, ONG, organisations de défense de droits de l'homme...)
- **En cas de nécessité de protection des biens du malade**
 - Conseiller aux malades et à sa famille d'avoir recours au tribunal civil.
- **En cas de nécessité de rédaction d'un testament**
 - Il faut s'enquérir auprès du malade de sa volonté de faire un testament, lui en expliquer éventuellement le bien fondé et lui apporter l'aide nécessaire pour le faire, c'est-à-dire le référer chez un notaire
- **En cas de problèmes de succession**, les voies de recours s'offrant aux héritiers (le plus souvent la veuve et les orphelins) existent. Il faut pour ce faire
 - Saisir le juge des tutelles : Le juge des tutelles est saisi soit par requête qui se fait par écrit, ou oralement, soit d'office.
 - Saisir le tribunal de première instance (où siège le juge de la famille et de l'état civil) par voie de requête écrite ou par assignation (l'assignation se fait par voie d'huissier de justice). Il nomme le notaire de la succession.
 - Avant toute chose, les documents à faire établir sont les suivants :
 - L'acte de décès du défunt, seul document, valable pour l'ouverture et l'exercice du droit successoral.
 - Ensuite l'acte d'hérédité pour déterminer le nombre d'héritiers
 - Enfin l'acte d'administration légale ou l'acte de délégation volontaire de la puissance paternelle pour désigner le tuteur légal du mineur.
 - En cas du décès du père et de la mère, il faut procéder à l'ouverture de la tutelle et désigner le tuteur légal par le juge de tutelle.
 - Ces documents sont à produire en cas du décès du père ou de la mère pour avoir accès aux biens logés dans un établissement bancaire :
 - Un acte de décès (mairie)
 - Un acte de notoriété (Tribunal)
 - Un certificat de non appel, ni opposition à l'acte de notoriété (Tribunal)
 - Un certificat d'acquit de droit
 - Un certificat de tutelle ou d'administration légale
 - Un acte de mariage portant la mention du régime matrimonial du défunt ou livret de mariage
 - Extrait des enfants ou copie de la carte nationale d'identité des héritiers.

En dépit de l'existence des textes et des recours judiciaires qui s'offrent aux orphelins et aux veuves, les violations de leurs droits perdurent.

- **En vue d'éviter la survenue de telles situations**, il convient de:
 - faire de la prévention et de la sensibilisation sur les droits successoraux,
 - vulgariser la pratique testamentaire,
 - inciter et de montrer les avantages du mariage civil pour la sécurité des enfants et de la veuve ou du veuf.
 - déclarer les naissances.
 - veiller à la sécurisation des transactions par acte notarié ou dans les formes prévues
 - favoriser la sensibilisation par les médias des personnes vulnérables sur leurs droits et de les inciter à saisir le juge de tutelle, les travailleurs sociaux.

Ce qu'il ne faut pas faire

- ne pas conseiller les malades et leurs familles à suivre ces différentes voies de recours
- pousser les malades et leurs familles à se faire justice eux-mêmes
- pousser les malades et leurs familles à développer ou provoquer la rupture familiale

3.7. Soutien administratif

3.7.1. Définitions

Le soutien administratif est l'assistance aux malades et aux familles pour les aider à résoudre des problèmes divers tels que la perte d'un emploi et à entreprendre les démarches administratives en cas d'arrêt de travail, de congés maladie, de retraite, de décès, de pension, etc.

3.7.2. Les certificats d'arrêt de travail

Les soignants doivent s'enquérir de la profession de leur malade, du secteur d'activité (public, privé, associatif, informel) ainsi que de l'entreprise d'embauche en vue de leur établir les certificats médicaux d'arrêt de travail dont ils ont besoins en fonction de leur état de santé.

Il peut s'agir de

- Certificat de travail à temps partiel (mi-temps)
- Certificat d'arrêt de travail (de courte durée)
- Certificat de congé de maladie (de courte durée ou de longue durée)

Si cette précaution n'est pas prise systématiquement, le malade en situation palliative peut perdre son emploi.

La règle de prescription des certificats médicaux pour un arrêt de travail en cas de maladie est la suivante :

- **Si le malade n'est pas hospitalisé :**

Le médecin traitant est autorisé à prescrire un arrêt de travail de sept jours maximum, renouvelable une seule fois (soit quatorze jours continus d'arrêt de travail au maximum). Si l'état de santé du travailleur ne s'améliore pas, il est proposé

- Soit une hospitalisation
- Soit un congé maladie de longue durée. Dans ce cas, le médecin traitant établit un rapport médical sur l'état de santé du malade et l'adresse au conseil de santé pour obtenir un congé maladie de longue durée.

- **En cas d'hospitalisation :**

Etablir dès l'hospitalisation un certificat d'hospitalisation avec la durée prévue du séjour. A la sortie du malade, le médecin traitant établit un certificat médical d'arrêt de travail qui précise la durée de l'hospitalisation et la durée d'arrêt de travail pour convalescence. (Cet arrêt de travail ne peut excéder trois mois au total).

En cas d'incapacité à reprendre les activités professionnelles, le médecin traitant établit un rapport médical sur l'état de santé du malade et l'adresse soit au Conseil de Santé (pour les fonctionnaires et agents de l'Etat) soit au médecin de l'entreprise (pour les agents du secteur privé) en vue d'obtenir un congé maladie de longue durée

En cas de maladie chronique

Le malade chronique (tel le malade en situation palliative) peut bénéficier de **congé de maladie de longue durée** dont les modalités varient selon le régime et le contrat de travail qui le lie à son employeur.

Dans tous les cas, le médecin traitant établit un rapport médical sur l'état de santé du malade, comme dans le cas d'hospitalisation, et l'adresse soit au Conseil de Santé (pour les fonctionnaires et agents de l'Etat) soit au médecin de l'entreprise (pour les agents du secteur privé) en vue d'obtenir un congé maladie de longue durée.

- **Cas du fonctionnaire en situation palliative**

Des dispositions sont prévues pour les cas de maladie et décès notamment le paragraphe II de la section II du Statut Général de la Fonction Publique et le chapitre 5 du décret n° 93-607 du 2 juillet 1993, portant modalités communes d'application dudit statut (des articles 68 à 78). Il existe deux types de congé de longue durée pour le fonctionnaire malade chronique en situation palliative :

- **Le congé de maladie de longue durée**

C'est un congé d'une durée 6 mois maximum pendant une période de 12 mois consécutifs. Pendant cette période, le fonctionnaire garde la totalité de son traitement. Après cette période, le fonctionnaire percevra la moitié de son traitement y compris l'entièreté de ses allocations familiales;

Le congé de maladie de longue durée est prononcé suite à une proposition du Conseil de santé en relation avec l'état de santé du fonctionnaire pour une période ne pouvant excéder trente six mois y compris la première période de congé maladie.

Si après le délai des 36 (trente six) mois, l'état du fonctionnaire n'a pas connu d'amélioration et sur avis du Conseil de Santé, il est déclaré invalide et admis d'office à la retraite.

- **Le congé exceptionnel de maladie**

Il concerne les accidentés de travail, les victimes des maladies professionnelles survenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Ce congé exceptionnel a une durée de 60 (soixante) mois et l'intéressé perçoit pendant cette période, l'intégralité de sa rémunération et le remboursement des honoraires et des frais médicaux entraînés par la maladie ou l'accident.

Au cas où l'état général du malade ne s'améliore, il est admis à faire valoir ses droits à la retraite après avis du Conseil de Santé et de la Commission de Réforme.

- **Cas du travailleur de secteur privé en situation palliative**

Ce secteur étant réglementé par la loi N° 95 – 15 du 12 janvier 1995 portant code du travail. C'est le décret du 12 mars 1996 relatif aux conditions de suspension du contrat pour maladie du travailleur qui règle cette question. En dehors des cas de maladies professionnelles et des accidents de travail, la maladie ordinaire du travailleur lui ouvre droit à des congés

Le travailleur malade doit faire constater son état soit par un médecin d'entreprise, soit par un médecin agréé qui lui délivrera un certificat médical. Il devra par la suite informer obligatoirement son employeur de son état.

De façon générale, le congé maladie est sans incidence sur le contrat de travail encore moins sur la rémunération. Cependant lorsque la maladie, entraîne une inaptitude prolongée du travailleur à assumer ses obligations nées de son contrat de travail, l'on assiste à la suspension de ce contrat. Cette suspension peut durer 6 mois peut être prorogée jusqu' au remplacement du travailleur.

En général, le travailleur faisant l'objet d'une mesure de suspension de son contrat, retrouve son poste si avant la période de 6 mois ou la prorogation qui s'en est suivie, il retrouve la santé. Dans ce cas son employeur est tenu de le reprendre. Mais, passée cette période, il peut être remplacé et l'employeur est en droit de le licencier. Le travailleur percevra dès lors des indemnités de licenciement prévues à cet effet.

Toutefois, pendant toute la période de suspension du contrat de travail pour raison de maladie, le travailleur perçoit en lieu et place de son salaire une indemnité dite compensatrice de préavis.

- **Cas du travailleur du secteur informel en situation palliative**

En Côte d'Ivoire, le secteur informel n'étant pas un secteur réglementé, aucune disposition ne règle la situation des travailleurs qui en font partie.

3.7.3. Les certificats relatifs au décès

En cas de décès l'inhumation ne sera possible que si un certain nombre de documents sont réunis. Ce sont : le certificat de décès, le certificat de non contagion, l'acte de décès, le permis d'inhumation, l'autorisation de transfert de la dépouille mortelle, le certificat de genre de mort.

- **Le certificat de décès**

Il est établi en un exemplaire unique (Il ne faut donc pas le perdre) par un médecin.

Lorsque le décès survient dans un hôpital ou une structure sanitaire agréée, le médecin de l'équipe de soins de cette structure établit le certificat de décès. La pièce à fournir est le document d'identification nationale (CNI) du défunt.

Lorsque le décès survient à domicile, la famille du défunt doit avertir le poste de police ou de gendarmerie le plus proche pour obtenir une autorisation (appelée communément « le de par la loi ») d'enlever le corps du domicile, après un constat du décès fait par un médecin requis par la police. Dans ce cas, le certificat médical est délivré par un médecin légiste car tout décès en dehors du cadre hospitalier est suspect. Une autopsie peut donc être requise avant l'établissement du certificat du décès si la mort paraît suspecte. L'équipe de soins à domicile doit pouvoir établir les preuves que la personne est décédée d'une mort naturelle après une longue épreuve de maladie (Cahier de soins à domiciles, certificats d'hospitalisation etc...)

- **Le certificat de non contagion**

Le certificat de non contagion est délivré par le médecin qui établit le certificat de décès sur demande de la famille. Il est indispensable pour le transfert du corps d'une ville à une autre ville et a pour but de limiter la propagation des maladies contagieuses.

- **L'acte de décès**

De même qu'à la naissance tout nouveau né doit être déclaré dans une mairie qui lui établit un acte de naissance, de même en cas de décès il est obligatoire de déclarer le décès à la mairie et d'établir un acte de décès. Les pièces à fournir à la mairie pour obtenir l'acte de décès sont les suivants

- Le certificat de décès délivré par le médecin
- La pièce d'identité du défunt
- La pièce d'identité du déclarant

Le délai pour établir cet acte est de 15 jours. Passé ce délai, la mairie n'est plus compétente pour établir l'acte de décès. Les parents doivent alors suivre une procédure judiciaire pour obtenir un jugement (supplétif) tenant lieu d'acte de décès.

- **Le permis d'inhumation**

Il est établi par la mairie après l'enregistrement du décès. Il est en principe exigé au cimetière avant toute inhumation.

- **L'autorisation de transfert de la dépouille mortelle**

Il est établi par les **services préfectoraux** après l'enregistrement du décès. Il est en principe exigé pour tout transfert en dehors de la ville de décès.

- **Le certificat de genre de mort**

Il est établi par le médecin de l'équipe de soins à partir des informations contenues dans le dossier médical. Ce certificat est exigé par la justice, les établissements bancaires et assurances pour le règlement des droits de succession. Il est peut être demandé à la structure médicale qui a eu la charge de soigner le malade plusieurs années après le décès d'où la nécessité de la bonne tenue des archives et de la documentation.

3.7.4. Les pensions

- **Cas du fonctionnaire décédé**

Lorsqu'un fonctionnaire décède en étant en activité, ses ayants droits sont éligibles :

- Soit à la pension d'ancienneté ou proportionnelle
- Soit seulement au remboursement de ses cotisations au titre de la pension.

Si le temps d'activité du fonctionnaire est inférieur à 15 ans, ses ayants droits bénéficieront du remboursement de l'entièreté de ses cotisations au titre de la pension.

Si la durée de l'activité excède 15 ans, la veuve en particulier jouit immédiatement de la pension de réversion

En cas de décès d'un fonctionnaire en activité, les ayants droits bénéficieront en plus de la pension :

- d'un capital décès équivalent à 18 mois du traitement,
- de la prise en charge par l'Etat du cercueil et du transfert des restes mortels au lieu de l'inhumation.

Lorsque le fonctionnaire décède après à la retraite, ses ayants-droits ne bénéficient en aucun cas de ces dispositions.

- **Cas du travailleur du secteur privé décédé**

Le travailleur affilié, c'est-à-dire qui a été déclaré à la Caisse Nationale de Prévoyance sociale (CNPS), bénéficie en cas de retraite, d'une pension de retraite.

Lorsqu'il décède, ses ayants-droits bénéficient d'une pension qui varie selon les cas :

- **La veuve**

Elle a droit à une pension dite de réversion, qui est égale à la moitié de la pension à laquelle avait ou aurait eu droit le travailleur défunt. La condition pour en bénéficier est que le mariage ait été célébré au moins deux ans avant le décès du travailleur.

- **Les enfants âgés de moins de 16 ans**

Les enfants de moins de 16 ans à la charge de l'affilié au moment du décès ont également droit à une pension dite pension d'orphelin. Le montant de cette pension est de 20% de celle à laquelle avait ou aurait eu droit le travailleur défunt.

3.8. Aides scolaires et à la formation

3.8.1. Définitions

L'aide scolaire est le soutien que l'on apporte aux enfants pour leur permettre de poursuivre leurs études.

L'aide à la formation est le soutien que l'on apporte aux enfants non scolarisés pour leur permettre de bénéficier ou poursuivre une formation qualifiante.

La loi n°95-669 du 07 septembre 1995 relative à l'enseignement dispose : « le droit à l'éducation est garanti à chaque citoyen afin de lui permettre d'acquérir le savoir, de développer sa personnalité, d'élever son niveau de vie, de formation, de s'intégrer dans la vie sociale, culturelle et professionnelle et d'exercer sa citoyenneté ».

Les personnes en situations palliatives et leurs enfants doivent pouvoir bénéficier de cette aide.

3.8.2. Contenu de l'aide scolaire

Le contenu de cette aide se présente, en général, sous quatre formes :

1. la remise de fournitures scolaires au demandeur : des livres, des cahiers, des bics, crayons, etc.
2. des tickets de réduction des frais d'écolage et de formation ;
3. la prise en charge des frais d'inscription, des frais d'examen ;
4. des bourses d'étude.

3.8.3. Sources de l'aide scolaire

Ces sources, de deux ordres, sont généralement le fait des collectivités décentralisées (communes et conseils généraux) qui, à travers des partenariats avec des établissements d'enseignement privé notamment sur la réduction du coût de la scolarité.

En dehors de ces structures, des initiatives privées viennent en soutien notamment les clubs services comme la Jeune Chambre Economique, le Rotary club.

3.9. Soutien aux activités génératrices de revenus (AGR)

3.9.1. Définitions, objectifs et caractéristiques du soutien aux AGR

L'on peut définir le soutien à une activité génératrice de revenus comme une aide apportée à un groupe ou à un individu dans le but principal de l'amener à exercer une activité génératrice d'un revenu suffisant, régulier et durable. Cette aide est un moyen efficace de lutter contre la paupérisation croissante de la population.

Les cibles des activités génératrices de revenus sont en général les populations rurales; cette cible n'a souvent pas accès au système financier classique (banques et autres établissements financiers). Au niveau des populations démunies des zones urbaines, ces activités permettront de prendre en compte les cibles victimes de rejet et de stigmatisation telles que les femmes des bidonvilles, les victimes du VIH, certains grands malades, etc.

Ces activités génératrices de revenus ont donc pour objectif de :

- réduire la pauvreté en général dans le milieu de vie de l'individu ;
- procurer des revenus aux bénéficiaires en vue d'une autonomie financière leur permettant ainsi de faire face aux multiples besoins quotidiens;
- améliorer les conditions de vie socio-économiques des populations ;
- faciliter ainsi la réinsertion socio-économique de ces acteurs par leurs contributions aux besoins de la famille et de la société,
- valoriser l'image de soi du bénéficiaire.

Les caractéristiques essentielles d'un programme/projet d'AGR sont :

- l'octroi d'un capital même minime pour le démarrage d'une activité,
- sa bonne vitesse de rotation,
- l'effet multiplicateur de cette activité,
- la pérennisation.

3.9.2. Sources et types de financement des AGR

Diverses sources de financement des AGR existent :

- financements publics,
- ONG, OBC,
- structures de financement des micros crédits,
- ménages.

L'Etat est le régulateur de cette activité par la mise en place de la politique, des outils de contrôle.

Les types de financement des AGR sont:

- les prêts en nature
- les prêts en espèces
- Les dons.

Les conditions d'accès à ces aides sont laissées à l'appréciation de chaque structure d'octroi.

3.10. Soutien aux activités récréatives

3.10.1. Définition

Le soutien aux activités récréatives est le soutien apporté aux malades et à leurs familles pour leur permettre de se divertir et de s'occuper selon leur goût et leur désir, lorsque leur état le permet.

3.10.2. Sources de l'aide aux activités récréatives

- Les ressources personnelles du malade et de sa famille
- Les services de soins palliatifs
- Les ONG/OBC

- Les Collectivités locales

Conclusion

- **Le besoin social** se définit comme l'absence de tout ce qui est nécessaire à un individu ou à une collectivité pour satisfaire ses conditions d'existence. Il apparaît comme une aspiration inhérente à tout individu ou à une collectivité.
- **Le soutien social** consiste à évaluer les besoins sociaux du malade et de ses proches et à réduire les écarts sur la base des besoins minima vitaux (habitudes, désirs, finances, distractions, etc).
- **Les besoins sociaux de base** du malade et de sa famille en soins palliatifs sont : se loger, dormir et se reposer, éviter les dangers, boire et manger, être propre et protégé par ses vêtements, maintenir la température du corps dans les limites de la normale

Le soutien social de base comprend: l'hébergement des sans- abri, l'aide vestimentaire, l'assistance alimentaire, l'aide financière, la fourniture de kit d'hygiène

- **Les besoins sociaux complémentaires** du malade et de sa famille en soins palliatifs sont: s'occuper en vue de se réaliser, se divertir, apprendre, agir selon ses croyances et ses valeurs.
- **Le soutien social complémentaire comprend:** l'aide juridique, le soutien administratif, l'aide scolaire, le soutien aux AGR, le soutien aux activités récréatives.
- Pour mener le soutien social en soins palliatifs, le soignant doit
 - Accueillir le malade,
 - L'identifier,
 - Prendre en compte les besoins complémentaires exprimés par le patient et sa famille : à savoir s'occuper en vue de se réaliser, se divertir, apprendre, agir selon ses croyances et ses valeurs,
 - S'appuyer sur une structure de soutien pour trouver une solution au problème du malade et de sa famille
 - Fournir le soutien approprié, (aides juridiques, aides administratives, aides scolaires, soutien aux AGR, aide aux activités récréatives)
 - Noter dans le registre de l'établissement l'identité du bénéficiaire et la nature de l'aide apportée
- Chaque structure d'accueil a sa procédure d'octroi de l'aide. L'accès aux aides disponibles est lié au respect de la procédure d'octroi mise en place par la structure d'accueil. Cette aide est souvent ponctuelle

Chapitre 6 : Soutien psychologique

Introduction

La personne infectée par le VIH rencontre très souvent des difficultés psychologiques qui se traduisent par ses réactions avec son entourage. Ces difficultés exigent donc une démarche prenant en compte entre autres, la spécificité psychologique du malade et de son entourage (famille, amis, soignants) afin de cerner au plus près leurs désirs. Aussi, parmi les différentes mesures de soins ou de soutien proposées au malade, le soutien psychologique occupe une place importante compte tenu de l'impact du psychisme sur le vécu de la maladie chez le patient. Ce chapitre décrit le soutien psychologique à apporter à une PIAVIH. Ce soutien n'est pas la prise en charge psychologique bien qu'elle en soit une composante. Il en est de même pour la prise en charge psychiatrique. Toutes les deux, plus spécifiques, font appel aux méthodes et techniques de la psychologie (psychothérapies diverses) et sont le fait de spécialistes de la question.

Objectifs éducationnels

A la fin de la formation, les participants seront capables de :

1. Définir le soutien psychologique
2. Expliquer la psychologie de la personne vivant avec le VIH et de sa famille
3. Expliquer les mécanismes de défense psychologiques inconscients
4. Expliquer les réactions psychologiques de la personne vivant avec le VIH
5. Décrire les principes de base du soutien psychologique
6. Conduire une séance de soutien psychologique.

Plan du chapitre

1. Définition du soutien psychologique
2. Psychologie du malade et de la famille
3. Soutien psychologique au malade et à la famille

1. DEFINITION DU SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Le soutien psychologique est la mise en œuvre de moyens basés sur l'écoute, la parole et l'observation pour secourir le patient qui est aux prises avec des difficultés psychologiques le gênant dans son adaptation à la société. Il vise le malade, sa famille, les soignants.

Dans le cadre de l'infection à VIH, le soutien psychologique fait partie de l'accompagnement du patient et si besoin est, de son entourage (famille, soignants). Il s'agit de cheminer ensemble pour se donner mutuellement le soutien indispensable en termes de confort, de relation. Il comprend la relation d'aide qui vise chez la personne aidée à traverser une épreuve, à résoudre une situation de vie problématique, à trouver un fonctionnement personnel plus satisfaisant et à détecter le sens de l'existence. Ce soutien nécessite de la part du soignant « la bonne distance » qui lui permet de comprendre la souffrance du patient tout en conservant sa neutralité.

2. PSYCHOLOGIE DU MALADE ET DE LA FAMILLE

La psychologie du malade est l'ensemble des modifications du comportement de la personne en raison de son adaptation psychologique à une maladie.

Le vécu psychologique du malade est en relation avec sa représentation de la maladie, de la mort, son expérience et son histoire personnelle. La relation intime du malade avec sa maladie qui peut se traduire par « la complicité », s'organisera en fonction de sa personnalité et des représentations qu'il aura de son corps malade sous l'influence de sa culture d'appartenance.

Les conflits personnels se reflèteront dans sa façon de s'exprimer et de vivre sa maladie. En effet, il comprend et accepte parfois difficilement ce dont il souffre et l'interprétation de la maladie peut revêtir des formes particulières multiples telles que la punition divine ou l'agression d'un ennemi.

La compréhension de la psychologie du malade va permettre de prendre en compte l'homme global en interaction dans son milieu. Cela ne se peut sans évoquer la psychologie de la famille qui va se structurer autour du malade. La psychologie du malade va varier en fonction du stade de la maladie.

2.1. Effets psychologiques de la personne vivant avec le VIH et ses réactions aux différentes étapes de la maladie

Dans la maladie, la douleur morale est liée à la douleur physique. C'est un phénomène subjectif qu'on ne peut dissocier de la perception de celui qui souffre. Cela explique que les conséquences psychiques soient importantes comme le démontrent les émotions et les comportements du malade. Ainsi tout au long de la maladie, on notera chez le malade une oscillation entre espoir et désespoir avec parfois un désir de mourir par ses propres moyens (suicide) ou d'avoir une aide pour mourir (euthanasie); on peut observer également le sentiment de l'urgence des « choses » à accomplir avant de mourir (héritage, dernières volontés...). Ces sentiments peuvent être permanents ou transitoires selon le vécu du moment par le malade. On observera des réactions inconscientes mais aussi des réactions conscientes.

2.1.1. Mécanismes de défense psychologiques inconscients

Chez le malade, le fait d'être malade chronique ou proche de la mort fait apparaître un sentiment d'angoisse qui entraîne souvent un sentiment de dévalorisation, de résignation et/ou de dépression pratiquement inévitable.

Cette dépression est souvent masquée par des attitudes réactionnelles ou de défense du malade (plaintes exagérées et sans fin par exemple). On parle alors de mécanismes de défense inconscients qui permettent l'adaptation du malade.

L'adaptation est un processus normal qui aide le malade à maîtriser la situation de maladie et donc à surmonter la phase de dépression. Il s'agit d'une attitude souple et équilibrée du malade qui lui permet de changer son mode de fonctionnement habituel sans pour autant se désorganiser. On parle ainsi de bonne adaptation. Selon la personnalité, les difficultés d'adaptation peuvent aggraver la maladie.

D'un point de vue général, le psychisme du patient va mettre en place d'autres mécanismes de défense inconscients pour lutter contre l'angoisse liée au fait d'être malade chronique ou proche de la mort. Ces mécanismes sont les suivants :

- **La régression :**

Le malade ne s'assume plus et n'endosse plus la moindre responsabilité. Il se replie dans le statut d'enfant. Ce mécanisme apparaît souvent dans les phases de découragement massif. Le malade ne supporte pas l'attente, il est égocentrique, il dépend de l'entourage, il a un mode de pensée magique (croit en la toute puissance du médecin, des médicaments ou de la maladie).

- **L'annulation :**

Le patient s'accroche au seul climat de confiance instauré par le médecin et refuse tout autre discours.

- **La dénégaration :**

Le patient conteste, dénie la maladie, la repousse pour tenter d'annuler la traumatisante réalité. On remarque la persistance des habitudes proscrites, le refus de se plier aux exigences du traitement.

- **La réaction persécutive :**

Le malade rejette sur l'extérieur la cause de ses malheurs : on lui veut du mal, on l'a mal soigné.

- **La projection agressive :**

Le patient est exigeant, inconséquent et capricieux vis-à-vis de l'équipe soignante et de la famille. La douloureuse réalité a été intégrée et le patient fait front par une agressivité violente.

- **L'isolation :**

Le malade reconnaît la gravité de son mal mais il l'évoque avec une certaine sérénité. On a une absence apparente d'affects, d'émotions accompagnant la prise de conscience de la maladie. Le patient parle de sa maladie en termes scientifiques, se documente abondamment et semble trop bien prendre le fait. Les affects qui ne sont pas exprimés par des mots ne sont pas rendus communicables et ne peuvent être maîtrisés.

- **La rationalisation :**

C'est un mécanisme par lequel le malade s'informe par tous les moyens pour connaître l'origine de son mal afin de l'accepter et de le contrôler.

Tous ces mécanismes de défense peuvent s'exacerber souvent ou se fragiliser, rendant la prise en charge en soins palliatifs plus complexe. C'est pourquoi, il est important que les soignants comprennent leur sens pour soutenir le patient sur le plan psychologique.

Ils sont rendus manifestes et observables chez le malade à travers son comportement.

2.1.2. Réactions psychologiques de la personne vivant avec le VIH

Les dysfonctionnements psychologiques qui apparaissent chez le malade selon son adaptation à la maladie sont liés à l'angoisse et à la dépression pratiquement inévitables lors des maladies graves.

- **L'angoisse et l'anxiété**

L'angoisse est une réaction à plusieurs problèmes à la fois :

- la peur et l'inquiétude quant à l'avenir
- l'auto-accusation
- l'inquiétude quant à l'avenir des enfants à charge ou de proches
- enfin, la peur de perdre un soutien social ou d'être abandonné

C'est un phénomène profond, chronique, majeur qui donne lieu à des manifestations physiques très importantes. Son intensité va de l'anxiété à la véritable attaque de panique. L'anxiété est un phénomène ponctuel. C'est une émotion banale et toute personne la ressent dans la vie courante. Mais, elle prend une ampleur significative lors des maladies graves et atteint le malade et sa famille.

L'angoisse peut être handicapante sur le plan psychologique. Le sujet n'arrive pas à prendre de décisions et se plaint de divers symptômes physiques qui peuvent s'apparenter aux effets secondaires des médicaments. La sémiologie comprend :

- Sécheresse de la bouche, boule dans la gorge,
- troubles digestifs (diarrhées, vomissement, constipation), sensation de tension interne (sensation d'oppression, souffle court),
- paresthésies,
- palpitations et maux de tête,
- sensation d'être continuellement énervé et inquiet,
- changements d'humeur, hostilité à l'égard des soignants et des autres,
- repli sur soi, sidération,
- obsession des signes corporels (par exemples la cicatrice de zona, des taches cutanées),
- pleurs et appréhension,
- sueurs,
- vertiges, perte de connaissance...
- douleurs diverses

Le malade peut être incapable de prendre des initiatives adaptées ou à l'opposé réagir bruyamment, perdre le sens, s'affoler, avoir des comportements totalement inadaptés, voire nocifs.

Il a peur et cette peur s'exprime dans le refus d'effectuer des actes courants comme marcher, manger certains aliments, sortir, prendre certains médicaments.

- **La dépression**

La dépression est prévisible et constitue chez les malades en situation palliative une réaction face à une maladie effrayante et mortelle. Quand l'alternance du désespoir et de bonne humeur cède le pas à un désespoir permanent, il faut considérer l'éventualité d'une maladie dépressive.

La symptomatologie dépressive est classique et peu spécifique :

- troubles de l'attention, les troubles de la concentration
- Asthénie, voire apathie,
- Anorexie, insomnie
- Péjoration de l'avenir, perte d'espoir
- Faiblesse, apathie,
- Repli sur soi, inhibition, isolement,
- Idées suicidaires,
- Tentatives de suicide

Des émotions et des comportements particuliers observables chez le malade angoissé, sont l'expression de ce qu'il vit et ressent. On peut en noter quelques uns qui sont :

- **Le choc**

Ce sentiment est très lié à l'annonce du diagnostic. Cette information inattendue, modifie sur le coup la vie du malade : il est apathique, troublé, désespéré ou émotionnellement instable. Il pense que c'est la fin de sa vie et de ses projets.

- **Le déni**

C'est le refus d'admettre son résultat ainsi que les implications de son statut de malade par exemple « être séropositif ». Le patient est persuadé que sa maladie a pour cause la sorcellerie, la méchanceté des personnes de son entourage.

- **La peur :**

La peur est le sentiment qui assaille le plus les patients en situation palliative. Ils craignent beaucoup les effets de la maladie sur leurs facultés physiques. Ils ont peur :

- de mourir,
- d'être rejetés,
- de laisser leur famille et leurs enfants sans ressources,
- de perdre le contrôle
- de contaminer les autres,
- de mourir sans pouvoir réaliser ses projets de société.
- d'être défiguré,
- de l'abandon et de l'isolement,

- **La colère, l'agressivité :**

Le malade peut manifester une violente irritation qu'il laisse éclater : il devient agressif dans ses propos et dans ses actes vis-à-vis des autres et /ou vis-à-vis de lui-même. Ainsi il peut aussi adopter une attitude suicidaire ou chercher à nuire aux autres. La colère peut apparaître aussi quand le patient est fatigué de la maladie et de tous les efforts faits pour rester en bonne santé.

- **Le sentiment de culpabilité :**

Le malade se sent responsable de sa maladie et s'en veut de l'avoir ; Il devient critique et acerbe vis-à-vis de lui-même et se juge sans concession. Il peut également se sentir coupable d'avoir pu infecter d'autres personnes dans le cas de maladie transmissible (par exemple : le VIH). Il peut se sentir responsable de la souffrance que sa maladie inflige à sa famille ou à ses proches.

- **Le sentiment de dépossession :**

Le patient a parfois l'impression d'avoir tout perdu : sa santé, son travail, ses ambitions, ses relations.

- **Les idées suicidaires, le suicide :**

Le malade est obnubilé par ce que la mort peut lui apporter comme délivrance à la douleur psychique et physique qu'il vit à cause de la maladie. Les idées suicidaires sont souvent accompagnées de tentatives de suicide pour mettre à exécution ce désir. Le malade en situation palliative notamment les PVVIH considère le suicide comme une solution à leurs problèmes.

- **Le deuil anticipé :**

Le malade se vit comme étant déjà mort et ne s'accroche plus aux moyens qui lui permettrait de vivre positivement la maladie.

- **Les plaintes somatiques :**

Le malade témoigne de manifestations pathologiques purement fonctionnelles sans lésion organique sous jacente, résultant de certaines fonctions vitales (par exemple : constipations chroniques ou certaines hypertensions artérielles).

- **L'ambivalence :**

Le malade se retrouve pris entre le désir de mourir et celui de vivre encore car finalement la vie n'a pas de prix.

- **La résignation :**

C'est l'attitude du malade qui « se laisse mourir », reconnaissant qu'il ne peut plus lutter contre la maladie. Elle est souvent consécutive à la perte d'espoir.

- **La dépendance :**

Elle peut être en relation avec la situation de faiblesse du malade ou adoptée par lui en raison de sa difficulté à s'adapter sur le plan psychologique à son état de malade.

C'est une attitude du malade qui est liée à la régression. Le patient se comporte comme un enfant et est dépendant de son entourage (famille, soignants) pour tout ce qui le concerne (alimentation, prise de médicament, soins, etc.) Il ne fait plus d'effort par lui-même alors qu'il en a encore les moyens devenant parfois exigeant et agressif.

Les sentiments exprimés ou les comportements présentés par le malade tels que la peur, l'angoisse, les crises de colère fréquentes, les attitudes de méfiance, les sentiments d'isolement, le choc, les crises d'hystérie fréquentes, la dépossession, la perte de l'estime de soi, doivent faire rechercher des troubles psychiques. L'existence des troubles psychiques et

spirituels doit être prise en considération pour de multiples raisons. Ces troubles peuvent être à l'origine de souffrances et avoir des conséquences multiples : diminution du soin porté à soi-même (diminution de l'hygiène de vie, mauvaise observance) et augmentation des conduites destructives (conduites suicidaires).

Il faut également être attentif aux manifestations de type psychotique.

- **Les manifestations psychotiques :**

Les troubles psychologiques peuvent aboutir à des maladies psychiatriques graves avec troubles de la pensée (maladies psychotiques) Il existe deux types :

- La survenue de manifestations psychotiques de type maniaque chez des malades sans antécédents psychotiques.
- et la survenue de maladies graves et incurables chez les malades psychotiques chroniques
- Les principaux désordres psychiatriques sont les suivants :
 - Dépendance,
 - Comportements impulsifs,
 - Aliénation,
 - Détérioration, déclin intellectuel
 - Ambivalence,
 - Désintérêt,
 - Résignation

Ces émotions et comportements décrits peuvent être observables selon l'étape de la crise. Une étude (Flaskerud et Ungvarski,1995) en a été faite pour l'infection à VIH mais elle peut s'étendre à toute maladie chronique, incurable qui menace la vie. (Voir **Tableau N°I**)

Tableau LXXX: Emotions et comportements selon les étapes de la crise

ETAPES DE LA CRISE	EMOTIONS ET COMPORTEMENTS
Diagnostic d'une maladie incurable qui menace la vie (Ex annonce d'une séropositivité au VIH)	Choc, anxiété, panique, perte d'espoir, culpabilité, colère, idées suicidaires, tentatives de suicide, plaintes somatiques
Mise sous traitement	Dépression, faiblesse, aliénation, malaise, peur d'être défiguré, maladresse, douleur
Arrêt du traitement	Anxiété, peur
Récurrence et rechutes	Dépression, dépendance, apathie, isolement, idées suicidaire, malaise peur
Stade avancé de la maladie (Ex diagnostic de sida)	Anxiété intense, peur de l'abandon, colère, culpabilité, comportements impulsifs, idées suicidaires, tentative de suicide, perte, deuil anticipé
Phase terminale	Détérioration, déclin, ambivalence, dépendance, désintérêt, résignation.

2.2. Cas particuliers

Les effets psychologiques de la maladie et les réactions concernent tout individu malade. Cependant, on retrouve des spécificités selon la maturité psychologique et le vécu individuel (l'enfant/ l'adolescent, la personne âgée) ou le vécu de groupe (la famille).

2.2.1 L'enfant et l'adolescent

Les enfants et les adolescents ont un vécu psychologique particulier lié au processus de développement physique, émotionnel, spirituel et cognitif. Selon leur stade de développement, ils ont différentes compétences et différents besoins sur les plans psychologique, comportemental et physique. Ils communiquent de manières différentes et leur compréhension de la mort dépend de leur étape du développement. Selon Beaulieu, (1997) Mazet et al, (1988) :

- Jusqu'à deux ans, il existe une incompréhension totale : la notion de mort n'existe pas. Cependant, l'enfant peut-être touché par la mort d'un proche et faire l'expérience du deuil (père, mère, frère, sœur). Des perturbations se manifestent et il change de comportement par rapport à la nourriture, au jeu, etc.
- Jusqu'à quatre ou six ans, l'enfant a une perception mythique de la mort, elle ressemble pour lui à un jeu. Il l'imagine comme quelque chose de réversible, de temporaire : vie et mort ne sont pas contradictoires.
- Jusqu'à dix ans, l'enfant est dans une phase de réalisme : il comprend les choses et a besoin de représentation dans l'espace et dans le temps. Il parle sans angoisse et trouve les mots : cadavre, cimetière, squelette. C'est le passage du temporaire au définitif et du particulier à l'universel : tout le monde meurt.
- La pré-adolescence : L'enfant entre dans la phase abstraite, il s'initie aux idées, réfléchit sur le sens de la vie, sur la mort surtout par rapport à ses parents, parfois vis-à-vis de son devenir.
- L'adolescence : l'adolescent vit une période de crise qui le pousse parfois au désir de mort. Certaines tentatives de suicide (fréquentes chez l'adolescent) sont l'expression d'un désir de vivre autrement selon un idéal : c'est un appel au secours.

Les enfants qui sont malades chroniques ne sont donc pas toujours en mesure d'exprimer leurs besoins et compte sur les membres de la famille pour prendre des décisions à leur égard. Par conséquent, les parents sont aux prises à une lourde responsabilité, celle de soigner leur enfant. Cela peut inclure de prendre des décisions importantes à un moment où, ils sont angoissés et portent le deuil de la perte de la santé de l'enfant en même temps que la perte de la stabilité financière et du temps à consacrer aux autres enfants.

Les enfants utilisent aussi des mécanismes de défense : régression, déni, agressivité, isolement, etc. En effet, ils connaissent une véritable régression et se sentent coupables d'apporter tant de chagrin à leurs parents. On note une révolte qui se manifeste par de l'agressivité vis-à-vis de la mère lorsque celle-ci est perçue par l'enfant de moins de cinq ans comme « toute puissante » et qu'elle ne peut le guérir.

On remarque cependant chez l'enfant malade une maturité intellectuelle concernant la connaissance de la maladie dont il souffre du fait de la limite des actions motrices imposée par la maladie (enfant alité, ayant peu d'accès aux jeux moteurs. L'enfant privilégie la réflexion et la compréhension de ce qui l'entoure).

D'un point de vue général, l'enfant est plus calme que l'adulte face à la mort surtout lorsqu'il vit dans la confiance en l'amour qu'il reçoit de ses parents.

2.2.2. La personne âgée

La personne âgée connaît une modification de son corps propre et de sa relation avec l'environnement : la mort est en toile de fond.

Du fait de son grand âge, le malade se trouve dans une phase régressive. De plus, il est particulièrement sensible à la maladie en raison des « crises de la vie » vécues (passage de la quarantaine, ménopause, retraite, départ des enfants, etc.) qui concrétisent la marche vers la vieillesse et le deuil d'une partie de ses désirs.

Le vieillissement en lui-même ne métamorphose pas radicalement le mode de vie et la personnalité mais selon l'histoire de la personne, la vieillesse pourra ou non être intégrée psychologiquement. La prise de conscience de la vieillesse peut-être un traumatisme désorganisateur.

La maladie chronique rajoute à cette désorganisation: elle sera vécue douloureusement car elle augure l'avancée du vieillissement et la mort proche. Elle ravive les douleurs vécues lors de la perte d'êtres chers.

La personne âgée est plus que d'autres familiarisée avec la mort. Elle a expérimentée ses limites en tant qu'être humain et elle est moins dépourvue que d'autres quand elle tombe malade. Et pourtant, si elle s'est déjà posée des questions sur le sens de l'existence, il ne faut pas conclure que mourir est aisée pour elle : la personne âgée est assaillie par les mêmes inquiétudes que tout être humain. Elle tentera de s'adapter à la maladie avec les moyens que lui permet son grand âge.

On constatera que chez la personne âgée, la **régression** va jusqu'à la **grabatisation**: elle demande de plus en plus d'aide face aux actes de la vie quotidienne et assez rapidement, elle ne peut plus rien faire et perd ses capacités motrices en négligeant de s'en servir. Son psychisme suit la même évolution et on note une disparition de sa maturité affective et intellectuelle.

2.3. Psychologie de la famille

La famille joue un rôle particulier auprès du malade :

- Elle est le soutien naturel du malade, connaît ses habitudes, ses goûts ; elle est très attentive à ses souhaits et les devance
- Elle est le témoin et narrateur de son passé éloigné ou récent et peut aider le malade à l'exprimer et se remémorer
- Elle est le lieu de sa vie affective (sentiments, relations), ce qui explique que le malade éprouve une hyper sensibilité aux réactions de l'entourage

Une famille fonctionne comme un système avec des lois régissant les échanges à l'intérieur. Selon les problèmes et les désirs de chacun de ses membres, le système familial arrive à trouver un équilibre de fonctionnement que la maladie de l'un de ses membres va perturber.

Dans le cas de la maladie chronique, la fatigue physique, émotionnelle, les difficultés financières, les conflits avec le malade en raison de ses attitudes et la recherche culturelle de l'origine de la maladie sont des causes de l'épuisement de la famille.

La famille a également un sentiment d'impuissance car elle se sent agressée par la maladie de ce proche ; de plus, elle est frustrée face à la dégradation physique du malade. Les membres de la famille organisent leur vie autrement et imaginent ce qu'elle sera après, tout en restant au côté du malade. Cependant, l'absence prolongée de la personne malade nécessite parfois

son remplacement avant sa mort dans les activités, les responsabilités qu'elle exerçait : c'est le deuil anticipé. Cela entraîne des relations conflictuelles car le malade vit cela comme une atteinte à son identité et en veut à la famille.

Dans le cas particulier du deuil, la famille peut présenter une « réaction de deuil » faite d'inquiétude et de culpabilité. Les survivants se reprochent diverses erreurs et manquements souvent peu importants à l'égard du mort et peuvent s'accuser de ne pas avoir fait tout ce qu'il fallait pour le sauver.

Même les enfants de jeune âge ont des besoins spécifiques pendant et après la mort de l'être cher car ils sont angoissés par cette perte et éprouvent souvent une grande culpabilité.

Quelque fois, la famille peut déplacer sa culpabilité et son chagrin sur l'équipe soignante ce qui se traduit par des revendications, une agressivité. Elle peut se montrer peu coopérative et protester contre les pratiques de soins.

On retrouve chez les membres de la famille les mécanismes de défense inconscients vus chez le malade. Tous ces éléments perturbateurs fragilisent la famille qui ne peut plus jouer son rôle de soutien au malade.

Lorsqu'il s'agit de la maladie chronique de l'enfant, la famille considère sa souffrance comme ce qu'il y a de plus difficile à supporter. L'enfant est vu comme un être innocent, sans défense qui n'a fait de mal à personne, ce qui accroît la culpabilité parentale.

3. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE AU MALADE ET A LA FAMILLE

3.1 Principes de base du soutien psychologique

3.1.1 Intérêts du soutien psychologique

Le soutien psychologique qui vise l'adaptation du malade à la situation, permet :

- De gérer les difficultés (du malade et de son entourage) liées à la maladie chronique, au refus et à l'angoisse de mourir
- D'aider le malade à accepter son état
- De responsabiliser le malade pour qu'il sache son rôle dans le processus de son traitement
- D'amener le malade à trouver lui-même (quand cela est possible) les solutions aux problèmes qu'il pose
- De rétablir la communication brisée entre le malade et ses proches.

3.1.2 Eléments de base du soutien psychologique

Pour une application efficace du soutien psychologique, il est important pour le soignant :

- D'avoir une bonne connaissance des soins palliatifs et de la psychologie du malade
- De savoir approcher et soutenir le malade
- De connaître les bases de la relation d'aide
- D'avoir un « groupe de parole des soignants » pour être soutenu régulièrement
- De savoir quand référer le patient en cas de difficultés psychiques à un spécialiste (psychologue ou psychiatre).

3.1.3. Qui peut assurer le soutien psychologique ?

D'un point de vue général, toutes les personnes qui interviennent auprès du malade peuvent faire ce type de soutien mais, elles doivent y être formées et présenter des qualités humaines.

3.1.4. *Qualités requises pour assurer un soutien psychologique*

Pour assurer le soutien psychologique il est important d'avoir les qualités suivantes :

- Se connaître soi-même
- Avoir une motivation personnelle
- Etre disponible
- Faire preuve de compassion et de patience
- Faire preuve d'empathie et de « bonne distance » qui permet à la fois une véritable compréhension des souffrances du malade et l'apport d'une compétence spécifique en évitant l'épuisement professionnel
- Savoir écouter et observer, mettre le malade en confiance pour lui permettre de discuter, de poser des questions et de se confier ouvertement en toute sécurité.

3.1.5. *Quand référer au spécialiste ?*

Le malade sera référé au psychologue ou au psychiatre entre autre dans les cas suivants :

- Persistance des signes pathologiques malgré un soutien psychologique de base bien mené
- Idées suicidaires
- Dépression
- Troubles psychiatriques

3.1.6. *Modes du soutien psychologique*

Le soutien psychologique qui a pour objectif de promouvoir la capacité d'adaptation du malade peut se faire de deux manières :

- **Sur le plan individuel**, il s'agit de la relation entre le soignant qui assure ce soutien et le malade.
Avec l'enfant, ce soutien peut se faire en dehors des parents quand il a la maturité psychologique nécessaire et s'il le demande.
- **Au niveau du groupe**, il s'agit de personnes volontaires ayant un intérêt commun (par exemple un état diagnostiqué de dépression), qui se réunissent régulièrement afin d'échanger des renseignements sur les ressources personnelles et communautaires disponibles. C'est un lieu de parole, d'écoute de soi et des autres sans jugement. Il est dirigé par un thérapeute ou un soignant formé. Ce groupe s'adresse aux malades et à leurs familles s'ils le souhaitent et si l'état physique le permet.

3.1.7. *Méthodes et techniques du soutien psychologique*

a) Méthodes

Le soutien psychologique va consister à :

- Evaluer le bien-être psychologique du malade ou de sa famille. Le soignant se renseigne sur les pensées, sentiments, espoirs, désirs et craintes. Il se sensibilise aux attentes et besoins psychologiques du malade ainsi qu'à sa personnalité, son état émotionnel, ses stratégies d'adaptation, ses expériences passées et tout problème psychologique préexistant.

- Examiner directement ou tenter de résoudre souvent en référant, les problèmes d'anxiété, de dépression, de colère, de chagrin par anticipation, de détresse et de désespoir.
- Développer un plan de soins qui porte sur les besoins psychologiques et doit permettre de promouvoir la capacité d'adaptation du malade et de la famille
- Soutenir l'atteinte des objectifs personnels du malade et de son entourage pour optimiser leur qualité de vie.

b) Techniques

Pour permettre l'expression de ce qui est latent et fait souffrir psychologiquement le malade, le soignant utilisera des techniques spécifiques :

- **Dans tous les cas**, le soutien psychologique au malade est basé sur :
 - la parole, l'écoute, l'observation
 - de façon plus spécifique, la psychothérapie de soutien (spécialiste).
- **Avec l'enfant**, le soignant fera aussi usage de techniques et d'activités adaptées à son niveau de développement comme le dessin, le conte et le jeu.
- **Chez le mourant, le soignant favorisera** :
 - des visites régulières pour ne pas l'abandonner à sa solitude
 - une écoute attentive de ce qu'il souhaite
 - une meilleure implication de la famille dans son quotidien.

Pour optimiser le soutien psychologique, le soignant doit viser :

- **Une écoute** sans jugement des difficultés vécues physiquement et psychologiquement par le malade ou la famille en lui permettant de parler ouvertement et sans crainte
- **L'observation** de tout ce qui n'est pas verbalisé mais qui exprime les difficultés psychologiques du malade à travers les non-dits (posture, gestes, etc.)
- **L'expression émotionnelle** du patient par la verbalisation, les pleurs (prévoir des mouchoirs pour qu'il sente qu'il peut se laisser aller), le silence, etc.
- **Le toucher** du patient car cela permet le rapprochement et celui-ci se sent accepté tel qu'il est (exemple : personne vivant avec le VIH (PVVIH))
- **Le réconfort et le soutien moral** qui rassure le malade.
- **L'aide** pour que le malade ou la famille trouvent les ressources personnelles pour s'adapter à cette nouvelle situation
- **La référence du malade** face à des difficultés spécifiques nécessitant l'intervention de spécialistes.

Ce soutien nécessite une confiance réciproque, la discrétion, la compréhension, l'esprit de recherche qui fait rejeter toute idée préconçue.

3.2. Conduite du soutien psychologique

Pour assurer une prise en charge psychologique en soins palliatifs qui soit efficiente, il faut remplir les conditions suivantes :

- S'enquérir de l'origine de l'objet et de la nature de la demande
- Choisir un cadre approprié
- Déterminer le moment opportun
- Choisir le mode de soutien approprié
- Choisir les méthodes et techniques appropriées
- Faire une évaluation des risques psychologiques
- Conduire la séance de soutien psychologique

3.2.1. Origine et objet de la demande de soutien psychologique

Le soutien psychologique fera toujours l'objet d'une demande (du malade, de la famille, des membres de l'équipe soignante). Cependant s'il est proposé, il devra être accepté par le malade pour qu'il s'implique véritablement.

3.2.2. Choix du cadre du soutien psychologique

Le soutien psychologique se fait dans un cadre calme, bien éclairé, en institution ou à domicile. Cet environnement doit préserver le caractère confidentiel de la rencontre.

3.2.3. Quand faire le soutien psychologique ?

Le soutien psychologique peut :

- se situer dès le début de l'annonce du diagnostic ou intervenir dans le courant de la gestion de la maladie.
- se faire sous forme de séance (comme une consultation) ou à un moment privilégié de la rencontre avec le malade (visite).
- se faire dans le temps (plusieurs séances) mais peut également être ponctuel quand l'entourage prend le relais (famille, religieux...).

Le soignant déterminera son choix selon la demande, les dispositions du malade et l'organisation de la prise en charge globale.

3.2.4. Choix du mode de soutien psychologique

L'approche individuelle ou de groupe constitue les deux modes de soutien psychologique. Le mode sera choisi par le patient et/ou sur le conseil du soignant. Ces deux modes ne s'excluent pas.

Quelque soit l'approche, si l'organisation pratique diffère, les éléments de base requis pour le soutien psychologique sont les mêmes. Il est indispensable pour mener à bien le soutien psychologique d'évaluer les risques du malade.

3.2.5. Evaluation des risques psychologiques du malade vivant avec le VIH

Pour repérer le besoin de soutien psychologique du malade, le soignant devra évaluer ses risques psychologiques en faisant une collecte des données informatives qui sera présentée sous la forme d'une fiche personnalisée. Elle précisera les points suivants :

- Identification du malade

- Trajet thérapeutique (gestion de la maladie dans le cadre de la médecine moderne et traditionnelle, appel à des services religieux -soins, jeûnes, prières)
- Antécédents psychosociaux
- L'environnement familial, amical, social
- Niveau actuel de détresse et les facteurs psychologiques de stress (réels, ressentis)
- Les épisodes de crise liés aux différentes phases de la maladie
- Les pertes et deuils anciens en cours ou anticipé
- La façon d'affronter la maladie (coping) par le passé et actuellement
- L'évaluation des risques suicidaires
- L'existence d'une affection mentale préexistante ou associée à la maladie actuelle
- Altération de l'image du corps
- Altération des capacités et des réponses psychologiques (difficultés à assumer émotionnellement ce qu'il vit (pleurs continuels, etc.).

3.2.6. Evaluation des risques psychologiques de la famille en soins palliatifs

Le soutien psychologique de la famille vise deux aspects : la fragilité psychologique de la famille et le rôle de soutien qu'elle doit jouer vis-à-vis du malade. Il s'agit d'écouter l'expression de leur peine et leurs interrogations et inquiétudes.

- Concernant la fragilité psychologique de la famille, les éléments vus pour le malade sont valables pour les membres de la famille. Le soignant insistera sur le fait que :
 - Lorsque l'espoir et la détresse sont éprouvés simultanément, il s'agit d'aider le proche à ne pas occulter son sentiment d'impuissance à faire face à l'impossible retour à la santé de l'être aimé.
 - Les conséquences d'un deuil ne sont pas toujours prévisibles ; la mort d'une personne significative peut ramener à la surface des histoires de vie ce qui rendra encore plus difficile le travail de deuil : le soignant qui assure le suivi des personnes seules en difficulté ou qui risque de subir un deuil pathologique devra fournir des soins psychologiques à la famille pendant le deuil.
- Concernant le rôle de soutien de la famille auprès du malade, le soignant devra :
 - Reconnaître son rôle de soutien au malade et d'interface avec l'équipe soignante : maintenir l'équilibre relationnel.
 - Aider les proches dans l'accompagnement du malade et les préparer à la perte imminente
 - Rassurer la famille qu'elle a tout fait aussi bien et aussi longtemps que possible et l'aider à ne rien se reprocher

Lorsqu'il s'agit de soutenir un enfant qui souffre à cause d'une personne proche (parent, fratrie) malade et de sa perte probable, le soignant devra :

- Repérer l'étendue de la relation affective aux parents
- L'aider à exprimer sa douleur à l'aide de mots, de dessins ou de jeux
- Répondre à ses questions en évitant le mensonge souvent utilisée pour éviter de le faire souffrir

3.2.7. Etapes d'une séance de soutien psychologique sur le mode individuel

Le soutien psychologique individuel est basé sur la confidentialité. Il s'organise autour de trois grandes étapes :

Avant, pendant et après la séance de soutien psychologique.

- **Avant la séance de soutien psychologique**
 - **Se renseigner sur la demande de soutien** : Il s'agit de la connaissance préalable du dossier du malade, des informations apportées par celui qui a référé, par l'anamnèse ;
 - **Choisir un cadre adapté**
- **Pendant la séance de soutien psychologique**
 - **Saluer de façon nominative et introduire** la séance
 - **Conduire l'entretien proprement dit en rassurant sur** le caractère confidentiel de la rencontre
 - Ecouter le malade parler de ses difficultés,
 - L'observer au-delà des paroles
 - Repérer à travers l'écoute, l'observation, le recoupement avec des informations antérieures, les difficultés du malade
 - Repérer dans son discours la gestion des conflits par des explications culturelles faisant appel à des références traditionnelles (sorcellerie), religieuses.
 - Entendre ce qu'il dit de l'interprétation de la maladie et des incidences sur son équilibre physique
 - **Intervenir** selon les problèmes repérés (relationnels, observance, estime de soi, etc.) pour aider le malade à élaborer une solution permettant un mieux être
 - **Savoir ramener l'échange** à l'instant présent : parler des éléments positifs dans l'entourage par exemple,
 - **Conclure** la rencontre du moment en ouvrant sur l'éventualité d'une autre. Souvent le malade fait des promesses pour la prochaine séance comme pour maîtriser son avenir.
- **Après la séance de soutien psychologique**

Il est indispensable pour le soignant :

 - **D'échanger** avec la personne à l'origine de la demande (soignant, famille, malade...) et les membres de l'équipe soignante en n'oubliant pas de maintenir la confidentialité sur les aspects précisés par le malade
 - **De référer** à l'équipe soignante élargie afin que les spécialistes (travailleurs sociaux, religieux, etc.) puissent s'impliquer en connaissance de cause pour le bien-être du malade.
 - **D'impliquer les membres** de sa famille (aînés, enfants) et sa communauté (leaders) dans la résolution des problèmes domestiques (prise en charge des enfants, les finances et le transport)
 - **De favoriser des rencontres avec une association** ou des groupes de paroles (ex PVVIH), des services de prise en charge psychosociale, d'autres groupes de soutien communautaire

3.2.8. Etapes du soutien psychologique sur le mode groupal (groupe de parole)

Ce type de soutien est fait en présence d'un psychologue ou d'une personne formée à l'organisation du groupe. Les membres du groupe se retrouvent à des moments différents de

la gestion de la maladie ou de la mort du malade. Ils échangent sur leurs expériences personnelles permettant ainsi l'auto-support et le soutien des autres qui ne se vivent plus isolés.

Le responsable fera attention à ce qui a été repéré plus haut et devra de façon spécifique:

- permettre aux membres du groupe de se connaître
- permettre au groupe d'exprimer un objet d'échange ou en proposer (annonce du diagnostic, soutien au malade, comportement déroutant du malade, gestion des réactions du malade, dépression des familles face à la chronicité ou aux crises de la maladie, relations avec les soignants, aux pensées suicidaires ou aux appels à l'euthanasie, deuil et fin de vie, etc.)
- Echanger dans le groupe les expériences des uns et des autres (auto-support)
- Permettre l'expression dans le groupe des sentiments de chacun et des repères d'interprétations culturelles
- **Recentrer** ce qui a été dit
- **Ouvrir sur des réflexions** concernant le bien-être du malade, de la famille et des soignants

3.2.9. *Quelques particularités*

a) Chez l'enfant :

Le soutien psychologique de l'enfant portera sur les mêmes aspects mais le soignant prendra en compte également sa :

- Spécificité d'être en développement
- Conception de la souffrance, de la mort
- Capacité à faire face à la mort.

b) Chez la personne âgée :

Le soutien psychologique n'est également pas différent chez la personne âgée. Cependant, le soignant devra:

- Examiner sa maturité psychologique
- Etre attentif aux troubles intellectuels et de mémoire
- L'encourager dans sa volonté d'être indépendante
- L'écouter sur sa conception de la mort.

4. CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Etre pressé et ne pas savoir organiser le soutien psychologique, ce qui donne au malade le sentiment de prendre le temps du soignant.
- Donner le sentiment au patient qu'on ne le connaît pas : ne pas le nommer ainsi que certains membres de la famille...
- banaliser les dires et les sentiments, juger, culpabiliser le malade et/ou la famille.
- Poser de nombreuses questions (type interrogatoire) sans laisser le malade s'exprimer plus aisément sur ce qui le préoccupe. Les silences sont souvent évocateurs de beaucoup de douleur

- Donner des solutions toutes faites sans soutenir le malade dans la recherche de solutions selon ses propres références
- Se fermer dans le discours scientifique
- Ne pas aborder les éléments positifs de la vie du malade (réussite des enfants...)
- Etre directif et avoir une attitude rigide
- Prédire l'avenir vital du malade ou faire de fausses promesses
- Projeter sur le malade ce que l'on ressent de ce qu'il vit (tristesse, sentiment d'injustice)

Conclusion

- les effets de la maladie sur le malade entraînent des réactions inconscientes et conscientes.
- Les mécanismes de défense inconscients chez le malade servent à lutter contre l'angoisse liée au fait d'être malade chronique ou proche de la mort.
- la psychologie de l'enfant doit tenir compte de son stade de développement parce qu'il induit un niveau de compréhension de la maladie et de la mort lié à sa maturité.
- L'état psychologique de la famille est fait d'inquiétude, d'épuisement et de culpabilité.
- Le soutien psychologique se fait selon l'approche individuelle ou groupal.
La séance du soutien psychologique au malade s'organise autour de la demande, la relation, l'écoute, l'observation, le soutien, les conseils.
- La personne vivant avec le VIH peut être confronté à des difficultés psychologiques. La maladie étant un événement psychosocial, elle exige une synergie d'action de plusieurs acteurs: malade, famille et soignant.

Chapitre 7 : Soutien spirituel

Introduction

Lorsque survient une maladie grave telle que l'infection à VIH, tout homme se pose des questions sur son origine, ses répercussions sur sa vie, ses projets, sa famille, etc. Ces questionnements deviennent de plus en plus présents lorsque la maladie perdure et que le pronostic annoncé ou pressenti est défavorable. Il s'installe alors une détresse spirituelle qui est une crise au sens d'un changement subite, se caractérisant par un éclatement de l'identité spirituelle. Elle remet en cause les valeurs et la transcendance vécues, jusqu'au moment de la crise et interrompt toute recherche d'un sens pour sa vie. Elle met aussi en question, les valeurs que le patient donne à sa propre dignité.

Les questionnements de type spirituel et existentiel peuvent survenir à n'importe quel moment de la vie d'un individu en réponse à un événement particulier. Mais ils apparaissent très fréquemment et probablement de manière constante chez les personnes atteintes de maladies en phase terminale.

Objectifs éducationnels spécifiques

A l'issue de la formation, le participant sera capable de :

1. Définir le terme « spirituel »
2. Définir le soutien spirituel
3. Identifier les troubles spirituels
4. Identifier ce qu'il faut faire pour proposer un soutien spirituel
5. Relever ce qu'il ne faut pas faire quand on assure un soutien spirituel
6. Conduire un soutien spirituel.

Plan du chapitre

1. Définitions des concepts
2. Troubles spirituels
3. Conduite du soutien spirituel

1. DEFINITIONS DES CONCEPTS

1.1. Définition des termes « spirituel » et « spiritualité »

Dans le langage courant, le mot spirituel est utilisé pour désigner ou décrire des réalités immatérielles dépassant le monde de l'expérience. En ce sens, le spirituel désigne ce qui a rapport avec l'esprit et/ou avec Dieu et donc ne relève pas que de la sphère de la religion.

Sans être adepte d'une religion, et même s'il ne croit pas en Dieu, l'homme a une spiritualité qui le pousse à avoir des idées et à développer une réflexion sur son origine, son existence et sa destinée.

1.2. Définition du soutien spirituel

Le soutien spirituel, c'est tout ce qui est pris en compte et mis en œuvre pour amener l'homme à admettre sa condition mortelle comme normale et à ouvrir les cœurs à une authentique compassion qui grandit l'humain.

Le soutien spirituel, c'est donc la prise en charge de tous les besoins spirituels, d'une part de l'homme gravement malade ou mourant et d'autre part, de tous ceux qui l'entourent dont la famille et les soignants

2. LES TROUBLES SPIRITUELS

2.1. Mode d'installation des troubles spirituels

Bien que l'être humain soit composé d'un corps et d'un esprit qui sont inséparables en réalité, pour des raisons pédagogiques, nous les considérons séparément ici. En effet, le corps et l'esprit d'un homme sont reliés à des niveaux qu'on ne peut préciser, tant ils sont interdépendants. Lorsque nous regardons les maladies qui perturbent le fonctionnement de l'être humain, nous pouvons considérer d'une part les maladies corporelles ou physiques et d'autre part, les maladies de l'esprit ou spirituelles.

Lorsque l'homme est malade au niveau de l'une des composantes de son être, il y a des répercussions sur l'autre qui finit par être perturbée à son tour. Ainsi, si un homme est frappé par une maladie corporelle grave, il développe des pertes successives et des peurs variées qui perturbent sa quiétude et le poussent à un questionnement spirituel. Cette quête de la spiritualité va se faire de plus en plus importante et accélérer la détérioration de l'état de santé spirituel du malade. A ce stade, même une excellente prise en charge thérapeutique ne saurait procurer au malade tout le bien dont il a besoin.

En effet, la personne atteinte d'une maladie qui la met en phase palliative, (l'homme qu'il ait ou non une religion) va ressentir des troubles spirituels de par le fait même qu'elle sent que sa vie est menacée. La perte de ses fonctions physiques et de sa force qui la rend dépendante, ajoutée à la peur de mourir par exemple, vont provoquer et installer en elle des troubles spirituels.

Pleinement engagé dans l'assistance quasi permanente à apporter aux malades, pour deviner, prévenir et satisfaire leurs besoins, les familles des malades s'obligent à de longues et

épuisantes veilles. De plus, les nombreuses difficultés financières et matérielles que les familles rencontrent pour assumer leur part dans la prise en charge des besoins des malades les angoissent, les inquiètent et les dépriment. Enfin, les questions souvent sans réponses que les familles des malades se posent pour s'expliquer pourquoi le destin s'acharne contre elles et comment cela a pu leur arriver, finissent par les perturber. Incapable de résoudre tous les problèmes qui se posent à elles, les familles vont elles aussi avoir des troubles spirituels tout aussi importants que ceux des malades.

Les soignants qui n'ont pas intégré la dimension spirituelle des malades ne comprennent pas toujours que ceux-ci n'acceptent pas de faire ce que eux trouvent évident et indispensable pour assurer un mieux être aux malades. Ne voyant dans les malades que des corps à soigner, il leur arrive soit de se livrer à un acharnement thérapeutique réduisant l'homme à un objet d'expérimentation scientifique, soit de tout abandonner parce que le pronostic de la maladie est péjoratif. Si en plus les soignants considèrent la mort de leurs malades comme un échec sans plus, ils développent des sentiments de culpabilité ou d'incapacité qui les découragent, les dépriment, et provoquent en eux des questionnements qui finissent par leur créer des troubles de spiritualité.

2.2. Manifestation des troubles spirituels

Lorsque l'homme voit sa santé se dégrader de façon inquiétante et qu'il sent sa vie menacée, son incapacité à vaincre son mal le conduit à développer des perturbations spirituelles. Elles se manifestent par la perte de tout espoir et par des peurs dont la liste qui suit n'est pas exhaustive.

D'une part, il a d'être responsable de ce qui lui arrive (culpabilité), de se savoir jugé, condamné, rejeté (stigmatisation et discrimination), de ne plus pouvoir assumer ses responsabilités (invalidité), de voir ses projets s'arrêter (incapacité), de l'avenir (que va-t-il devenir ? que vont devenir les siens ?), de devenir un bon à rien (inutilité), de demeurer un fardeau pour les autres (dépendance), de se sentir couper de ceux qu'il aime (solitude), de ne plus jouir des plaisirs de la vie (souffrance), des sorciers et des génies (superstition) et de mourir (la mort et après ?).

D'autre part, il va connaître la perte de ses fonctions physiques, de ses forces, de son image (ne plus se reconnaître), de son indépendance, de sa dignité, du respect qu'on lui doit, de ses pouvoirs, de ses espoirs, de son intimité, du sommeil et de toutes sécurités.

Chez le malade et chez sa famille, les troubles spirituels peuvent se manifester par :

- Une très grande fatigue physique (épuisement)
- Les nerfs à fleur de peau (nerveux)
- Les insomnies
- Les inquiétudes, les angoisses, la dépression
- La désolation, la lachrymation (pleurs)
- La multiplication des exercices de piété
- La peur du silence de Dieu
- Les changements de religion (foi instable)
- La peur de voir survenir la mort.

Chez les soignants, les troubles spirituels peuvent se manifester par :

- Le surmenage

- Le sentiment très fort de n'avoir pas fait assez
- L'absence de tout sentiment affectif pour les malades
- L'excessif attachement affectif avec les malades
- Le refus de laisser mourir le malade
- L'envie de tout abandonner.

2.3. Reconnaître les troubles spirituels

Il est important de bien identifier les troubles de spiritualité que développent le malade, les soignants et les familles des malades pour leur apporter le soutien spirituel dont ils ont besoin. Pour cela, l'attitude principale à adopter est le discernement. Il faut être attentif à ces situations nouvelles, pénibles et imprévues, face auxquelles aucune réponse immédiate n'est satisfaisante.

Face au malade, ce n'est pas à sa condition de santé physique qu'il faut faire attention, mais à son histoire et au sens qu'il donne à sa vie.

Pour connaître les troubles spirituels que développent les familles des malades, il faut être attentif à leur présence, aux propos qu'ils tiennent et aux attitudes qu'ils adoptent, tout en notant leurs actions et réactions.

De même, pour les soignants, c'est en les rencontrant pour échanger avec eux et en les observant que l'on va reconnaître les troubles spirituels qu'ils présentent.

Pour reconnaître donc les troubles de la spiritualité que développent les hommes, il faut les écouter et leur poser des questions qui les amènent à extérioriser les sentiments qui les animent et à passer en revue, ce qu'ils ressentent et vivent avec les personnes qui composent leur réseau relationnel sans omettre leurs croyances religieuses.

Chaque individu a une spiritualité propre qui est fonction de sa personnalité et de tout ce qui le caractérise. Cependant, on peut systématiser les troubles qui affectent la spiritualité de l'homme.

2.3.1. *Comment explorer les sentiments ?*

- Garantir la confidentialité des entretiens
- Poser des questions et écouter la personne pour connaître :
 - Quelle conscience la personne a de sa situation et comment la vit-elle ? (connaît-elle la gravité de sa situation ? L'accepte-t-elle ou est-elle indifférente ?)
 - Quels sentiments l'anime ? (accepte-t-elle ou non qu'on aborde le sujet de sa situation ?)
 - Désire-t-elle ou non connaître sa situation ?,
 - Quels sont ses peurs, ses angoisses, ses inquiétudes, ses doutes, ses espoirs ?
 - Se sent-elle coupable ou non ? (A qui en veut-elle ? Qui accuse-t-elle ?...)
 - Comment voit-elle la mort ? (signification, sentiments en face de la mort)
- Observer le comportement et les attitudes de la personne pour découvrir :

- Quelles impressions affiche-t-elle, lorsqu'on aborde le sujet et lorsqu'elle se trouve en présence de telle ou telle personne ? (joyeuse, sereine, absente, rêveuse, découragée, triste, muette ou bavarde, excitée ou calme)

Il faut leur garantir la confidentialité des entretiens.

2.3.2. Comment explorer le réseau relationnel ?

Il faut poser des questions comme ci-dessus en notant les nuances dans les réponses que la personne donne tout en observant ses changements de comportements et d'attitudes quand il s'agit de tel ou tel autre membre de son réseau relationnel, à savoir :

- Pour le malade : les soignants, les bénévoles, les familles, les autres (amis, voisins...)
- Pour les familles : le malade, les soignants, les bénévoles, les autres (amis, voisins...)
- Pour les soignants : le malade, les familles, les amis du malade, les collègues...

2.3.3. Comment explorer les croyances religieuses ?

- Poser des questions et écouter la personne pour savoir :
 - Quelle est sa foi religieuse ? (religion)
 - Sa foi ou non en l'existence de Dieu ? (croyant, animiste, athée)
 - Quelle est sa relation avec Dieu ? (pratiquant ou non)
 - Que dit sa religion sur la destinée de l'homme ?
 - Comment se sent-elle par rapport à sa religion et à Dieu ? (fidèle, apostat)
 - Qu'est ce qu'il y a après la mort ? (ce que dit sa religion, ce qu'elle croit, et comment vit-elle l'idée de sa mort ?)

3. CONDUITE DU SOUTIEN SPIRITUEL AU MALADE ET A SA FAMILLE

3.1. But du soutien spirituel

Le soutien spirituel vise à apporter la paix intérieure à tout homme, afin de lui redonner goût à la vie en l'aidant à ne pas sombrer dans le désespoir, même s'il est en fin de vie. Il doit faire disparaître les peurs et assurer la personne qui en bénéficie que demain sera meilleur pour elle qu'aujourd'hui.

3.2. Comment faire le soutien spirituel ?

Toute personne voulant faire des soins palliatifs doit y intégrer un soutien spirituel. C'est pourquoi, nul ne peut assurer correctement des soins palliatifs s'il n'est pas doué d'une très bonne capacité de communication et s'il ne peut manifester de l'empathie.

Avant toute action, il faut savoir si de façon générale, la personne qui doit bénéficier du soutien spirituel est ouverte, ou si elle a tendance à se replier sur elle-même. Puis, une fois qu'on a bien identifié à chaque niveau, ce que ressent et vit la personne, pour lui assurer un soutien spirituel, il faut s'engager dans les réalités que vit la personne qu'on veut aider. Il est indispensable de tenir compte des choix spirituels de cette personne et de se mettre à sa place afin de ne rien lui imposer. Ce qui exige un esprit de tolérance totale.

3.2.1. Méthode du soutien

3.2.1.1. Entrer en communication avec la personne

L'objectif recherché est de :

- l'aider à accepter sa situation en lui expliquant les troubles qu'on a relevés
- lui présenter l'assistance et l'aide qu'on peut lui apporter (soins palliatifs)
- lui dire qu'elle peut sortir de cette situation de troubles spirituels
- lui présenter des personnes susceptibles de l'aider
- obtenir son consentement pour organiser sa prise en charge
- exiger sa contribution dans la mise en œuvre du soutien spirituel
- tenir compte de ses choix spirituels.

3.2.1.2. Prendre pour base de soutien les troubles spirituels que développe la personne :

L'objectif recherché est de :

- la rassurer et la déculpabiliser tout en étant sincère avec elle
- l'aider à mieux connaître l'enseignement de sa religion sur les questions qui la préoccupe
- l'amener à estimer et à accepter les personnes qui composent son réseau relationnel

3.2.2. Techniques utilisées pour le soutien

Tout en garantissant la confidentialité de l'entretien, la technique du soutien spirituel se déroule de la manière suivante :

- **Ecouter la personne**
 - savoir se taire et être patient pour laisser parler la personne
 - être prêt à accueillir l'imprévisible sans se montrer choqué
 - être attentif aux peurs et aux appels de la personne
 - laisser la personne aller aussi loin qu'elle veut et qu'elle peut dans l'expression de ce qu'elle ressent et vit
- **Parler à la personne**
 - pendant l'écoute, aider la personne à poursuivre son récit ou à préciser son idée par une question
 - montrer à la personne qu'on l'a comprise
 - sans la juger, ni la culpabiliser, lui dire les efforts qu'elle doit accepter de faire
 - lui exposer brièvement les besoins spirituels qu'elle a
 - si elle a une religion, lui montrer la nécessité d'y demeurer ou lui indiquer la possibilité de retrouver la communion avec cette communauté.
 - l'aider à mieux connaître l'enseignement de sa religion sur les questions qui la préoccupent.
 - l'aider à comprendre et à accepter le comportement des personnes qui composent son réseau relationnel
 - lui garantir la confidentialité des entretiens
- **Réconcilier**

- L'aider à demander pardon et à donner son pardon à son dieu ou à ses proches
- Lui enlever l'idée que quelqu'un qui est absent (même mort) ne lui a pas pardonné
- L'amener à retrouver l'harmonie avec son dieu
- **Organiser des rencontres**
 - lui proposer de rencontrer des personnes avec qui il a des différends
 - lui suggérer de recevoir des hommes religieux
 - la mettre en contact avec des personnes susceptibles de lui apporter de l'aide

En tenant compte de la religion ou de la foi de la personne, lui proposer ce qui suit :

- **Lire des textes**
 - lui proposer de lire des passages de livres saints (bible, coran, etc.)
 - l'inviter à lire des livres traitants de la foi en Dieu
 - lui indiquer des lectures à faire pour se détendre
- **Prier**
 - Il faut l'inviter à prier son dieu en lui précisant les bienfaits de la prière
 - Lui proposer de prier avec elle et pour elle
 - Lui redonner le goût d'être en relation avec Dieu en lui enlevant toute idée de l'existence de prières efficaces pour obtenir ce qu'on veut. (Aucune prière ne saurait obliger Dieu à faire notre volonté.)
- **Administrer les sacrements**
 - L'aider à recevoir des sacrements ou à renouer avec la fréquentation des sacrements

3.3. Ce qu'il ne faut pas faire

- condamner et culpabiliser la personne
- lui dire qu'il n'y a plus rien à faire pour la sauver
- lui donner de faux espoirs
- lui imposer des exercices de piété épuisants et dangereux (postures pénibles, jeûnes, veillées de prières, etc.)
- lui demander de se convertir à une religion
- lui faire croire qu'une pratique religieuse ou l'adhésion à une religion peut la sauver.

Conclusion

Pour arriver à conduire une séance de soutien spirituel, il importe de savoir que :

- La spiritualité est tout ce qui pousse l'homme à avoir des idées et à développer une réflexion sur son origine, son existence et sa destinée
- Tout homme même incroyant est spirituel
- Toute personne en phase palliative développe une intense activité de son esprit. C'est ce qui provoque des troubles spirituels qu'il faut prendre en charge
- En soins palliatifs, le soutien spirituel est la prise en charge de tous les besoins de l'homme dans le but de l'amener à admettre sa condition mortelle comme normale.

- Il faut identifier les troubles spirituels que présentent les personnes et entrer en communication avec elles pour leur proposer un soutien spirituel
- Le soutien spirituel aide une personne à retrouver la sérénité par l'écoute, la parole, la réconciliation, des rencontres, des lectures, la prière et l'administration de sacrements
- Il ne faut pas culpabiliser la personne, lui donner de faux espoirs, lui imposer une religion et des exercices de piété épuisants.

Chapitre 8 : Prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS).

Introduction

Dans sa pratique, le soignant est confronté à la chronicité des maladies, à la déchéance de la vie et à la mort. Cela peut avoir chez lui des répercussions psychologiques sous la forme de comportements instinctifs et inconscients. Ces troubles sont la conséquence de la représentation qu'il se fait de la maladie, des personnes malades, de son expérience professionnelle, de son histoire personnelle.

Par ailleurs, le soignant est souvent malgré lui pris dans la crainte des risques physiques (dont les possibilités de contamination), psychiques et sociaux liés à sa profession. Cette crainte a une incidence sur sa vie personnelle, familiale, et sociale.

Une autre dimension qui influence parfois négativement le soignant est la difficile reconnaissance de ses limites en rapport à l'idéal de soin et à son idéal social. Or il doit pouvoir faire le deuil de son idéal professionnel de guérison et accepter les fréquents échecs thérapeutiques.

Tous ces facteurs vont entraîner chez le soignant des réactions particulières et conduire à un syndrome d'épuisement professionnel (SEPS).

Objectifs éducationnels spécifiques

1. Définir le syndrome d'épuisement professionnel des soignants
2. Expliquer les mécanismes de défense inconscients du soignant
3. Identifier les facteurs de risques du syndrome d'épuisement professionnel des soignants
4. Décrire les signes du syndrome d'épuisement professionnel des soignants
5. Identifier les mesures de prévention et de prise en charge du SEPS

Plan du chapitre

1. Définition du SEPS
2. Mécanismes de défense inconscients du soignant
3. Facteurs favorisant le SEPS
4. Effets du SEPS
5. Prévention et prise en charge du SEPS

1. DEFINITION DU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS

Le Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS) ou « burn out » est un état de perturbation qui affecte l'efficacité professionnelle et engendre chez le soignant des difficultés professionnelles, émotionnelles en rapport avec la relation d'aide aux patients. Il peut toucher tous les soignants, mais aussi les « aidants » naturels (parents, amis), les assistants sociaux, les éducateurs.

Longtemps assimilé à la notion de stress, le Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS) se construit sur la base du stress chronique lié à la fonction et au lieu d'exercice. Il est secondaire à une accumulation de stress au niveau de la personne. On l'a souvent confondu à l'anxiété qui est une maladie. Or le SEPS est un processus ; il est le résultat de troubles progressivement acquis, un trouble d'adaptation (Canouï P., Mauranges A., 1998).

Il touche en particulier les personnes engagées dans une relation d'aide dont les soignants, les « aidants » naturels (parents, amis qui deviennent des auxiliaires de soins), les travailleurs sociaux. L'atteinte de la relation à l'autre fait la spécificité du SEPS car l'objet du travail est l'être humain malade, cet autre moi-même dans la souffrance.

Le SEPS est également conçu comme un syndrome dépressif capable d'entraîner une réelle crise d'identité professionnelle tout en réactivant parfois des difficultés personnelles.

Le syndrome se développe chez des sujets n'ayant aucune affection psychiatrique, volontiers dynamiques, énergiques, compétents, mais aussi perfectionnistes, jamais satisfaits, poursuivant constamment un but jamais atteint. C'est ainsi que se développent chez eux le sentiment d'être vidés de leur énergie, une déshumanisation des relations avec les autres se traduisant par des attitudes négatives marquées par le détachement et le cynisme, un déclin des sentiments de succès et de compétence.*

Il est repérable chez le soignant à partir de trois dimensions fondamentales que sont :

- L'épuisement émotionnel
- La déshumanisation de la relation interpersonnelle
- La diminution de l'accomplissement personnel

2. MECANISMES DE DEFENSE INCONSCIENTS DU SOIGNANT

Des mécanismes de défense inconscients seront élaborés par le psychisme du soignant pour lutter contre l'angoisse que suscitent les maladies chroniques, la mort, le deuil et permettre une fonction adaptative à la situation.

Ces mécanismes sont nombreux mais on peut repérer quelques uns dans leur spécificité. Ce sont :

- **La banalisation :**

Le soignant se limite à prendre en charge une partie du sujet. Il ne se préoccupe que de la souffrance physique, occultant la souffrance psychique du patient. Le soin qu'il prodigue n'est qu'une partie de la réponse à la plainte du malade.

- **L'évitement :**

Le soignant nie la présence physique et effective du patient en le réduisant à un numéro, un dossier. Tout contact ou échange est relégué à d'autres (psychologue, assistant social, autre collègue...). Le malade est seulement un objet de soin et il disparaît en tant que sujet.

- **La rationalisation :**

Le soignant utilise un discours hermétique et incompréhensible basé sur le langage purement médical, scientifique pour répondre aux questions embarrassantes du malade. Il n'est pas prêt à abandonner son registre traditionnel pour s'engager dans le domaine émotionnel du patient.

- **La dérision :**

C'est une attitude d'ironisation du soignant par la non reconnaissance d'une souffrance.

- **La fuite en avant :**

Le soignant répond directement de façon concise et lapidaire. « Il dit tout et tout de suite » alors que le malade aspire au partage de la souffrance.

- **L'identification projective :**

Le soignant fait corps avec son malade. Il attribue à l'autre certains aspects de sa personnalité, ses propres pensées et émotions. Il dissout totalement la distance qui existe entre lui et le patient par une prise en charge globale et active de la souffrance du malade.

Ces mécanismes de défense témoignent de la stratégie d'adaptation que le soignant développe face à la situation angoissante que suscite sa capacité à prendre en charge le malade.

Lorsque les personnes souffrant de la pathologie sont elles même impliquées dans les soins (par exemple les personnes vivant avec le VIH) auprès d'autres malades, il faut tenir compte de leur propre fragilité de personne malade, du stress occasionné par les identifications au patient.

Tous ces éléments par l'accroissement des stress psycho-sociaux peuvent entraîner chez le soignant des troubles divers dont le plus fréquent est le burn-out ou le Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants (SEPS).

3. FACTEURS FAVORISANT LE SEPS

3.1. Variables personnelles

- *Les variables socio démographiques :*

L'âge est un facteur de vulnérabilité. Or c'est dans les services réputés difficiles et exigeants que l'on retrouve des soignants jeunes et volontaires.

- *Les variables relatives à la personnalité du soignant :*

Les soignants ayant des traits de personnalité tels que l'endurance, la solidité, la robustesse psychique résistent au SEPS. Ils ont une attitude active de responsabilité et l'aptitude à relever les défis et l'attrait pour la nouveauté. Ces traits ont une influence sur les processus d'adaptation et un effet modérateur en situation de stress.

- *Les variables professionnelles :*

Il existe un lien entre l'aspect émotionnel, psychologique et les conditions de travail du soignant

3.2. Organisation du travail

- *L'interruption imprévue des tâches planifiées des soignants* est un facteur de perturbation. Elle entraîne un effort supplémentaire de concentration pour la nouvelle tâche, une mauvaise qualité relationnelle avec les malades, une absence d'organisation autonome du soignant.
- *Le décalage entre l'effort dans le travail et le rendement bas* est source d'insatisfaction
- *L'ambiguïté des rôles* entraîne une confusion des tâches et un épuisement professionnel.

3.3. Conditions du travail

- *La relation d'aide*

C'est le soutien moral, base de la profession des soignants (écouter, comprendre, soutenir...) qui vise chez la personne aidée à traverser une épreuve, à résoudre une situation de vie problématique, à trouver un fonctionnement personnel plus satisfaisant. La bonne distance est nécessaire chez le soignant car la *confrontation à la souffrance et à la mort* inévitable, doit être prise en compte et non niée.

- *Le manque de soutien :*

Le soignant ne se sent pas reconnu et ne peut exprimer ouvertement ce qu'il ressent dans le cadre institutionnel. Les raisons sont nombreuses :

- l'urgence qui empêche de réfléchir, d'échanger sur la pratique
- les liens hiérarchiques qui cloisonnent et isolent chacun
- la loi du silence qui s'impose au soignant. il ne peut remettre en cause le caractère technique, idéologique de la profession. Seul le malade doit parler
- les situations conflictuelles
- le manque d'échange

- *Le cadre de travail, la spécificité et la technologie :*

L'impact des pathologies pousse à l'épuisement (services des urgences, des maladies infectieuses...) et les limites de la technologie lors des soins aux malades, sont particulièrement culpabilisantes.

3.4. Environnement professionnel

- *Le milieu :* doit être de qualité, les matières premières (éther, sérum, coton...) doivent être facilement accessibles pour les soins ;

- *Le matériel de travail* : lorsqu'il est non conforme ou dangereux est angoissant du fait des risques pris par le soignant et par le patient (ex les accidents d'exposition au sang – AES-)
- *Les méthodes de travail* : innovantes lorsqu'elles sont imposées trop rapidement, ne permettant pas l'adaptation ;
- Le manque de qualification de la main d'œuvre : il peut entraîner le SEPS

4. EFFETS DU SEPS

4.1. Sur la vie personnelle

- Au niveau *psychique* : Dépression, irritabilité, colère, isolement, rejet, agressivité, négativisme, difficulté de concentration, pensée pessimiste, surmenage, doute...
- Au plan *somatique* : Insomnie, inappétence, douleurs physiques diverses (migraine, rhumatisme, mal de dos, gastralgie, ...)
- Au plan *relationnel* : Troubles familiaux voire conjugaux, moral bas, valeurs personnelles ébranlées
- Au plan *comportemental* : Abus de médicaments, d'alcool, de tabac...

4.2. Sur la vie professionnelle

- Doute de sa motivation
- Idéal de soins remis en cause (Le sentiment très fort de n'avoir pas fait assez)
- Difficulté relationnelle avec les patients (L'absence de tout sentiment affectif pour les malades, L'excessif attachement affectif avec les malades, Le refus de laisser mourir le malade)
- L'envie de tout abandonner.

4.3. Sur la vie du service

Absentéisme, démotivation, abandon de poste, manque d'ardeur au travail, mouvance au niveau du personnel, sentiment d'échec, absence d'échange au sein de l'équipe, manque de communication

5. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU SEPS

Les difficultés psychologiques du soignant sont en relation avec l'objet de travail et visibles à travers le SEPS. Aussi, le soutien consistera en la prise en charge de ce syndrome et sa prévention sur les plans individuel et groupal. Il s'agit d'orienter les actions d'une part vers la diminution des facteurs de stress de son environnement et d'autre part vers le développement de stratégies d'adaptation permettant au soignant d'y faire face. Ce soutien relève de la compétence de spécialistes en la matière.

La prévention et la prise en charge du SEPS font appel aux mêmes techniques. Elles peuvent être faites individuellement ou en groupe.

5.1. Approche individuelle

Le SEPS est un phénomène vécu de l'intérieur car il met en évidence le poids émotionnel de la fonction soignante et sa spécificité. Il s'agit d'un processus individuel qui a des retentissements sur le malade et sa famille, sur le groupe social (équipe, service), sur la qualité et la rigueur du travail.

Le SEPS est donc également un processus social. Il est important de reconnaître que dans le cadre des soins palliatifs, la confrontation du soignant à la souffrance et à la mort est inévitable. Or la relation d'aide c'est le soutien moral, base de la profession des soignants (écouter, comprendre, soutenir...).

L'approche individuelle touche le soignant dans sa singularité et porte sur les modérateurs de stress (« Prendre soin de soi pour prendre soin des autres »). Il doit :

- Se représenter au niveau mental les réussites, les attentes positives par rapport à des problèmes posés et éviter les attitudes défaitistes
- Bénéficier de l'effet vacances- jours de repos, de la mobilité, des changements de postes, de services
- Avoir des comportements de santé susceptibles de préserver ou d'améliorer son état de santé (alimentation adaptée, activité physique régulière, contrôle de prise d'alcool, de tabac...)
- Privilégier les loisirs ne rappelant pas les activités professionnelles (sports arts, engagement social...)
- Développer des relations sociales avec des amitiés génératrices de soutien personnel
- Bénéficier si nécessaire de l'approche psycho dynamique qui comprend la psychothérapie

5.2. Approche collective ou institutionnelle

Elle est proposée par la structure hospitalière et nécessite l'implication de la direction, du médecin du travail, du psychologue et de toute personne formée au soutien psychologique des soignants.

Une analyse de l'état des lieux élaboré dans le cadre d'un groupe de travail permet de rendre compte de l'ampleur des difficultés au sein de la population soignante.

- Faire un projet d'équipe

Il s'agit d'analyser les besoins du service et d'élaborer un projet de renforcement du service, avec les moyens d'application et les outils d'évaluation. Il faut procéder avec les intéressés (membres de l'équipe de soins) à l'exploration de pistes de solution

- Développer la qualité de la communication
 - au sein de l'équipe soignante en encourageant les soignants à s'ouvrir spontanément les uns aux autres de façon informelle, sur des situations professionnelles particulières.
 - avec le malade et son entourage
- Adopter une gestion du temps de travail qui prévoit des temps de repos pour les soignants par roulement en dehors des congés admis par la structure.
- Créer des espaces de parole :

Le chef de service devra manifester un réel soutien à l'organisation des espaces de parole qui font partie du temps de travail, en reconnaissant leur intérêt. Cela empêchera certains soignants d'en contester l'utilité. La présence du chef de service légitime les espaces de parole. Il doit favoriser l'expression de chacun dans un climat de confiance.

Les espaces de paroles comprennent :

- des réunions de discussions de cas cliniques : les problèmes médicaux, psychologiques et éthiques de chaque malade sont abordés en présence de tous les membres de l'équipe.
- des réunions des membres de l'équipe programmées selon une périodicité à définir dans chaque structure, doivent se tenir dans un lieu ordinaire au sein du service pour favoriser la parole et la communication en évitant le poids de la hiérarchie : c'est le groupe de parole de l'équipe soignante
- les réunions de service permettent de discuter l'organisation et le fonctionnement du service et de gérer les problèmes d'ordre institutionnel
- Mettre en place des structures d'aide à la prise en charge des malades chroniques et de leurs familles en créant :
 - une consultation de soutien psychologique et sociale
 - des groupes de parole des malades et des familles favorisant l'auto support.
- Organiser les formations collectives

Les formations visent une mise à niveau des soignants et un apport d'expertise plus technique. Elles peuvent être internes ou externes au service. Elles peuvent porter sur les soins palliatifs, le soutien psychologique, des aspects médicaux, la gestion du SEPS, etc.

Les formations internes au service de soins permettent au plus grand nombre de soignants d'y assister mais surtout de progresser au même rythme.

Les *formations externes* qui permettent de s'éloigner des lieux de stress quotidien et d'établir des relations non chargées affectivement avec d'autres personnes.

Conclusion

- Le soignant peut être en difficulté psychologique car souvent confronté à la chronicité de la maladie et à la mort, il ne peut pas toujours répondre à l'idéal de soins.
- Les mécanismes de défense inconscients servent au soignant à lutter contre l'angoisse que suscitent les maladies chroniques, la mort, le deuil et ils permettent une fonction adaptative à la situation. Exemple : la fuite en avant et l'identification projective
- Le Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS) est un stress chronique lié à la fonction et au lieu d'exercice.
- La prise en charge du SEPS est basée sur l'approche individuelle et l'approche institutionnelle ou collective.

Chapitre 9 Fin de vie et accompagnement des familles en deuil

Introduction

La fin de vie d'un malade nécessite une prise en charge spécifique en raison de la dégradation physique et psychique importante et de l'intensité des troubles psychologiques sociaux et spirituels.

La mort devient un état mystérieux qui donne lieu de tout temps à l'élaboration de représentations imaginaires, à des rites selon les coutumes.

Une bonne connaissance des circonstances et des étapes qui accompagnent la fin de vie est indispensable pour mieux soutenir les familles en deuil.

Objectifs éducationnels spécifiques

A la fin de cette formation, le participant sera capable de :

1. Définir les concepts : accompagnement, décès et deuil
2. Décrire le processus de la mort
3. Expliquer les droits fondamentaux du malade en fin de vie et de sa famille.
4. Décrire les soins et soutiens en fin de vie.
5. Donner des informations et des conseils à la famille sur les formalités administratives concernant le décès
6. Décrire le décès et les soins mortuaires
7. Décrire les étapes du deuil,
8. Identifier le deuil pathologique,
9. Décrire les soins et soutien en cas de deuil compliqué et pathologique.

Plan du chapitre

1. Fin de vie et accompagnement
2. Décès et soins mortuaires
3. Soutien des familles en deuil

1. FIN DE VIE ET ACCOMPAGNEMENT

1.1. Définition de l'accompagnement

Selon le dictionnaire Larousse, «accompagner» c'est se joindre à l'autre pour faire route avec lui ; il s'agit de s'adapter à son rythme, de partager des moments de sa vie, en acceptant d'avoir le second rôle.

Dans le cadre des soins palliatifs, le terme «accompagnement » s'appliquait depuis les années 1960-70 essentiellement à la prise en charge des malades en phase terminale d'un cancer incurable. L'usage du mot « accompagnement » apparaît d'abord dans le langage infirmier pour désigner un projet de soins ; il désigne « une attitude, une conception du soin et de la relation avec le malade en fin de vie », conception qui « repose sur la reconnaissance de la personne proche de la mort comme un être humain vivant à part entière ».

Aujourd'hui, de nombreux professionnels ont la volonté de ne pas réserver cet accompagnement à des malades en toute fin de vie, mais aussi aux malades incurables avant la phase palliative terminale.

L'accompagnement comprend aujourd'hui, l'ensemble des interventions de soins palliatifs depuis le diagnostic de la maladie jusqu'au décès et même après.

L'accompagnement se situe dans une démarche interdisciplinaire et sa réalisation comprend l'obligation de:

- Avoir le souci du confort du malade
- Savoir écouter le malade et essayer de le comprendre au-delà de ses paroles
- Donner toute son importance à la relation soignant - malade, quel que soit le motif de la présence du soignant auprès du malade.
- Pouvoir relier le malade à sa vie passée et à son histoire s'il le désire

L'accompagnement en fin de vie a sa particularité et son processus devrait être cerné par tous les intervenants en soins palliatifs.

1.2. Étapes du mourir

Il existe 5 étapes du mourir: le déni, la colère, la négociation, la dépression, l'acceptation. Ces étapes ne sont pas vécues dans un ordre chronologique. La personne mourante peut les aborder sur une seule journée ou sur plusieurs semaines et dans n'importe quel ordre.

1.2.1. Le déni

La personne refuse d'accepter qu'elle va mourir. La personne nie la réalité parce qu'elle en a peur. Cette période de déni va créer chez le malade des angoisses insupportables.

1.2.2. La colère

La personne refuse la réalité « Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? » et est souvent agressive vis-à-vis du personnel soignant et de l'entourage. Ces bien-portants lui rappellent, sans cesse, tout ce dont elle est désormais privée (sa santé, son autonomie etc.).

1.2.3. La négociation avec la mort

C'est pendant cette étape que les personnes en fin de vie "marchandent" le temps qui leur reste à vivre avec leurs divinités et selon leurs croyances et leurs projets personnels ou familiaux importants, "Si je dois mourir, ce ne sera pas avant le mariage de ma petite fille," ; "pas avant la naissance de mon petit-neveu"...

1.2.4. La dépression

C'est le temps de la tristesse, devant la réalité imminente de la séparation d'avec tous ceux que l'on aime et qui nous aime. Triste pour la peine que sa mort va provoquer chez ses proches

1.2.5. L'acceptation

C'est une période de résignation et d'acceptation de la mort. La personne malade est très calme et les échanges avec son entourage sont souvent d'une très forte intensité.

1.3. Droits fondamentaux du malade en fin de vie et de sa famille

- **Droit à la liberté**

Il s'agit à la fois de permettre au malade de réaliser ses vœux ultimes, s'il le désire, de renforcer et de renouer éventuellement ses liens affectifs lors de ses derniers moments. L'emploi nécessaire des moyens de lutte contre la douleur physique se fera, de même, avec le souci de ne pas altérer, autant que faire se peut la conscience et le jugement du malade.

- **Droit à la dignité et à l'intégrité de la personne**

Sont au même titre considéré comme contraires à cet esprit deux attitudes : l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie.

L'acharnement thérapeutique peut être défini comme l'attitude qui consiste à poursuivre une thérapeutique lourde à visée curative, qui n'aurait comme objet que de prolonger la vie sans tenir compte de sa qualité, alors qu'il n'existe aucun espoir raisonnable d'obtenir une amélioration de l'état du malade.

Par euthanasie, on entend toute action ayant pour dessein de mettre fin à la vie du malade dans le but de soulager ses souffrances.

- **Droit d'être informé**

Une attitude générale de franchise vis-à-vis du malade, quant à la nature ou au pronostic de sa maladie, est généralement requise pour assurer l'accompagnement de la meilleure qualité possible. Toutefois, les circonstances psychologiques sont trop variées pour que cette recommandation puisse être formulée autrement qu'en termes généraux. Il s'agit d'un idéal vers lequel il convient de tendre.

- **Droit aux soins appropriés**

Pour soutenir le malade en phase terminale, s'impose l'intervention d'une équipe interdisciplinaire comportant, autour des médecins, des membres des différentes professions paramédicales concernées (infirmiers et aides-soignants, psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens, etc.). Y sont associés les représentants des différentes religions dont se réclameraient les malades. La prise en compte des besoins spirituels, particulièrement en cette phase est essentielle et doit se faire dans le respect le plus absolu des options philosophiques et religieuses de chacun.

- **Droit de ne pas souffrir**

Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale du malade en phase évoluée ou terminale d'une maladie potentiellement mortelle ; prendre en compte le malade et viser à soulager les douleurs physiques ainsi que la souffrance psychologique, sociale et spirituelle devient alors primordial.

1.4. Soins et soutien en fin de vie

Il faut veiller particulièrement à ce que les soins et soutiens terminaux assurent une fin de vie avec un maximum de confort grâce à un soutien médical, spirituel, émotionnel, psychosocial et pratique (soins de confort, adaptation du cadre de vie) pour le malade aussi bien que pour ses proches.

Il ne faut jamais croiser les bras à attendre le stade ultime de fin de vie. certes, il n'y a plus d'espoir raisonnable de guérison mais cela ne veut pas dire qu'il n'y a plus rien à faire. C'est donc un abandon. Il y a toujours quelque chose à faire pour améliorer la qualité de vie

d'un malade quelle que soit la maladie, quel que soit le stade évolutif, quels que soient les traitements déjà reçus.

A ce stade ultime les soins de soutien doivent prendre le pas sur les soins curatifs et préventifs (figure 22).

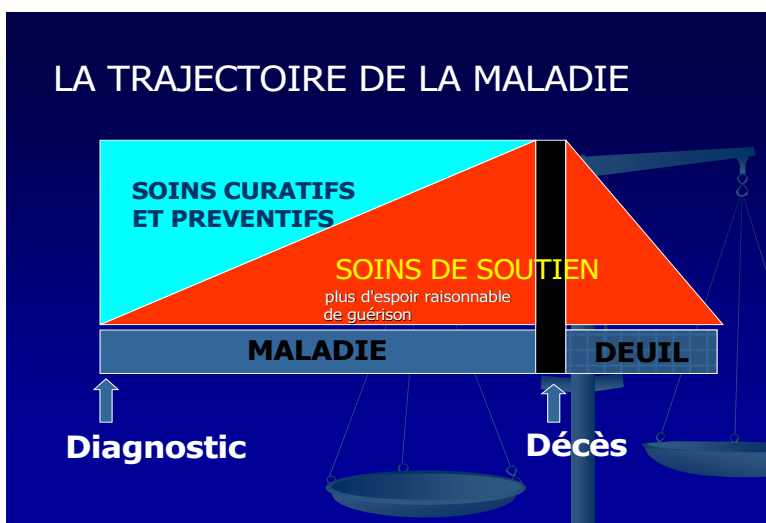


Figure 22 : Soins sur la trajectoire de la maladie

Au stade ultime de leur vie, certains malades décident de mourir chez eux. Même à domicile où les ressources sont très réduites, il est possible de fournir des soins de fin de vie de bonne qualité.

1.4.1. Aspects pratiques des soins et soutiens en fin de vie

Les soins et soutiens en fin de vie peuvent se faire à domicile comme en institution. L'accompagnement à domicile, pourra s'effectuer si le malade veut mourir à la maison et pour cela :

- les membres de la famille et d'autres personnes soignantes devront recevoir une formation particulière pour assurer des soins terminaux adéquats.
- Le niveau des ressources affectera la possibilité d'offrir des soins palliatifs et terminaux de bonne qualité

Les soins devront comporter dans toute la mesure du possible les éléments suivants:

- les soignants devront informer le centre de santé quant à l'état du malade, de telle sorte que le personnel du centre puisse donner des soins et des soutiens appropriés, aux malades et à la famille
- Ils devront mettre en place un soutien approprié, apporté par la communauté et la famille. Ce soutien permettra de diminuer la pression sur les personnes soignantes (le plus souvent les femmes de la famille) et pourra offrir une assistance (juridique, spirituelle). Il mobilisera la parenté et les amis qui pourront aider aux travaux de ménage ou autres (gestion des excréta, hygiène corporelle du malade).
- Ils devront faciliter la réconciliation avec les amis ou les membres de la famille éventuellement brouillés avec le malade.
- Ils devront installer le malade dans une chambre bien éclairée et aérée, tranquille et confortable, tout en étant suffisamment proche du reste de la famille pour permettre aux malades de rester impliqué dans les affaires familiales.

1.4.2. Soins physiques en fin de vie

Les aspects cette prise en charge en institution sont développés dans les chapitres sur la prise en charge de la douleur et des autres symptômes pénibles.

1.4.3. Soutien en fin de vie

1.4.3.1. Gestion du stress

- La détresse émotionnelle est un phénomène courant, qu'elle soit ressentie par le malade ou par les membres de la famille. Le soignant pourra aider dans ces cas.
- Parmi les questions que le soignant pourra examiner, on trouvera la peur de la mort. Cette peur, qui peut entraîner des réactions d'irritation, de dépression ou d'agression, est une réaction normale.
- Il faudra encourager la personne à parler de ses craintes.
- Un soutien spirituel peut aussi s'avérer utile.

1.4.3.2. Gestion de l'isolement et de la dépression.

- Lorsque le malade est en train de mourir, les visiteurs peuvent cesser de venir parce qu'ils ont peur de la mort, ou ne savent pas comment se comporter.
- Cet isolement peut conduire à un sentiment de solitude ou de dépression.
- Si le malade le souhaite, on devra encourager les visites.
- Dans certaines cultures, il faudra aussi offrir aux gens la possibilité de discuter de ce qu'ils ressentent à être auprès d'une personne mourante.

1.4.3.3. Gestion des sentiments de culpabilité et de regret.

- Le malade peut se sentir responsable d'avoir exposé sa famille à une souffrance au cours de l'accompagnement, ou coupable d'avoir apporté la honte sur sa famille et ses amis.
- Le fait de ne pas avoir payé ses dettes, de ne pas avoir mené ses ambitions à bien ou de ne pas avoir rempli ses obligations vis-à-vis des enfants peut entraîner chagrin, regret ou culpabilité.
- Certaines personnes voudront demander pardon ou discuter de comment résoudre les problèmes dont elles se sentent responsables.

1.4.3.4. Soutien spirituel.

Cela peut se faire selon la spiritualité propre du malade, de ses croyances et de ses valeurs.

- Le malade peut avoir été éloigné ou s'être lui-même éloigné de sa religion.
- Il convient de reconnaître les besoins spirituels de l'individu, de respecter ses croyances religieuses (ou son absence de croyances), d'identifier quelqu'un qui puisse assurer un soutien spirituel, et de préciser si le malade souhaite une manifestation religieuse après sa mort, sans oublier l'organisation des rites funéraires.

1.4.3.5. Conseil juridique dans la confection d'un testament.

- Un testament permet de savoir plus clairement ce que le malade souhaite qu'il adienne après sa mort.
- S'il n'y a pas de testament, les femmes et enfants du défunt risquent de se retrouver démunis et sans ressources.
- Le testament devra être établi selon la législation locale et pourra assurer la transmission des terres, des biens et des valeurs aux bénéficiaires identifiés par le malade. Il devra par ailleurs préciser clairement qui aura la garde des enfants et, le cas échéant, nommer des tuteurs ou tutrices, nommer des légataires. Ces derniers devront s'assurer que les dispositions du testament seront exécutées et donner des instructions relatives aux dispositions funéraires.
- Pour être valable, un testament devra généralement être écrit à l'encre indélébile ou dactylographié, être signé par son auteur et clairement daté ; un témoin doit certifier de la signature et de la date (les bénéficiaires du testament ne peuvent pas servir de témoins).
- Le testament doit être écrit quand la personne est saine d'esprit et n'y est pas contrainte par quelqu'un d'autre.

1.4.3.6. Soutien au moment de la mort.

- Il ne faut pas laisser la personne seule quand survient la mort. Beaucoup de gens ont peur de mourir isolés. Il faut respecter les rituels, les habitudes et les traditions relatives à la présentation du corps.
- Ceux et celles qui le souhaitent doivent pouvoir se voir accorder un peu de temps en présence du cadavre, mais il faut informer ces personnes du risque éventuel de contamination que peuvent présenter les liquides corporels.

1.4.3.7. Soutien aux personnes soignantes

- Tous les soignants doivent recevoir un soutien et des soins pendant qu'ils apportent les soins terminaux aux malades
- Des groupes de soutien et un conseil individuel ou en groupe pourront tous venir en aide aux personnes soignantes, ainsi que la fourniture de ressources adéquates (fournitures médicales, médicaments, personnel) afin de faciliter les soins terminaux.
- Il faudra aussi envisager un soutien émotionnel et spirituel.
- Le type de soutien requis variera, et il est essentiel d'en reconnaître la nécessité et d'assurer l'accès à ce type de soutien. Dans le cas contraire, les soins terminaux

peuvent finir par représenter une charge trop importante et entraîner l'épuisement des personnes soignantes.

1.4. 3.8. Soutien aux membres de la famille

- Au cours des soins au malade, la famille et les amis ont souvent fort peu de soutien social, ou peuvent être isolés. Il convient que le soutien et le conseil en matière de deuil soient disponibles avant le décès et aussi longtemps qu'il le faudra.
- Les gens réagissent à la mort de diverses façons, et requièrent des types de soutien différents.
- Certains mettront des mois ou des années à faire leur deuil et les réactions peuvent être affectées par la façon dont la mort est survenue.
- Les survivant(e)s ont souvent tendance à penser qu'ils ou elles auraient pu en faire plus.
- Le conseil de deuil devra donner aux gens la chance de parler des événements qui ont précédé la mort, de la mort elle-même, et des formalités et des rituels qui surviennent immédiatement après la mort
- Il faut rassurer les gens en leur disant que les sentiments de rejet, de déni, de tristesse, de douleur et de colère sont normaux
- Il faut permettre aux gens d'exprimer leurs sentiments et leurs soucis, surtout s'il leur est difficile de le faire avec leurs amis et leur famille
- Il faut aider les gens à accepter la perte de leur parent et de commencer à envisager l'avenir.

2 DECES ET SOINS MORTUAIRES

2.1. Décès

2.1.1 Définition de décès

Le décès est le passage de la vie à la mort.

2.1.2 Définitions de la mort.

2.1.2.1 Définition du dictionnaire ROBERT

La mort est le fait que quelqu'un ait cessé de vivre.

2.1.2.2 Définitions biomédicales de la mort.

Du point de vue de la biologie et de la médecine, la vie est caractérisée par l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort. Mais quels sont alors les signes de la mort ? On peut les classer en deux grands groupes :

- les signes négatifs de la vie (arrêt des grandes fonctions : arrêt cardiaque ; arrêt respiratoire ; abolition de toute conscience ; toute sensibilité ; aréflexie ; perte du tonus musculaire et mydriase ; pâleur dite cadavérique ; refroidissement).
- les signes positifs de la mort (Refroidissement cadavérique ; la rigidité cadavérique ; les lividités ; la déshydratation cadavérique ; la putréfaction).

Ici, l'on s'accorde pour considérer la mort comme l'arrêt des fonctions vitales. En conséquence, on distingue les critères suivants :

- la mort cellulaire

- la mort de l'organe
- la mort de l'organisme

Dans la littérature médicale actuelle, on semble s'accorder sur le fait que le diagnostic de la mort est porté en cas d'association des trois critères suivants :

- Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée,
- Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral,
- Absence totale de ventilation spontanée vérifiée par une épreuve d'hypercapnie.

Les signes cliniques à rechercher étant :

- un coma profond aréactif et hypotonique
- l'absence de tout mouvement spontané ou déclenché par des stimuli douloureux
- l'absence de réactions lors des stimulations des paires de nerfs crâniens.

Viendront ensuite les signes d'apparition tardive comme la lividité, la froideur cadavérique, etc.

2.1.2.3 Définition juridique de la mort

Au regard du droit, la mort est un événement dont la portée juridique est fondamentale puisqu'elle marque la fin du statut juridique de personne et par conséquent, la fin de la protection constitutionnelle, civile, et pénale de la vie individuelle.

Dans la loi Suisse du 8 octobre 2004, on doit considérer une personne morte quand tout retour à la vie est totalement et définitivement exclu dans l'état actuel des connaissances. Dès lors, la mort peut être définie comme la cessation totale et irréversible de l'ensemble des fonctions cérébrales.

Actuellement, en Côte d'Ivoire, le législateur s'appuie sur les documents médicaux et administratifs pour confirmer la mort. Cependant, la définition juridique de la mort mérite d'être connue.

2.1.2.4 Définition religieuse de la mort

Il existe diverses définitions religieuses de la mort. Les exemples ci-dessous illustrent cette diversité de conception du phénomène de la mort.

- **Chez les catholiques**

La liturgie des défunts note que, pour tous les catholiques, même si la loi de la mort physique les afflige, elle ne détruit pas la vie, mais la transforme. C'est pourquoi la mort est pour eux l'arrêt de la communion avec Dieu ou le prix du (ou causée par le) péché. Car, lorsque prend fin leur séjour sur la terre, ils ont déjà une demeure éternelle dans les cieux. La mort est une ouverture sur la lumière (ou la vie) éternelle. Par conséquent, la mort n'existe que pour celui qui a péché. En d'autres termes, celui qui n'a pas péché ne meurt pas.

- **Chez les musulmans**

En Islam, la mort est un retour de l'être humain vers son créateur, Dieu qui le fait mourir et le ressuscite pour le jugement dernier. Il semble d'ailleurs que le message du Prophète

MOHAMMAD se centre sur le rappel aux hommes de la venue de la fin des temps, de la résurrection (ou retour à la vie) et du jugement dernier.

- **Dans le chamanisme**

Inventé par les habitants des hauts plateaux de l'Asie centrale et de la Sibérie, le chamanisme est une pratique de guérison magique, de divinations, de conduite des âmes au pays des morts. La mort est un départ définitif de l'âme pendant que la maladie est un départ momentané. Il faut donc ramener au plus vite l'âme vagabonde, laquelle erre dans un domaine invisible peuplé de forces qui veulent s'en emparer.

2.1.2.5 Définitions socioculturelles de la mort

- **En Europe,**

La mort est la disparition de l'être aimé, de l'autre, une rupture intolérable.

- **Chez les Sulawesi, en pays TORAJA d'Indonésie,**

La mort est une période d'épreuves, d'incertitudes qui prend fin à la célébration des rites funéraires qui peuvent durer une dizaine ou des dizaines d'années. La mort physique n'est pas la vraie mort, mais plutôt la maladie.

- **Chez les Asiatiques du sud-est**

Pour les asiatiques de traditions bouddhistes et indiennes, la mort est une étape de la transmigration sur le chemin de la perfection, l'arrivée à l'autre rive qui précède la renaissance.

- **En Afrique**

Dans la plupart des sociétés d'Afrique de l'Ouest et en particulier chez les Sénoufo de Côte d'Ivoire, la mort est l'événement le plus important de la vie provoquée par une faute rituelle (souillure, sacrilège) ou par une agression du sorcier. C'est aussi une dette de la vie, le bout du souffle.

Chez les Bété, la mort est un voyage sans retour dans l'autre monde, le monde des ancêtres et des aïeux ou encore un sommeil sans fin.

Comme on le voit, il y a des peuples qui croient en la résurrection, d'autres dans la réincarnation, d'autres encore dans la fin de tout, etc. Mais ces différences définitionnelles ou conceptuelles sont la manifestation des différences culturelles (cultures académiques, religieuses ou croyances) et permettent de comprendre que les diverses pratiques rituelles face à la mort ont des sens différents.

2.1.3 Formalités administratives du décès et de l'inhumation

2.1.3.1. Décès dans un établissement de soins :

- Le corps est identifié.
- Le décès est constaté par un médecin.

- Un certificat de décès est établi (aspects administratifs, circonstances de la mort).
- Un certificat de genre de mort est établi (Problèmes médico-légaux, assurance).
- Un certificat de non contagion est établi, en cas de transfert de la dépouille mortelle.
- Le décès est enregistré au bureau des entrées de l'établissement de soins.
- Un acte de décès et un permis d'inhumer sont établis, à la mairie de la commune.

2.1.3.2. Décès à domicile :

- De par la loi, le commissariat du quartier délivre un procès verbal d'enquête de décès.
- Le constat du décès et le certificat du décès sont établis par un médecin.
- Le défunt est transféré au service des pompes funèbres.
- Un certificat de non contagion est établi en cas de transfert de la dépouille mortelle.
- Un acte de décès et un permis d'inhumer sont établis à la mairie
- Un certificat de transfert est établi par la préfecture.

2.2. Soins mortuaires

Les soins mortuaires sont en rapport avec les croyances de la communauté et sa culture. Ces soins trouvent leur sens dans la représentation et les rituels de la mort.

2.2.1. Les derniers soins

- Après les derniers instants de la vie, le corps du défunt reçoit les derniers soins. Les habitudes culturelles et religieuses détermineront les actes à effectuer.
- Il faut savoir que chez certains, le corps doit être préparé par des proches ou des personnes spécialement reconnues, investies de cette tâche.
- Il peut s'agir tout simplement d'individus obligatoirement du même sexe. Parfois le corps sera nu, ou enveloppé dans un drap, ou paré d'habits de fête.
- Les rites bien précis qui président à la préparation du corps sont plus symboliques.
- Ils sont aussi une assurance et garantissent des conditions optimales, pour réussir le passage vers l'au-delà, vers la vie éternelle.
- Pouvoir en parler avec les mourants qui souhaitent aborder ce problème fait donc partie de l'accompagnement de la famille après le décès.
- Certaines de nos habitudes culturelles et de soignants sont bousculées par ces pratiques, mais nous devons les respecter même si nos convictions intimes sont complètement différentes.

2.2.2. La toilette mortuaire

- Telle que nous l'entendons, elle est le plus souvent réalisée par la famille et de façon exceptionnelle par le soignant.
- Elle consiste à laver le corps. Les orifices naturels sont obturés, afin d'éviter les écoulements qui s'effectuent après le décès, du fait du relâchement des sphincters.
- La toilette mortuaire peut être considérée comme le dernier hommage du soignant au défunt.

2.2.3. La présentation du corps

- Elle revêt une importance capitale. La dernière vision de l'être cher reste fortement imprégnée dans la mémoire. C'est pourquoi cela doit se passer dans les meilleures conditions.
- Pour ce faire, il sera préférable de laisser le corps, dans le lieu du décès, dans son lit, dans un environnement propre et rangé ; le matériel de soin devra être éliminé totalement.

3. SOUTIEN DES FAMILLES EN DEUIL

3.1. Définition du deuil

Le sens du mot deuil a quelque peu évolué, son premier sens est affliction, tristesse profonde que l'on éprouve à la mort de quelqu'un.

Le dictionnaire de psychiatrie et de psychologie clinique de Larousse donne la définition du deuil selon Sigmund Freud, dans les termes suivants : « état de perte d'un être cher s'accompagnant de détresse et de douleur morale, pouvant entraîner une véritable réaction dépressive »

3.2. Les étapes du deuil

3.2.1. Les étapes du deuil chez l'adulte

Bien qu'ils les nomment différemment, la plupart des auteurs reconnaissent quatre grandes phases dans le déroulement d'un deuil normal : **le choc, l'engourdissement, la déstabilisation, le rétablissement.**

3.2.1.1. Le choc,

L'annonce de la disparition d'un être cher aboutit souvent à un **état de choc brutal**, avec des réactions aiguës immédiates de déni initial : 'ce n'est pas possible', 'ce n'est pas lui', 'que nous arrive-t-il ?'. Ces réactions sont d'autant plus vives que la mort est inattendue ou brutale.

C'est une phase très émotionnelle et les réactions en témoignent.

- **Au plan physique :**

On note des palpitations, des bouffées de chaleur, l'agitation ou au contraire l'abattement, des troubles gastro-intestinaux, des crispations dans la gorge et la poitrine (fréquemment confondues avec des malaises cardiaques).

- **Au plan psychique :**

La personne endeuillée ressent l'impression d'irréalité ou de vivre un mauvais rêve, et refuse ou a une grande difficulté de croire à l'évènement. Outre le chagrin, les sentiments d'impuissance, de révolte et d'injustice, la colère, la protestation (parfois très véhémence) ainsi que la culpabilité sont les plus fréquents.

Tout cela se traduit par des comportements divers selon les circonstances du décès et les personnes en cause : lamentations, pleurs, fièvre, une certaine hostilité ou agressivité, le besoin de toucher ou d'être touché. Il n'est pas rare que des personnes ressentent au contraire un état d'abattement, de torpeur qui bloque toute manifestation extérieure.

La réaction des soignants doit être calme. L'annonce doit si possible être programmée, dans une pièce calme. La famille doit pouvoir pleurer sans se donner en spectacle. Il faut répondre aux questions. La précision sur les circonstances du décès est importante pour la famille pour faire comprendre toute la réalité. Il n'y a pas lieu de cacher sa peine éventuelle et on peut accompagner la famille pour voir le corps, toucher et faire toucher le corps, tout ceci affirme la réalité de la mort.

3.2.1.2. La phase d'engourdissement

Elle fait suite à la phase aiguë précédente. L'endeuillé va souffrir d'une **diminution de ses réactions affectives** : l'abattement et la prostration sont fréquents. On observe des poussées aiguës de pleurs et de cris, des recherches désespérées de l'être aimé qu'on a l'impression d'entendre, de toucher. L'endeuillé a des rêves fréquents du disparu, il lui parle. **Tout est centré sur le mort.**

Cette phase pénible est la **phase des rites**. Ce sont les rites funéraires immédiats : toilette du mort, veillée funèbre. C'est l'office religieux (ou assimilé) de célébration du mort, la période des condoléances, du repas familial au cours duquel on évoque le mort. Autrefois, l'endeuillé revêtait des habits de deuil, programmait des visites au cimetière, faisait célébrer des messes auquel il assistait régulièrement : il existait ainsi un rôle social de l'endeuillé dont les rites étaient bien décrits. La disparition de ces rites, la négation de l'importance de leur rôle dans certaines sociétés rend cette période plus difficile de nos jours.

3.2.1.3. La phase de déstabilisation

Dans la phase suivante, qui peut durer jusqu'à une année, on observe beaucoup de symptômes d'un **état dépressif**.

C'est l'étape la plus difficile de la traversée du deuil au cours de laquelle l'endeuillé ressent douloureusement l'absence de la personne disparue et connaît de multiples bouleversements dans son corps et son esprit, son fonctionnement et ses rapports avec les autres. Cette phase est d'autant plus pénible que l'état dépressif prive momentanément l'endeuillé de ses ressources. Il se plaint fréquemment d'avoir l'impression de perdre le contrôle de sa vie ou même la raison, d'être submergé par de multiples problèmes, de se sentir seul, abandonné, incompris.

- **Au plan psychique :**

On observe une dépression de l'humeur avec une **douleur intérieure** plus ou moins constante qui s'apitoie sur son sort, sentiment d'abandon et désir de solitude. Parfois, on observe un désintérêt pour soi-même (tenue négligée, troubles alimentaires), et un désintérêt pour le monde extérieur ('rien ne me dit'). Quelquefois, on peut observer des tendances suicidaires. Ce désintérêt peut entraîner une atteinte de l'état général, en rapport avec l'anorexie souvent rencontrée, l'asthénie physique et sexuelle, les troubles du sommeil

- **Au plan physique :**

Les troubles physiques sont variés : maux de tête, perte d'appétit, sommeil perturbé, douleurs articulaires et musculaires, troubles digestifs, perte de poids, fatigue, baisse de tonus, affaiblissement du système immunitaire. L'état cardio-vasculaire est particulièrement à surveiller, surtout chez les veufs de soixante ans et plus. Plusieurs auteurs ont noté une diminution ou un accroissement significatif du désir sexuel chez certains endeuillés.

3.2.1.4. Le rétablissement ou le retour à la vie normale

Progressivement, l'endeuillé retrouve le goût de vivre : le **souvenir mélancolique** remplace l'absence intolérable du défunt. Il devient possible de sourire, voire de critiquer le mort, même si reste le sentiment de culpabilité de vivre.

A ce stade, pour éliminer cette culpabilité, il est important de profiter des **rites du retour à la vie normale** : dates anniversaires, modification des habits de deuil, messe anniversaire.

Le « **travail de deuil** » représente un rééquilibrage progressif qui permet à chacun de se détacher de l'objet perdu et de réinvestir de nouveaux « objets » dans la vie présente.

Ce processus est lent (pas moins d'une année en général) et représente un véritable **travail psychique** qui vise à sortir de la contradiction douloureuse provoquée par le décès:

- manque de l'être aimé qu'on cherche à retrouver par la pensée, notamment dans la tristesse ;
- nécessité pour vivre (et pas seulement « survivre ») de retrouver des investissements éloignés de cet objet, qu'on a alors l'impression d'abandonner et de perdre vraiment définitivement, ce qui est dans un premier temps très douloureux.

3.2.2. Les étapes du deuil chez l'enfant

Le vécu du deuil pour un enfant, qui a perdu une personne de son entourage, varie en fonction de l'âge de l'enfant.

- de 0 à 3 ans : l'enfant, sur le plan affectif est une sorte « d'éponge ». Il n'a pas conscience de la disparition de l'être, mais il ressent profondément ce que ressentent les autres, comme la tristesse. Il peut être envahi par des angoisses de séparation.
- de 4 à 6 ans : l'enfant a conscience de la mort, mais il la perçoit comme temporaire. Il protège ses parents attristés, trop parfois, car il ne peut exprimer sa propre souffrance qui peut se réveiller bien des années plus tard de façon inconsciente et invalidante.
- entre 7 et 15 ans : Il comprend que la mort est irréversible. Il éprouve un fort sentiment de culpabilité, car il croit que ses pensées ont pu changer le cours des choses.

Très souvent, les enfants ont besoin de conserver un lien avec la personne disparue et il arrive fréquemment qu'on "surprenne" l'enfant parlant avec elle, parfois il mime cette mort. Ce ne sont pas des réactions anormales.

Les adultes doivent être à l'écoute des enfants : savoir les entourer, ne pas les exclure du temps de fin de vie, ni des cérémonies funéraires, leur expliquer avec des mots simples la situation, les déculpabiliser, les rassurer et leur permettre d'exprimer leur souffrance. Ils ont, eux aussi, besoin de temps pour réaliser la disparition d'un être.

3.3. Deuil compliqué et pathologique

Un deuil est considéré comme compliqué lorsqu'il ne se déroule pas bien, de quelque manière que ce soit. Il est pathologique lorsqu'il entraîne la survenue d'une maladie physique ou mentale qui n'existait pas auparavant, même s'il devait préexister quelque fragilité brusquement réveillée par le choc du deuil.

3.3.1. Facteurs de risque

Environ 95% des personnes endeuillées peuvent revivre positivement avec leur défunt remémoré grâce au soutien de l'entourage. Mais 5% des deuils se compliquent ou deviennent pathologiques. Le deuil avec complication est un problème dont l'importance est le plus souvent sous estimée. Toutes les fragilités dont une personne peut être atteinte rendent plus difficile le traumatisme du deuil.

3.3.2. Deuil compliqué

Les complications qui peuvent survenir sont dues aux achoppements d'un ou plusieurs des trois grands processus nécessaires à son accomplissement :

- L'acceptation de la réalité,

- L'intériorisation de la relation et de la reprise des identifications
- l'élaboration du sentiment inconscient de culpabilité.

La complication est en fait l'absence d'affliction, l'absence apparente de chagrin; ceci provoquera des dépressions chroniques, des maladies corporelles, des difficultés dans la vie amoureuse et parfois dans le domaine intellectuel.

Les enfants sont particulièrement exposés à ce type de complication, car ils ne peuvent faire un deuil normal que s'ils y sont encouragés, correctement accompagnés, et s'ils trouvent la possibilité de pouvoir fixer leur attachement sur une nouvelle personne fiable. Or il semble que souvent les parents endeuillés par la perte prématurée du conjoint sont trop impliqués dans le deuil personnel (très difficile) pour pouvoir fournir l'aide psychologique nécessaire à l'enfant.

3.3.3. Deuil pathologique psychiatrique

Pratiquement toutes les affections mentales peuvent se rencontrer comme manifestations morbides d'un deuil, qui est en fait un facteur de décompensation chez des personnalités dont l'équilibre était fragile auparavant.

- **L'accès mélancolique** éventualité heureusement rare ; les deuils maniaques sont encore plus rares.
- **Les deuils délirants** sont eux aussi plutôt rares
- **Les deuils névrotiques** sont les deuils pathologiques les plus fréquents. On en distingue deux types : deuils hystériques et deuils obsessionnels.

Dans ces deux éventualités, il existe une période de latence, de durée variable, avant l'installation d'un état dépressif particulièrement sévère et prolongé. Les manifestations proprement névrotiques, plutôt luxuriantes dans l'hystérie et déficitaires dans la névrose obsessionnelle, apparaissent et s'installent par la suite, souvent au bout de quelques années, lorsque l'état dépressif s'améliore. L'affection s'établit alors dans la chronicité. Si ces deuils névrotiques ne sont pas tous dramatiques, certains cependant finissent avec la mort, ce d'autant plus s'ils sont aggravés par des circonstances malheureuses. Ils peuvent être encore compliqués par diverses maladies somatiques aux différents moments de leur évolution.

3.3.4. Deuils pathologiques somatiques

Les études de mortalité générale après un deuil ont montré que le deuil est un facteur indéniable d'augmentation de la mortalité dans la population générale.

Parmi les affections somatiques, certaines sont habituellement connues et peuvent être aggravées par de grandes perturbations émotionnelles. C'est en particulier le cas des affections cardio-vasculaires.

Le rôle étiologique du deuil est possible dans d'autres pathologies ; il a été souvent affirmé mais il est difficile à démontrer. Ceci est particulièrement vrai pour les pathologies où il existe une composante psychosomatique, comme pour l'asthme, l'ulcère gastro-duodénal, la rectocolite hémorragique, le cancer.

Il n'est pas rare que le deuil entraîne quelque comportement excessif, auquel on n'accorde pas de signification psychopathologique lorsqu'il ne se renouvelle pas et ne revêt pas un caractère de gravité important. C'est en particulier le cas pour l'alimentation (excès ou insuffisance de nourriture, excès de boisson alcoolisée), pour la conduite automobile, ainsi que pour les relations avec les autres (irritabilité, troubles du caractère).

Certains endeuillés se maintiennent dans des comportements excessifs, pour eux-mêmes comme pour les autres. Un deuil peut provoquer l'entrée dans la toxicomanie, l'alcoolisme, la

promiscuité, voire la délinquance, tout comme il est un facteur de risque de tentatives de suicide.

3.4. Soins et soutiens du deuil pathologique

Le deuil peut entraîner de nombreuses réactions psychiques et physiques. Lorsque le deuil est le motif de la consultation, il est facile de se mettre dans une attitude d'écoute empathique et d'accompagnement. Lorsqu'un symptôme clinique semble isolé, il faut, par un interrogatoire complet, et respectueux, tenter de rattacher le symptôme au deuil.

3.4.1. *Accompagnement du deuil*

L'accompagnement est l'affaire de tous, et de tous les praticiens. C'est avant tout accepter la présence de l'autre. C'est ensuite savoir porter quelque temps une partie de ses souffrances. Le plus souvent, des gestes simples de vie et de relation, des réponses claires à ses questions (au mieux en utilisant des métaphores adaptées à chaque personne) suffisent pour aider à la cicatrisation. Cette écoute doit se vivre en réelle empathie, où le mental de l'accompagnateur est centré sur l'autre, et non sur lui-même.

Chaque deuil est unique et doit être appréhendé comme tel, même si la connaissance des différentes phases du travail du deuil permet à l'accompagnateur d'en anticiper le cheminement global et de repérer les perturbations graves qui s'y associeraient.

3.4.2. *Expliciter au mieux la cause du décès*

Lors d'un décès, la famille veut comprendre la cause de la mort. Expliciter les causes de la mort, et même dire, après recherche, qu'on ne sait pas (par exemple pour la mort subite du nourrisson) est fondamental pour la mise en route du processus de deuil. Le rôle du médecin est ici primordial.

3.4.3. *Groupes d'entraide et groupes de parole*

Les groupes d'entraide et les groupes de parole sont souvent initiés par des groupes associatifs.

Leur rôle est d'apporter en premier lieu une écoute empathique vis-à-vis de nouveaux endeuillés. Leur action est très importante car elle permet à chaque endeuillé qui le désire de pouvoir se comparer à des personnes qui ont vécu un deuil dans des conditions identiques, plusieurs mois ou années auparavant. Ce soutien moral et leur exemple constituent une aide que des professionnels ne peuvent pas apporter.

Les associations, selon leurs spécificités, organisent différentes modalités d'écoute et sont actuellement organisées autour de chartes précises, soulignant la rigueur et le respect qu'elles se fixent, tant vis-à-vis des endeuillés que vis-à-vis des professionnels.

Ces soutiens doivent rester des moments de partage et ne sont pas des situations de psychothérapie au sens complet du terme. Les membres des associations doivent d'ailleurs apprendre à discerner le moment où une personne endeuillée doit bénéficier d'une aide médicale ou psychothérapeutique.

3.4.4. *Psychothérapies*

Malgré les aides décrites ci-dessus, certaines personnes endeuillées restent « bloquées » à certains stades du processus de deuil. Une aide par un professionnel est nécessaire. C'est au praticien, grâce à la confiance que son malade lui accorde, de proposer la meilleure aide en

fonction des signes présentés. Il est possible de proposer une technique de psychothérapie individuelle, une aide par la psychothérapie familiale.

3.4.5. Thérapies médicamenteuses

Le deuil n'étant pas une maladie, il n'est pas nécessaire de proposer une thérapie médicamenteuse, en dehors de troubles psychiatriques ou de crise d'angoisse aiguë. Toutefois si la personne endeuillée est trop en souffrance les premiers jours, cela peut motiver une aide hypnotique ou anxiolytique

3.4.6. Autres techniques et activités

De nombreuses techniques et activités sont appréciables pour aider certaines personnes endeuillées à « se retrouver ». Il faut savoir les proposer, même si les endeuillés peuvent mettre plusieurs mois ou années à les accepter, tant leur souffrance les empêche de penser à eux. Ce sont :

- Les techniques physiques
 - Le sport
 - La relaxation,
 - Le toucher,
 - Le massage, etc.)
- Les activités ludiques
 - Le jeu et le dessin (surtout chez les enfants)
 - La lecture
 - Les voyages.
- Les activités spirituelles
 - Lecture des livres saints
 - Les séances de prière
 - Les pèlerinages dans les lieux saints

Conclusion

- L'accompagnement en fin de vie prend en compte le respect des droits fondamentaux du malade et les soins et soutiens à apporter au malade et à sa famille.
- Le décès est le moment du passage de la vie à la mort, il est constaté par un médecin.
- Le vécu du deuil de l'enfant est fonction de l'âge et de la maturité psychologique
- Le deuil est pathologique lorsqu'il entraîne la survenue d'une maladie physique ou mentale qui n'existait pas auparavant, même s'il devait préexister quelque fragilité brusquement réveillée par le choc du deuil.
- Les 5 droits fondamentaux du malade en fin de vie et de sa famille sont le droit à la liberté, le droit à la dignité et à l'intégrité de la personne, le droit d'être informé, le droit aux soins appropriés, le droit de ne pas souffrir.

Module IV

GESTION DES DONNEES

Introduction

La gestion des données ou le suivi des patients est un volet important d'une prise en charge de qualité. Le suivi implique la documentation de toutes les rencontres avec le patient par la conservation régulière d'archives et les principaux aspects de la prise en charge et du traitement administré. Ceci permet de cerner les antécédents d'un patient ou d'un groupe de patients dans le temps et sur différents cycles cliniques, et de collecter les données.

Le présent module porte sur comment une équipe clinique assurant la prise en charge du VIH aux patients doit procéder au suivi de ces patients et à collecter les données.

Objectif général du module

A la fin de ce module, le participant sera en mesure d'assurer la gestion des données d'un centre de prise en charge.

Objectifs éducationnels du module :

Pour atteindre l'objectif du module, le participant devra être capable de:

- Décrire les notions de base sur la gestion des données
- Décrire les principaux éléments de l'organisation des activités de soins et traitement
- Assurer la collecte des données

Plan du module

- Chapitre I : Notions de base sur la gestion des données
- Chapitre 2 : Organisation des activités de soins et traitement
- Chapitre 3 : Collecte des données

Chapitre 1 : Notions de base sur la gestion des données

Introduction

La compréhension de l'épidémie du VIH ainsi que la connaissance des outils de collecte sont indispensables à la gestion des activités VIH sur un site de prise en charge.

Ce chapitre présente les notions indispensables à la collecte des données.

Objectifs éducationnels du chapitre

A la fin du chapitre le participant sera à mesure de :

1. Définir les concepts de gestion des données
2. Citer les outils de collectes de données sur la PEC
3. Citer les indicateurs de PEC/ARV

Plan

1. Définitions des concepts
2. Outils de collectes de données sur la PEC
3. Indicateurs de prise en charge

1. DEFINITIONS DES CONCEPTS

➤ Le suivi :

- C'est un processus continu de collecte et d'analyse des données pour mesurer les progrès des activités réalisées au regard des résultats attendus.
- Il démarre dès la formation des prestataires de soins à travers le suivi rapproché des activités et les réunions de services pour faciliter l'intégration et l'appropriation.

➤ La supervision :

- C'est un processus qui consiste à former, guider, aider et encourager l'agent de santé sur le site de travail de sorte qu'il puisse exécuter efficacement ses tâches conformément aux directives nationales :
 - Activité spécifique du PMA fondée sur le principe du gradient de niveau (niveau central □ niveau régional □ niveau départemental □ établissements sanitaires)
 - Les activités de prévention de l'infection à VIH font partie du PMA. Les prestataires qui les exécutent sont supervisés dans le cadre des activités de routine des centres de santé (supervision intégrée)

➤ L'évaluation:

- C'est un processus qui permet de mesurer et d'analyser la mise en œuvre d'un programme afin de prévoir la planification, l'exécution des activités à la lumière des expériences acquises.

- Elle permet de porter un jugement sur la planification : les résultats obtenus correspondent-ils aux résultats attendus ?
- Elle permet de prendre des décisions (poursuite, modifications ou arrêt des activités)
- Plusieurs types d'évaluation doivent être menés :
 - auto-évaluation
 - évaluation par pair,
 - évaluation externe

Une revue formelle des activités sera menée 6 mois après le démarrage des activités pour vérifier si le processus se déroule bien ; Une autre revue annuelle permettra d'organiser la réorientation des activités pour l'année suivante et la véritable évaluation sur le plan de l'atteinte des objectifs sera programmée après 18 mois d'activités.

➤ Les données :

Ce sont des éléments bruts (faits ou chiffres) non analysés.

Les données brutes sont peu instructives. Après un traitement approprié, elles deviennent de l'*information*, qui contribue à la compréhension d'un aspect examiné de près et à la prise de décisions.

➤ Les indicateurs de santé

Un indicateur est une variable qui montre ou donne l'indication d'une situation donnée, et permet donc de mesurer une évolution.

L'indicateur de santé est une variable qui permet de mesurer l'état de santé de la population.

Selon la norme ISO, l'indicateur est une information choisie, associée à un critère qui permet de mesurer ou de comparer l'évolution d'un niveau d'amélioration des résultats et/ou des processus.

L'indicateur est en outre destiné à vérifier si les objectifs sont atteints et à en mesurer les évolutions à intervalles réguliers. Il est nécessairement relié à une zone d'action. Les indicateurs sont spécifiques au contexte de leur mesure. Ils ne sont comparables entre établissements que dans un environnement de mesure analysé et observé comme similaire.

On distingue :

- les indicateurs de structure ;
- les indicateurs de processus ;
- les indicateurs de résultats.

En santé, on peut également trouver :

- les indicateurs sentinelles ;
- les indicateurs de satisfaction du client (la personne soignée, la famille, le médecin prescripteur,...).

Les différents types d'indicateurs

Chaque niveau de qualité est mesurable par un ou plusieurs des indicateurs suivants :

- **indicateur de structure** : Il mesure les moyens et les ressources utilisés par un système de santé pour offrir la prestation de soins répondant aux objectifs fixés

(nombre de personnes qualifiées, nombre de chambres individuelles, nombre de lits à hauteur variable,...) ;

- **indicateur de processus** : Il mesure les activités qui permettent d'atteindre les objectifs ;
- **indicateur de résultat** : Il mesure l'atteinte de l'objectif que l'on s'est fixé ;
- **indicateur de satisfaction des clients** : Il mesure le niveau de qualité telle qu'elle est perçue par le client (patient, médecin prescripteur, établissement pourvoyeur, tutelles,...) ;
- **indicateur sentinelle** : Il signale un événement ou un phénomène particulier qui déclenche systématiquement une analyse approfondie des causes et une action corrective rapide. Il peut être un indicateur de structure, de processus ou de résultat.

Les indicateurs doivent être représentatifs :

- de la **vision interne des résultats** : Par la mesure de la qualité des services réalisés par l'établissement de santé (la mesure de la performance et de l'efficacité des processus) ;
- de la **vision externe des résultats** : Par la mesure de la qualité perçue par le client.

Ces indicateurs permettent de mesurer et d'apprécier les résultats attendus et obtenus en terme d'amélioration continue de la qualité.

Ces indicateurs peuvent s'inscrire dans les différentes phases du cycle de la qualité selon le schéma page 6 :

Les caractéristiques d'un indicateur

L'indicateur présente plusieurs caractéristiques pour être adapté aux besoins, il est :

- **pertinent** :
 - adapté au critère à mesurer ;
 - donne une information juste et stable pour être reproductible ;
 - sensible aux modifications du critère ;
 - précis pour refléter les variations ;
 - porte sur un nombre de cas ou d'événements suffisants (valeur statistique de l'indicateur) ;
- **opérationnel** :
 - facile à établir ;
 - facile à utiliser ;
 - acceptable pour les utilisateurs ;
 - est un bon outil de communication ;
- **agrégable** :
 - permet une synthèse ;
 - permet une analyse ;
- **économique** :
 - chiffrable ;
 - rentable (le coût du recueil et de l'exploitation doivent rester raisonnables) ;
 - facilite la prévention.

Pour les indicateurs de mesure de la satisfaction du client, nous pouvons rajouter cette cinquième caractéristique :

- **être orienté client et perçu comme tel** : L'indicateur traduit la vision du client et il amène les professionnels de la santé à améliorer les offres de services et de soins.

2. OUTILS DE COLLECTES

Les outils papiers du système de suivi des patients présentés dans ce cours comprennent sept supports en papier :

- 1) un carnet conservé par le patient ;
- 2) le dossier individuel client qui est conservé à l'établissement sanitaire ;
- 3) un registre de prise en charge des soins du VIH pré-TARV ;
- 4) un registre de TARV ;
- 5) un rapport trimestriel (ou mensuel) ;
- 6) un rapport d'analyse des cohortes ;
- 7) un agenda pour faciliter la planification des rendez-vous et le suivi des patients

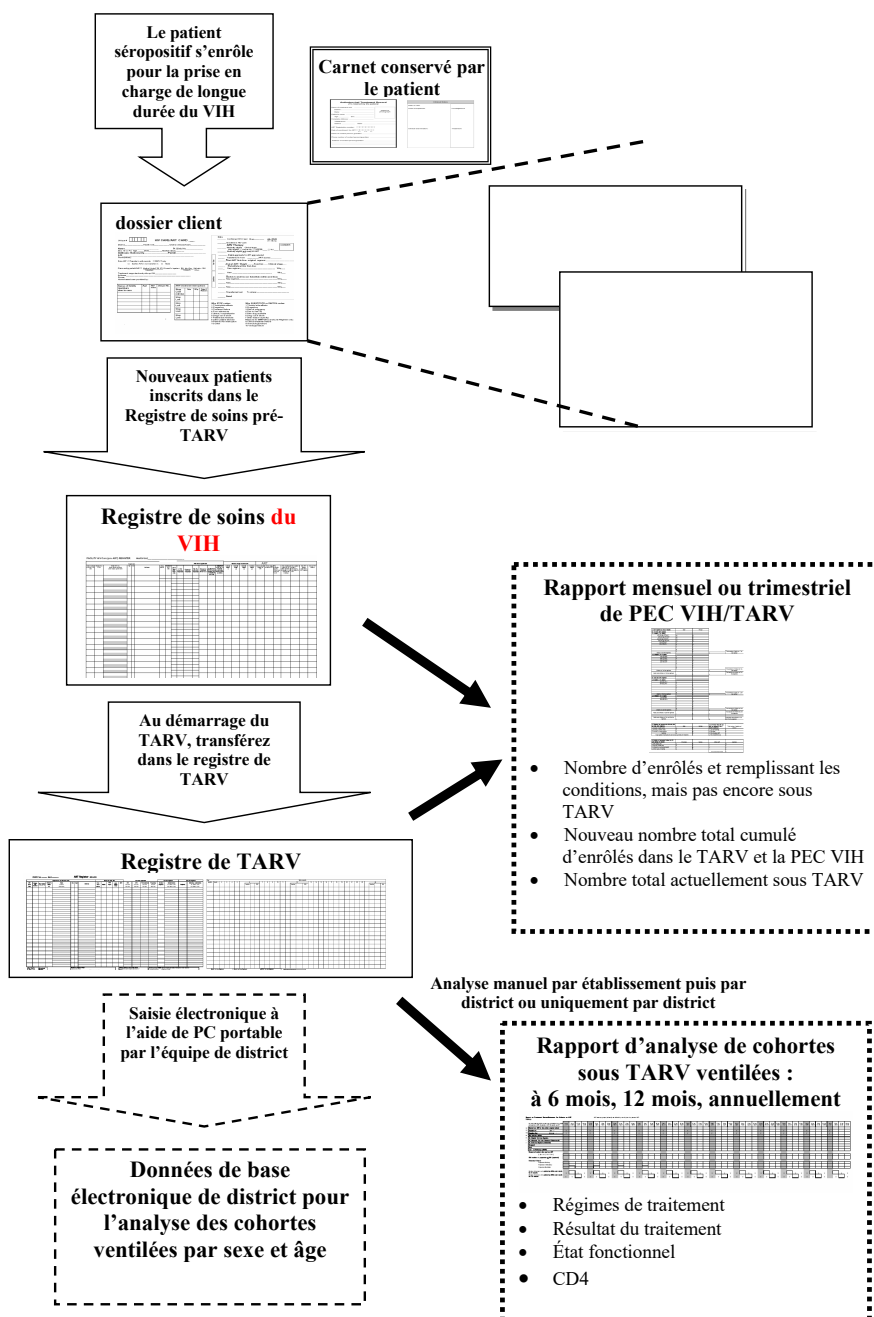


Figure 23 : Vue d'ensemble du transfert du flux de données

3. INDICATEURS

Ces indicateurs permettent la collecte des données issues des différents secteurs pour la production du rapport national annuel sur la riposte au VIH/sida.

3.1. Indicateurs de secteur de la santé

➤ Indicateurs de CD/IST

Indicateur 01	Incidence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) dans la population adulte
Définition	C'est le rapport du nombre de nouveaux patients âgés de plus de 15 ans souffrant d'IST rapporté à la population totale de plus 15 ans au cours des 12 derniers mois

Indicateurs 02	Proportion de partenaires sexuels (sujets contacts) retrouvés
Définition :	C'est le pourcentage de partenaires de clients IST (sujets contacts) retrouvés

Indicateur 03	Proportion de personnes conseillées et dépistées au VIH
Définition	C'est le pourcentage de personnes conseillées et testées au VIH

Indicateur 04	Proportion de personnes dépistées pour le VIH et qui connaissent leur statut sérologique
Définition	C'est le pourcentage de personnes ayant fait le test de dépistage VIH et ayant reçu son résultat

Indicateur 05	Proportion de personnes dépistées positives au VIH
Définition	C'est le pourcentage de clients conseillés et dépistés pour le VIH dont le résultat du test est positif

Indicateur 06	Proportion de poches de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH
Définition	Pourcentage d'unité de sang qui a été au préalable testée au VIH selon les normes nationales ou internationales

Indicateurs 07	Nombre de tests de dépistage VIH réalisés
Définition	C'est le nombre de tests de dépistage VIH réalisés

➤ **Prévention de la Transmission Mère-Enfant**

Indicateur 08	Pourcentage de femmes enceintes testées pour le VIH
Définition	C'est le pourcentage de femmes enceintes qui ont été effectivement testées au VIH au cours des consultations prénatales, en salle de travail ou dans le post-partum immédiat (dans les 72 heures après l'accouchement)

Indicateur 09	Pourcentage des femmes enceintes connaissant leur statut sérologique
Définition	C'est le pourcentage de femmes enceintes testées au VIH au cours de leur première consultation prénatale (CPN1) et ayant effectivement reçu l'annonce du résultat.

Indicateur 10	Proportion de femmes enceintes fréquentant les services de santé maternelle et infantile séropositives au VIH
Définition	C'est le pourcentage de femmes enceintes dépistées positives au VIH au cours de la CPN, en maternité (salle d'accouchement), ou en post-partum immédiat (72 heures suivant l'accouchement)

Indicateur 11	Proportion des femmes enceintes séropositives qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant.
Définition	C'est le pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TARV ou prophylaxie ARV

Indicateur 12	Pourcentage de nouveaux nés de mères infectées par le VIH, qui ont commencé une prophylaxie par antirétroviraux dans les 72 heures de vie
Définition	C'est le pourcentage d'enfants nés de mères séropositives, qui ont commencé une prophylaxie par les antirétroviraux dans les 72 heures suivant la naissance

Indicateur 13	Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives ayant débuté la prophylaxie au CTX pendant les deux mois après la naissance
Définition	C'est le pourcentage d'enfants nés de mères séropositives qui ont débuté une prophylaxie au CTX dans les deux mois suivant la naissance.

Indicateur 14	Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives, ayant bénéficié d'un dépistage du VIH (recherche virologique ou sérologique) avant l'âge de 12 mois
Définition	C'est le pourcentage d'enfants nés de mères séropositives testés au VIH avant leur premier anniversaire

Indicateur 15	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives ayant bénéficié d'une alimentation exclusive pendant les 6 premiers mois de vie
Définition	C'est le pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives ayant bénéficié de l'alimentation exclusif pendant les 6 premiers mois de vie

Indicateur 16	Nombre de conjoints des femmes enceintes vues en PTME testés au VIH
Définition	C'est le nombre des conjoints des femmes enceintes vue en PTME qui ont été testés

➤ **indicateurs de prise en charge**

Indicateur 17	Nombre de personnes infectées par le VIH enregistrées dans les services de soins
Définition	Nombre de personnes dépistées positives au VIH, traitées ou non aux ARV, enregistrées dans le service de prise en charge pour leur suivi clinique et biologique

Indicateur 18	Proportion de personnes séropositives recevant la prophylaxie au Cotrimoxazol (CTX).
Définition	c'est le pourcentage de personnes infectées par le VIH qui reçoivent du cotrimoxazol pour prévenir les infections opportunistes

Indicateur 19	Proportion de personnes infectées par le VIH éligibles au TARV
Définition	C'est le pourcentage de personnes séropositives dont l'état nécessite un TARV. L'éligibilité au TARV a été évaluée cliniquement et/ou biologiquement (résultats des examens de laboratoire)

Indicateur 20	Proportion de personnes vivant avec le VIH éligibles au TARV et ayant débuté une thérapie antirétrovirale (Nouvelle inclusion).
Définition	C'est le pourcentage personnes vivant avec le VIH éligibles au TARV qui débute la thérapie antirétrovirale pour la première fois.

Indicateur 21	Proportion d'Accidents d'Exposition au Sang et autres produits biologiques (AES) pris en charge
Définition	C'est le pourcentage de personnes victimes d'un accident d'exposition au sang ou autres liquides biologiques qui ont été pris en charge par les ARV dans les 72 heures suivant l'exposition

Indicateur 22	Nombre de personnes vivant avec le VIH ayant reçu au moins une fois la thérapie antirétrovirale (ART).
Définition	C'est le nombre cumulé de personnes vivant avec le VIH éligibles au TARV et qui ont pris au moins une fois les ARV (ancien et nouveaux).

Indicateur PEC 23	Nombre de personnes vivant avec le VIH sous ARV et qui reçoivent toujours leur traitement (file active)
Définition	C'est l'ensemble de personnes vivant avec le VIH sous ARV et qui se sont approvisionnés en ARV il y'a moins de trois (03) mois.

Indicateur PEC 24	Nombre de personnes infectées par le VIH ayant débuté le traitement antirétroviral et qui ne sont pas venus retirés leurs ARV
Définition	C'est l'ensemble des personnes infectées par le VIH, ayant débuté un TARV et qui ne sont pas venus renouveler leur traitement

Indicateur 25	Proportion de personnes vivant avec le VIH encore en vie et sous traitement, 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale.
Définition	C'est le pourcentage de personnes infectées par le VIH encore en vie et sous traitement 12 mois après le début de la prise des ARV

Indicateur 26	Proportion de personnes infectées par le VIH chez qui la TB a été diagnostiquée
Définition	c'est le pourcentage de personnes infectées par le VIH chez qui la tuberculose a été diagnostiquée au décours du bilan d'initiation au traitement ou d'un bilan de suivi; quel que soit le type et la localisation de tuberculose

Indicateur 27	Proportion de patients tuberculeux dépistés positifs au VIH
Définition	C'est le pourcentage de patients tuberculeux connus sous traitement antituberculeux ou non , dont le résultat du test de dépistage au VIH est positif

Indicateur 28	Pourcentage de tuberculeux séropositifs au VIH sous traitement antituberculeux et recevant le TARV
Définition	C'est le pourcentage de patients tuberculeux séropositifs au VIH qui reçoivent à la fois le traitement antituberculeux et anti rétroviral (ARV)

Indicateur 29	Proportion d'établissements sanitaires offrant des ARV et ayant connu une rupture de stock d'ARV au cours du mois
Définition	C'est le pourcentage d'établissements sanitaires offrant des ARV qui ont connu une rupture de stock d'ARV sur au moins une molécule au cours du mois

Indicateur 30	Proportion des patients VIH positifs ayant fait l'objet d'une recherche active de la tuberculose dans un centre de prise en charge
Définition	Il s'agit de l'ensemble de patients infectés au VIH à qui on effectue de façon systématique la recherche de la tuberculose lors d'une visite (suivi clinique) dans un centre de prise en charge dans la période de rapportage

Indicateur 31	Proportion des patients VIH positifs (sous ARV ou pas) dans un centre de prise en charge chez qui le traitement de la tuberculose a débuté
Définition	Il s'agit de l'ensemble de patients infectés au VIH dans un centre de prise en charge avec ou sans traitement qui ont débuté un traitement de la tuberculose dans la période de rapportage

Indicateur 32	Nombre de patients ayant bénéficié du paquet minimum de service de prévention positive
Définition	Il s'agit de l'ensemble de patients infectés au VIH dans un centre de prise en charge qui ont reçu au moins 3 composantes de la prévention positive

Indicateur PEC 33	proportion de patients d'une même cohorte qui sont passés de la 1 ^{ère} ligne à la 2 ^{ème} ligne thérapeutique
Définition	s'agit de l'ensemble des personnes VIH+ sous TARV en 1 ^{ère} ligne ayant débuté le traitement à la même période et qui sont passés en 2 ^{ème} ligne au cours de la période de référence rapporté à l'ensemble de personnes sous ARV en 1 ^{ère} ligne et dont la durée de traitement n'excède pas 12 mois

3.2 INDICATEURS COMMUNAUTAIRES

➤ Indicateurs de CD/IST

Indicateur 01	Nombre de personnes vivant avec le VIH recevant le paquet minimum de service en prévention positive
Définition	C'est le nombre de personnes vivant avec le VIH qui bénéficie des services de prévention positive

Indicateur 02	Nombre de points de distribution de préservatifs
Définition	C'est l'ensemble des points de distribution de préservatifs

Indicateur 03	Nombre de préservatifs distribués
Définition	C'est le nombre total de préservatifs masculins ou féminins distribués gratuitement ou vendus, toutes sources confondues

Indicateur 04	Nombre de personne touchées lors des séances de sensibilisation de proximité sur les moyens de prévention
Définition	Toutes les personnes ayant été exposées à une séance de sensibilisation sur les moyens de prévention

Indicateur 05	Proportion de structures qui ont des politiques et des programmes VIH sur le lieu de travail et qui fournissent au moins un des 4 composantes critiques
Définition	Le pourcentage de structures qui ont des politiques et des programmes VIH sur le lieu de travail et qui fournissent au moins un des 4 composantes critiques

Indicateur 06	Proportion d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie au cours de la dernière année scolaire
Définition	C'est le pourcentage d'établissements scolaires qui ont conduit des leçons intégrant les curricula Life Skills au cours de la dernière année scolaire.

Indicateur 07	Pourcentage d'élèves touchés par l'enseignement des curricula Life Skills dans les établissements scolaires
Définition	C'est le pourcentage d'élèves âgés de plus de 10 ans fréquentant les établissements scolaires qui ont assisté à au moins 03 leçons intégrant les contenus Life Skills en classe au cours de la dernière année scolaire.

Indicateur 08	Pourcentage d'élèves qui ont adopté des comportements responsables à la suite de l'enseignement relatif au VIH
Définition	C'est le pourcentage d'élèves âgés d'au moins 10 ans qui ont adopté des comportements responsables après avoir bénéficié de l'enseignement intégrant des contenus Life Skills. Cette déclaration est attestée par 4 personnes au minimum dont : au moins 2 membres de la famille nucléaire ou adoptive, au moins 1 membre de son environnement immédiat, au moins 1 personnel MEN de son établissement scolaire, et/ou du médico-scolaire et/ou de l'infirmerie de son établissement scolaire et/ou toute personne pouvant attester du changement de comportement de l'élève.

➤ **Indicateurs de PTME**

Indicateur 09	Nombre de personnes touchées lors des sensibilisations de proximité sur la PTME
Définition	C'est le nombre de femmes enceintes et leurs conjoints ayant participé à une séance de sensibilisation de proximité sur la PTME

Indicateur 10	Nombre de femmes enceintes ou nourrices séropositives ayant bénéficié d'un soutien alimentaire
Définition	Ce sont toutes les femmes enceintes ou nourrices séropositives au VIH ayant reçu un soutien alimentaire

➤ **INDICATEURS DE PRISE EN CHARGE**

Indicateur 11	Nombre d'OEV et leur famille identifiés
Définition	C'est l'ensemble des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH qui ont été enregistrés à partir des portes d'entrée (CD, PTME, association de PVVIH, centres sociaux), sur la base des directives nationales.

Indicateur 12	Nombre d'OEV infectés par le VIH
Définition	C'est l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans révolus chez qui le VIH a été diagnostiqué (anciens et nouveaux cas)

Indicateur 13	Nombre d'OEV et leur famille bénéficiant d'un soutien
Définition	C'est l'ensemble des orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH et leur famille bénéficiant de services permettant de faire face à leurs besoins réels.

Indicateur 14	Nombre d'OEV et leur famille ayant bénéficié d'au moins 01 service
Définition	C'est le nombre d'orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH et leur famille qui ont reçu au moins un type de soutien (alimentaire ou nutritionnel, santé, éducation et mise en apprentissage, psychosocial, protection, abri et soin, renforcement économique)

Indicateur 15	Nombre d'OEV sous ARV
---------------	-----------------------

Définition	C'est l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans révolus infectés par le VIH et qui sont couramment sous ARV.
------------	---

Indicateur 15	Nombre de personnes vivant avec le VIH ayant bénéficié de soins et soutien
Définition	C'est le nombre de PVVIH qui ont reçu des soins et soutien pour améliorer la qualité de leur vie tant au niveau hospitalier que communautaire

Conclusion

Pour un meilleur suivi des informations sur le patient et sur le programme il est donc nécessaire de connaître les concepts, la liste des outils de collecte et enfin les principaux indicateurs de la prise en charge

Chapitre 2: Organisation des activités de soins et traitement

Introduction

La PEC des PVVIH peut intégrer toute structure sanitaire offrant des soins et traitement à tout malade ou elle peut être menée spécifiquement par la structure.

La compréhension de l'organisation des activités de soins est indispensable à tout prestataire voulant offrir des soins de qualité aux personnes vivant avec le VIH.

Objectifs éducationnels

A la fin du chapitre le participant sera capable de :

1. Citer les structures impliquées dans la PEC
2. Définir le rôle de chaque structure impliquée
3. Enumérer les critères d'accréditation d'un centre PEC.
4. Décrire le circuit interne de collecte des données
5. Décrire le circuit des clients.

Plan du chapitre

1. Structures impliquées dans la PEC
2. Rôles des structures impliquées dans la mise en œuvre de la prévention des IST/VIH
3. Critère d'accréditation d'un centre de PEC
4. Circuit interne de collecte des données
5. Circuit des clients

1. LES STRUCTURES IMPLIQUEES DANS LA PEC

Les structures impliquées se situent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans la communauté.

- Niveau central: DGS, PSP-CI, DIPE, PNPEC, PNLT, PNN, PNLP, PNSR,
- Niveau régional : Directions régionales de la santé, CHU, CHR
- Niveau du district sanitaire : District sanitaire, Hôpital Général, centres de santé
- Niveau de la Communauté : associations, ONG communautaires

2. ROLES DES STRUCTURES IMPLIQUEES DANS LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES VIH

➤ Niveau central

- **DGS : coordonne toutes les activités du ministère de la santé et de la lutte contre le sida**
- **PNPEC:** développe la politique nationale de prise en charge à travers les documents de politique et des manuels de procédure techniques ;
- **PSP-CI:** commande, approvisionne les districts sanitaires selon le circuit de distribution des médicaments essentiels ;
- **DIPE:** conçoit les supports de collecte de données et assure la gestion des données des activités sanitaires ;

- **PNSR** : Contribue au développement de la politique nationale de prévention du VIH à travers les documents de politique et des manuels de procédure techniques ;
- **PNN** : Contribue au développement des politiques nationales de prise en charge nutritionnelle des PVVIH.
- **PNLT** Contribue au développement des politiques nationales de prise en charge de la coinfectdes Pion TB/VIH
- **Niveau intermédiaire (direction régionale)**
 - coordonne, supervise, contrôle et suit la mise en œuvre des plans compilés des districts sanitaires,
 - analyse les données des districts sanitaires
- **Niveau périphérique (district sanitaire)**
 - coordonne, supervise, suit et participe à la mise en œuvre des activités définies dans un plan d'action détaillé.
 - analyse les données provenant des structures de santé du district.
- ✓ **Pharmacie du district**
 - approvisionnée par la PSP-CI
 - distribue tous les médicaments, ARV, Kits IST et autres intrants stratégiques aux établissements sanitaires
- ✓ **Hôpital de référence (HG)**

Reçoit et traite tous les cas qui lui sont référés par les autres hôpitaux.
- ✓ **Etablissement sanitaire**

Assure les services de dépistage, de conseil, de prise en charge médicale et de soutien
- **Communauté**
 - participe aux actions de sensibilisation et de mobilisation de l'ensemble de la communauté sur la PTME, les CD et les IST/ VIH/sida et de soutien social, psychologique et spirituel.

3. CRITERE D'ACCREDITATION D'UN CENTRE DE PEC

L'offre de soins et traitement aux PVVIH nécessitent un certain nombre d'activités :

- Le dépistage :
 - Le dépistage du VIH
 - Le conseil au dépistage
- Les soins de soutien,
 - Soutien à l'observance aux traitements
 - Soutien psychologique
 - Soutien spirituel
 - Soutien social

- Soutien nutritionnel
- Le suivi régulier clinique et biologique
 - Suivi clinique
 - Suivi biologique
 - Suivi thérapeutique

Un plateau technique minimal est exigé à toute structure sanitaire désirant offrir la prise en charge par les ARV.

4. Tableau LXXX : Critère d'accréditation d'un centre de PEC

<i>Ressources</i>	<i>Existence au sein de la structure sanitaire</i>	<i>existence dans l'aire du district sanitaire ou dans la ville</i>
<i>Médecin</i>	<i>au moins un</i>	
<i>Infirmier</i>	<i>au moins un</i>	
<i>Sage femme</i>		<i>au moins un</i>
<i>Conseiller au dépistage ou aux soins et soutien</i>	<i>au moins un</i>	
<i>Technicien de laboratoire</i>	<i>au moins un</i>	
<i>Salle de conseil</i>	<i>au moins un</i>	
<i>Salle de soins</i>	<i>au moins un</i>	
<i>Salle de consultation</i>	<i>au moins un</i>	
<i>Laboratoire équipé en automate de numération CD4, automate de biochimie, automate d'hématologie</i>		<i>Un</i>
<i>Une pharmacie ou espace aménagé pour le stockage et à la conservation des médicaments</i>	<i>au moins un</i>	<i>au moins un</i>
<i>Code (Compte) de prescription des ARV</i>		<i>Un</i>
<i>un réfrigérateur</i>	<i>au moins un</i>	

5. CIRCUIT INTERNE DE COLLECTE DES DONNEES

Qui doit utiliser les supports de collecte de données et comment ?

Tout prestataire qui mène des activités de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH

Comment remplir les outils de collecte?

- Selon le guide de remplissage validé par le Ministère de la santé et de la lutte contre le sida;
- la manière de remplir un support de collecte ne varie pas d'un service à un autre et d'un prestataire à un autre ;
- les prestataires doivent coopérer pour le remplissage du rapport mensuel ;

A quel moment les supports de collecte doivent être renseignés ?

Les supports de collecte doivent être renseignés *chaque jour* et un bilan est fait à la *fin du mois* dans le rapport mensuel.

Quel est le circuit des données?

Chaque service impliqué dans la prise en charge collecte ses données et les achemine au service de gestion des données. A ce niveau les données sont traitées et compilées, puis un rapport est produit et validé pour être acheminé au district sanitaire. La figure 31 montre le circuit des données.

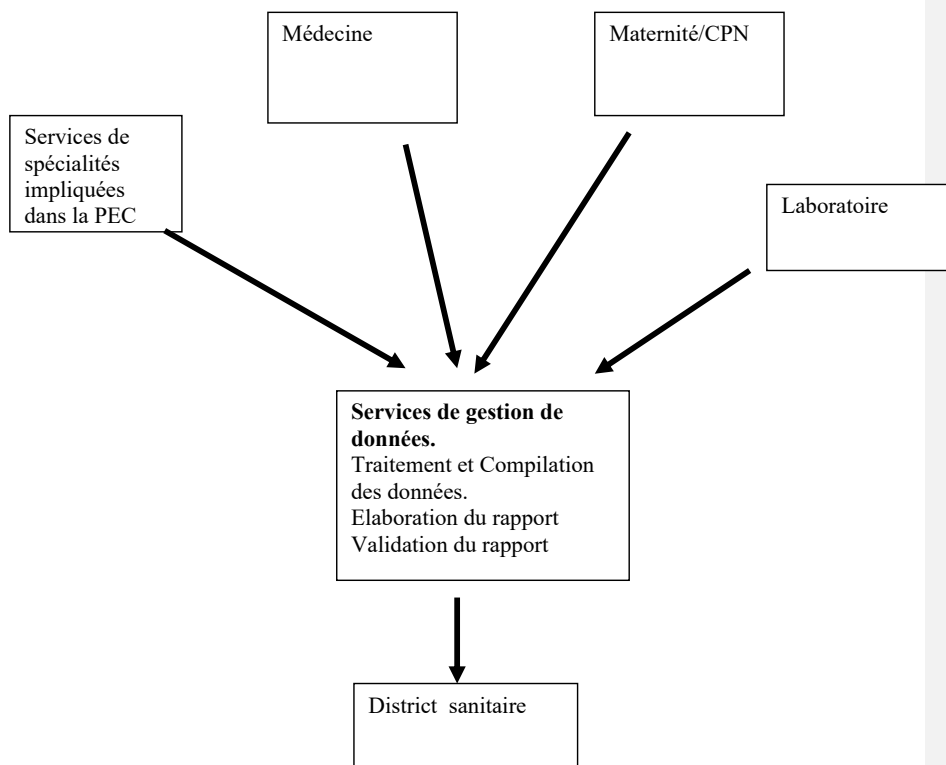


Figure 24 : Circuit de la collecte des données

6. LE CIRCUIT DES CLIENTS

Quel est le circuit des clients?

Dans tout centre de santé il existe un circuit des patients. Dans un souci de réduire la stigmatisation des PVVIH, le PNPEC ne conseille pas un circuit spécifique aux malades de l'infection à VIH. Il est plutôt demandé de définir un circuit unique pour tous les malades.

Ancien client :

En venant du domicile, le client s'adresse directement au service de conseil.

Selon le motif de consultation, le dossier médical du client est acheminé au service demandé et le client suit le circuit défini par la structure sanitaire. A la fin de sa consultation le client passe par le service de conseil et d'archivage des dossiers.

Nouveau client :

En venant du domicile, le client s'adresse directement au service de réception de tout patient.

Selon le motif de consultation, le client suit le circuit défini par la structure sanitaire. A la fin de sa consultation le client passe par le service de conseil et d'archivage des dossiers.

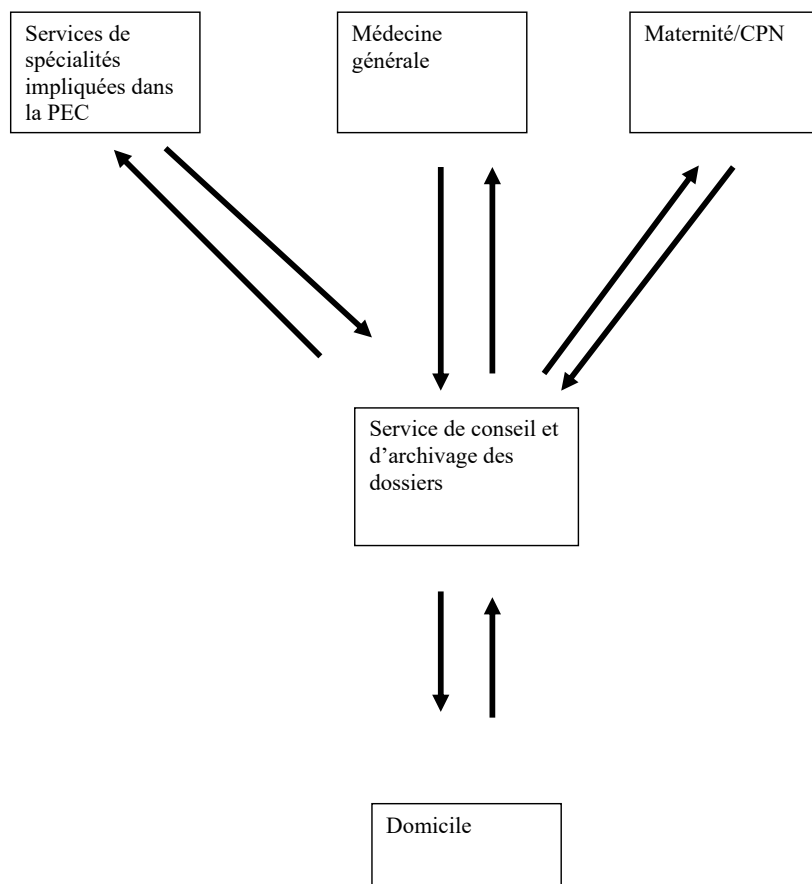


Figure 25 Circuits des anciens clients

Commenté [DF1]: Schema à supprimer

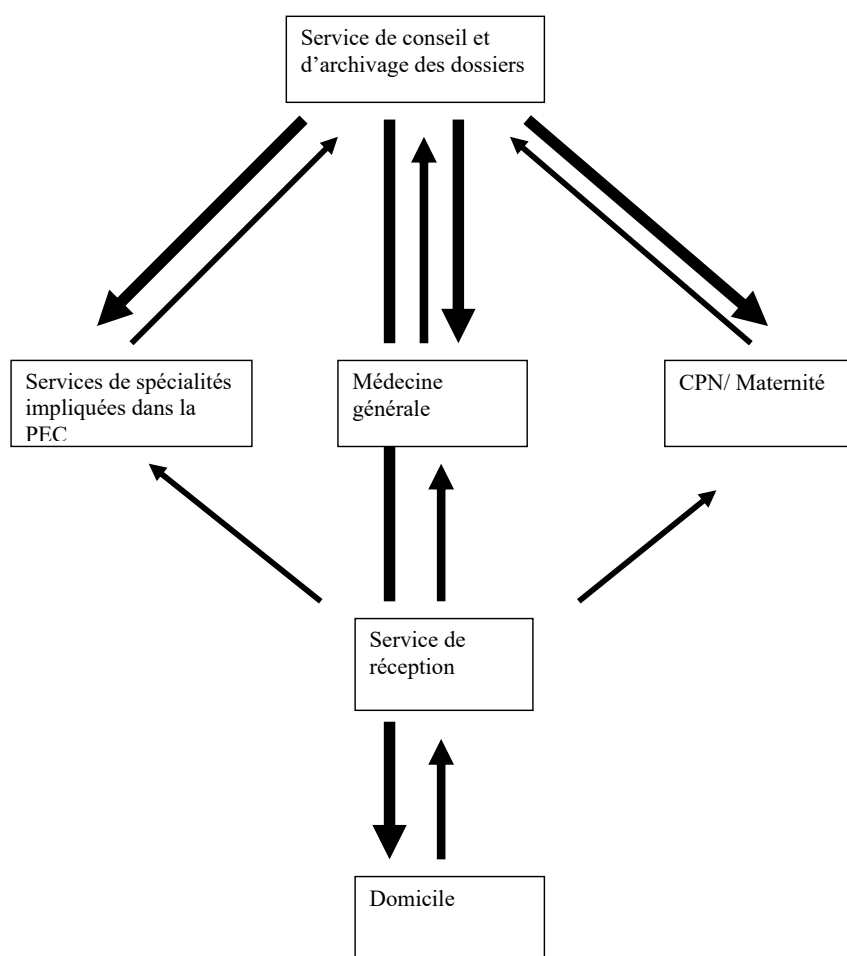


Figure 33 Circuits des nouveaux clients

Conclusion

- Les structures impliquées se situent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans la communauté.
- **PNPEC:** développe la politique nationale de prise en charge à travers les documents de politique et des manuels de procédure techniques ;
- **DIPE:** conçoit les supports de collecte de données et assure la gestion des données des activités sanitaires ;
- Dans tout centre de santé il existe un circuit des patients.

Chapitre 3 : Collecte des données

Introduction

Bien que la prise en charge globale des PVVIH soit essentielle pour le médecin, il se doit de connaître les outils de collectes des données et surtout maîtriser leur remplissage correct car de cela découle l'amélioration des programmes.

Objectifs éducationnels

A la fin du chapitre, le participant doit être capable de :

1. Renseigner tous les items du dossier client
2. Renseigner tous les items du registre de soin du VIH
3. Renseigner tous les items du registre de TARV

Plan du chapitre

1. Le dossier client
2. Le registre de soin du VIH
3. Le registre de TARV

1. LE DOSSIER CLIENT

1.1. Description du dossier client

Le dossier client comprend 4 parties :

- La fiche adulte ou enfant qui renseigne sur les données socio-démographiques, la personne de soutien, le point d'entrée et les antécédents. Chez l'enfant elle renseigne également le statut vaccinal, l'état nutritionnel, la fratrie, père et mère et l'état psycho moteur.
- La fiche adulte et enfant qui renseigne sur l'examen physique, la classification, le score de Karnofsky, la biologie et sur le TARV
- La fiche de suivi qui renseigne à chaque visite du patient sur la date de la visite, durée du traitement, les constantes, les Ios, le cotrimoxazole, la survenue probable d'une grossesse, les autres médicaments dispensés et enfin sur le TARV (régime, observance....)
- La fiche de counseling qui renseigne sur les différents conseils donnés aux PVVIH.

1.2. Remplissage du dossier client

Les items seront renseignés sur les différentes parties du dossier décrits plus haut :

1.2.1. Fiche adulte :

Cette fiche comporte les rubriques suivantes:

Identité et données sociodémographiques : collecter l'information relatif à chacun des items suivant : Nom ; Prénoms ; Sexe ; Date de naissance ; Lieu de naissance ; Nationalité, Religion ; Profession ; Statut selon l'activité ; Niveau d'instruction ; Situation matrimoniale ; Lieu d'habitation ; Contact téléphonique.

❖ Test VIH/SIDA

- **Information reçue :** Cet item permet de savoir si oui ou non le malade a été informé de son statut sérologique, (noter ici si le malade a été informé)

- ❖ **Personne de soutien (à contacter) :** noter le contact de la personne informée du statut sérologique du patient qui pourra éventuellement informer le médecin sur le devenir du patient. Cette personne doit pouvoir venir chercher les médicaments du patient au cas où celui-ci ne le peut pas..
- ❖ **Point d'entrée pour les soins :** Pour le nouveau patient, il est important de savoir de quel point du système sanitaire vient le patient : en conséquence, cochez pour chaque patient une référence (porte d'entrée).
- ❖ **Antécédents ARV et ou PTME :** inscrire les informations sur les antécédents ARV et ou PTME
- ❖ **Autres antécédents :** inscrire les informations sur les autres antécédents. Ces informations proviennent du malade ou de son dossier. L'interrogatoire doit être poussé pour les recueillir.

1.2.2. Fiche Enfant

Cette fiche diffère de la fiche adulte et comporte les items suivants:

- ❖ **Identité et données sociodémographiques de l'enfant :** Fournir les différentes informations concernant le Nom, Prénoms, Sexe, Date de naissance, Lieu de naissance, Nationalité, Scolarisation, Religion, lieu d'habitation
- ❖ **les informations sur le père et la mère :** (Nom et prénoms, Statut Vital, Niveau d'instruction, Profession, statut sérologique, statut dans l'activité, contact téléphonique)
- ❖ **les informations spécifiques aux enfants exposés (enfants nés d'une mère séropositive) :** cette partie concerne uniquement les enfants nés d'une mère séropositive. Inscrire toutes les informations spécifiques à l'enfant. Par exemple la vitamine A.
- ❖ **les informations relatives au tuteur légal, à la fratrie, au statut vaccinal et à la nutrition de l'enfant :** Ces informations concernent tous les enfants et pas seulement ceux nés d'une mère séropositive. Inscrire les informations sur le tuteur légal, les frères et sœurs, le statut vaccinal et l'état nutritionnel de l'enfant.

1.2.3. Fiches Adulte et Enfant

Ces fiches seront utilisées pour collecter les informations spécifiques sur les adultes et les enfants.

La première fiche adulte et enfant permettra de renseigner les informations sur:

- ❖ **l'examen physique :** Cette partie collecte les différentes informations durant l'examen physique. Toujours inscrire la date de l'examen.
- ❖ **la biologie :** inscrire les différentes PCR et sérologie des enfants et la sérologie des adultes. Pour les adultes, renseigné le nom du laboratoire où le test a été réalisé.
- ❖ **les différents résultats des bilans (CD4, VGM, HB, etc...).** Donner les CD4 en pourcentage pour les enfants et en valeur absolu pour les adultes.
- ❖ **Résumé de la maladie :** faire un bref résumé de la maladie au vu des informations sur la clinique et la biologie.

La deuxième fiche : noter sur cette fiche les informations primordiales sur :

- ❖ **le traitement anti rétroviral** (éligibilité, les différents régimes thérapeutiques, les substitutions et les motifs)

1.2.4. Fiche de suivi

Cette fiche servira de tableau de bord pour le suivi du traitement du malade. Elle collectera ou résumera les informations à collecter à chaque visite à savoir :

- ❖ **La Durée depuis le début du traitement anti rétroviral** : Donner la durée en jour ou en mois depuis le début du traitement anti rétroviral
- ❖ **Les constantes du jour** : renseigner ces différentes constantes à chaque visite du patient : Température en *degré Celsius (°C)*, Tension artérielle en *mmhg* et le poids en *kg*)
- ❖ **Les différentes Ios** : renseigner les différentes Infections opportunistes (Ios) en se servant des codifications contenues dans les encadrés N° 1 (pour le statut Tuberculose) et N°2 pour les autres Ios de la fiche de suivi
- ❖ **Les informations sur le cotrimoxazole** (quantité prescrites, date d'arrêt, motif d'arrêt) : Utiliser la codification contenue dans l'encadré N° 3 pour renseigner les motifs d'arrêt
- ❖ **La survenue et devenir d'une grossesse pour adulte / la taille dans le cas des enfants** : Utiliser la codification contenue dans les encadrés N°4 et 5 pour remplir cette colonne ; dans le cas des enfants, inscrire seulement la taille qui servira à calculer l'indice pondérale.
- ❖ **Autres médicaments dispensés** : inscrire les noms, la dose et la quantité des autres médicaments dispensés.
- ❖ **Les informations sur les ARV** (statut, le régime, l'observance, motifs de substitution ou d'arrêt) : Utiliser les items de la codification contenue dans les encadrés 6, 7, 8, 9 et 3 pour renseigner ces colonnes.
- ❖ **CD4** : donner les valeurs du CD4 en valeur absolue pour les adultes et en pourcentage pour les enfants.
- ❖ **Le stade clinique** : Indiquer le stade clinique CDC (N, A, B, C) pour les enfants et (A, B, C) pour les adultes.
- ❖ **L'état fonctionnel** : Utiliser la codification contenue dans les encadrés N°10 pour renseigner l'état fonctionnel du patient à chaque visite.
- ❖ **Les effets secondaires éventuels** : Utiliser la codification contenue dans l'encadré N°11 pour renseigner les effets secondaires éventuels.

1.2.5. Les fiches de counseling

Ces fiches sont au nombre de trois et permettent une meilleure adhérence au TARV. Les différentes fiches sont:

- ❖ **La fiche de counseling pour la préparation au traitement**
- ❖ **La fiche de counseling pour le démarrage du traitement**
- ❖ **Les fiches counseling pour le suivi du traitement**

2. LE REGISTRE DE SOINS DU VIH

2.1. Description du registre

Le registre de soins du VIH est un outil destiné au suivi des patients qui sont enrôlés dans la prise en charge. Il permet de suivre leur évolution à mesure qu'ils remplissent les conditions pour être mis sous TARV. **Tous** les patients qui sont enrôlés pour la première fois pour la prise en charge du VIH, qu'ils soient sous TARV ou non, sont d'abord inscrits dans le registre de soins du VIH et considérés comme enrôlés dans la prise en charge du VIH. Parmi ces patients, figurent ceux qui ont été transférés avec ou sans dossiers et qui étaient initialement pris en charge dans un autre établissement sanitaire, mais ne sont pas encore sous TARV. Les seuls patients qui ne seront pas inscrits dans le registre de soins du VIH sont les patients déjà sous TARV qui sont transférés avec leurs dossiers. Les patients qui étaient sous TARV mais qui n'ont pas de dossiers pour l'attester devront être inscrits dans le système comme nouveaux patients (nouveau carnet de patient, nouvelle entrée dans le registre de soins du VIH, et faire l'objet d'un examen pour vérifier s'ils remplissent les conditions).

Une fois que le patient commence le TARV, on utilise alors le registre de TARV pour recueillir et enregistrer ses antécédents et les informations sur le TARV, y compris les informations allant des interruptions du traitement au suivi (ABANDON) en passant par les périodes où le patient a été perdu de vue. Une fois que le patient a été transféré dans le registre de TARV, l'on ne procède plus à son suivi par le biais du registre de soins du VIH.

2.2. Remplissage le registre de soins

Les informations indispensables au remplissage du registre de soins du VIH peuvent être obtenues dans le carnet/dossier de prise en charge du VIH.

Chaque ligne représente un patient. Les lignes comportent les noms des patients et à chaque patient est attribuée une ligne. Les colonnes contiennent des informations sur ce patient et chaque colonne est consacrée à un élément d'information.

Les registres ont pour objet de collecter en un seul lieu les mêmes informations sur un groupe entier de patients (ces informations sont transférées à partir de leurs carnets/dossier individuels). Les informations contenues dans le carnet/dossier de prise en charge du VIH permettent de suivre ce qui se passe avec chaque patient, tandis que celles collectées dans le registre permettent de suivre l'évolution de *l'intégralité d'un groupe de patients* et du programme de TARV dans son ensemble.

Concernant le Service sanitaire : Renseigner cet item dans en haut de la page du registre puis indiquer le mois et l'année

Colonne 1= numéro d'ordre

Colonne 2 = Date d'enrôlement : Enrôlé dans la prise en charge du VIH : Transférez cette information dans la colonne 1 « **Enrôlé dans la prise en charge du VIH** ». Si un patient est transféré à partir d'un autre établissement sanitaire, notez la date à laquelle il a été transféré dans le VOTRE, et inscrivez « TD » dans la marge de gauche du registre de soins pré-TARV et, de manière facultative, la date initiale d'enrôlement dans le premier établissement sanitaire.

Colonne 3 : Numéro Unique d'Identification selon la codification en vigueur dans le pays
Numéro ID clinique du patient : Noter cette information dans la « **Numéro ID clinique du patient** ».

Colonne 4 : Age ou groupe d'âge : Transférez cette information dans la colonne 4 « **Age** »
qui comprend 5 sous colonnes.

Colonne 5 : Sexe : Notez cette information dans la colonne 5 « **Sexe** ». Écrivez **M** pour masculin ou **F** pour féminin

Colonne 6 : Point d'entrée ou modèle d'admission dans la prise en charge : Noter cette information dans la colonne 6 « **Point d'entrée dans la prise en charge** ». Inscrivez le point d'entrée, qui est entouré sur la carte en utilisant les mêmes codes.

Colonne 7 : Statut sérologique du patient : Test de séropositivité confirmé : Notez cette information dans la colonne « Statut du patient ». Inscrivez la date à laquelle le test de séropositivité a été confirmé.

Colonne 8 : Prophylaxie CTX: Cotrimoxazole : Si le patient prend ce médicament, transférez les informations dans la colonne 8 « **CTX** » avec 2 sous colonnes. Inscrivez la date de démarrage et la date de fin dans les sous colonnes

Colonne 9 : Etat tuberculeux : Si le patient est sous traitement transférez ces informations dans la colonne 9 marquée « **TB** ». Inscrivez la date de démarrage et la date de fin dans les 2 sous colonnes

Colonne 10 : Les autres infections opportunistes dans la colonne 10

Colonne 11 : Grossesse : si grossesse, préciser l'âge de la grossesse, la date probable d'accouchement : Inscrivez la date et le lien PTME, si de telles informations sont marquées dans le carnet

Colonne 12 : Catégorie clinique : Transférez cette information dans la colonne 12 « **Catégorie clinique au démarrage du TARV** » qui comprend 4 sous colonnes correspondant à la classification du CDC, A, B, C, N.

Colonne 13 : SORTIE AVANT LE DEBUT DU TRAITEMENT cette colonne comprend 4 sous colonnes
Décédé : Si le patient décède avant d'avoir commencé le TARV, Notez « DECEDE » et la date.

Perdu de vue : Si le patient a abandonné avant d'avoir commencé le TARV, transféré : « **TA (Transfert Ailleurs) si patient a été transféré avant d'avoir commencé le TARV** ». Inscrivez la date pour chaque situation.

Autre : Pour toute autre situation

Colonne 14 : Date d'éligibilité : Remplissant les conditions biologiques : Si le patient remplit les conditions biologiques pour être mis sous TARV, notez cette information dans la colonne 14 « **Date à laquelle le patient remplit les conditions biologiques pour le TARV** ».

Colonne 15 : Date de début du traitement : **TARV a démarré** ». Notez la date à laquelle le traitement a démarré effectivement

Colonne 16 : OBSERVATIONS : y inscrire d'autres informations si nécessaire

Désormais, les informations concernant ce patient seront consignées dans le registre de TARV.

3. LE REGISTRE DE TARV

3.1. Description du registre

Le registre de TARV est un outil qui sert au suivi des patients et au suivi des programmes. Si les médicaments sont commandés chaque mois, par exemple, ce registre peut être utilisé pour faire le suivi de la distribution des traitements de TARV. Le registre de TARV sert également à étayer l'analyse des cohortes des variables majeures à 6 mois, 12 mois, puis sur une base annuelle.

On n'utilise le registre qu'après que le patient ait démarré le TARV. Dès cet instant, aucune autre entrée ne devrait être faite dans le registre de soins du VIH. Le registre de TARV enregistre les informations par cohorte – une (ou plusieurs) page(s) du registre pour chaque cohorte. Une page est, en fait, deux pages de dimensions A3 qui s'ouvrent ensemble. Chaque patient a une ligne qui s'étend sur tout le registre.

Un patient est intégré dans une cohorte en fonction de l'année et du mois où il a commencé le TARV. Chaque page du registre de TARV ne devrait être utilisée que pour enregistrer/actualiser les informations concernant les patients de la même cohorte, à raison d'une ligne par patient.

3.2. Remplissage du registre de TARV

Les informations requises pour remplir ce registre peuvent être obtenues dans le carnet/dossier de prise en charge du VIH/de TARV et auprès du laboratoire.

Vous allez à présent apprendre comment transférer les informations du carnet/dossier du patient au registre de TARV. À l'Annexe 1, se trouve un autre carnet « type » avec des chiffres dans des bulles qui renvoient à une rubrique dans le carnet. Les instructions relatives à la procédure de remplissage de ce registre sont liées à ces chiffres et numérotés dans l'ordre dans lequel vous saisirez les informations dans le registre.

Veuillez noter que les colonnes du registre sont désignées par colonne 1, colonne 2, etc., même si elles ne sont pas en réalité numérotées dans le registre.

Transférez les informations du carnet/dossier au registre, comme ci-après :

COHORTE : Transférez cette information à « **Cohorte : Année ____ Mois ____** » qui se trouve en haut de la page. Indiquez l'année et le mois de la cohorte pour ce patient.

Colonne 1 : Correspond au numéro d'ordre à noter dans la colonne 1

Colonne 2 : TARV démarré : notez cette information dans la colonne 2 « **Date de démarrage de TARV** ».

Colonne 3 : Numéro d'identification unique (selon la codification en vigueur): notez cette information dans la colonne 3 « **No. TARV** »

Colonne 4: Age (enfant ou adulte): Ecrire l'âge exact dans la sous colonne correspondante.

Colonne 5 : Sexe : Préciser le sexe en inscrivant : M ou F.

Colonne 6 : Motif de consultation : Inscrivez (1) si nouveau patient sous ARV, (2) si ancien patient sous ARV, préciser la durée et référence s'il est référé.

Colonne 7 : Etat fonctionnel par le Score de Karnofsky au démarrage du TARV — état fonctionnel : Inscrivez V "Valide" pour actif, M "Mobile" pour ambulatoire ou **AI** pour alité.

Colonne 8 (Poids et Taille) : Au démarrage du TARV — poids : notez cette information dans la colonne "**Poids (kg)**", et "**Taille (cm)**"

Colonne 9 : Pourcentage CD4# (valeur absolue): notez cette information dans la colonne « **CD4** » en précisant la date.

Colonne 10 : Critères de mise sous traitement : Motif de satisfaction des conditions : notez cette information dans la colonne 10 « **Pourquoi le patient remplit les conditions médicales (Transféré dans)** ». Indiquez le motif : Motif clinique uniquement, pourcentage de CD#, ou TLC.si le patient a été transféré chez vous à partir d'un autre centre de soins, inscrivez TD (Transféré Dans).

Colonne 11 : Stade clinique : notez cette information dans la colonne 3 "**Stade clinique selon le CDC** »

De la colonne 12 à 15 : Vous trouverez les chiffres suivants à la page de rencontre dans le carnet de patient. Si la patiente est sous COTRIMOXAZOLE, FLUCONAZOLE, INH ou autre traitement de tuberculose ou est enceinte, cela sera noté sur cette page.

Colonne 12 : Cotrimoxazole : Si le patient prend ce médicament, notez les informations dans la colonne 12 « **CTX** ». Inscrivez la date de démarrage sur la ligne du haut et la date de fin sur la ligne du bas. On trouve la date sur la même ligne dans la colonne à l'extrême gauche (bulle 14).

Colonne 13 : Autres médicaments fournis : Si le patient prend le FLUCONAZOLE, notez les informations dans la colonne 13 « **FLUCONAZOLE** ». Inscrivez la date de démarrage sur la ligne du haut et la date de fin sur la ligne du bas. On trouve la date sur la même ligne dans la colonne à l'extrême gauche (bulle 14).

Colonne 14 : Traitement tuberculeux : Si le patient est sous traitement de tuberculose, notez les informations dans la colonne 14 marquée « **TB RX** ». Inscrivez la date de

démarrage sur la ligne du haut et la date de fin sur la ligne du bas. On trouve la date sur la même ligne dans la colonne à l'extrême gauche (bulle 14).

Colonne 15 : IOS autre que TB : si le patient prend autre médicament, inscrire la maladie et la date.

Colonne 16 : Survenue d'une grossesse au cours du suivi et PTME, inscrire les codes pour oui ou non, si oui, préciser la "date probable d'accouchement" et le lien avec la PTME, si de telles informations sont marquées dans le carnet/dossier.

Les autres numéros figurent à la première page du carnet/dossier (partie fiche de suivi du patient).

Colonne 17 : Démarrage du traitement initial de TARV de 1^{ère} ligne : notez cette information dans la colonne 17 « **Traitement initial** ». Inscrivez le **code** du traitement de première ligne qui se trouve au bas du registre de TARV.

Colonne 18 : Substitution dans le traitement de 1^{ère} ligne _____ Nouveau traitement _____ Motif ____ : Si une première substitution a été opérée dans le régime de 1^{ère} ligne, inscrivez cette information à la ligne du haut de la colonne 18 « **Substitution** ». Inscrivez le **code** du premier régime de substitution, le code du motif et la date.

Colonne 19 : Si une seconde substitution a été opérée, inscrivez cette information à la ligne du bas de la colonne 19 et inscrivez le **code** du second régime de substitution, le code du motif et la date. Nouveau _____ Motif ____ : Si une première substitution a été opérée dans le régime de deuxième ligne, notez cette information à la ligne du haut de la colonne 19 « **Changements, substitution** ».

Inscrivez le **code** pour le 1^{er} régime de substitution, le code du motif et la date de façon générale.

Si une seconde substitution a été opérée, inscrivez cette information dans la ligne du bas de la colonne 20 et inscrivez le **code** du second régime de substitution, le code du motif et la date.

Colonne 20 : Passez au nouveau régime de deuxième ligne (ou à la substitution dans la seconde ligne). Si le patient a été mis sous un nouveau régime de deuxième ligne, transférez cette information dans la colonne 20 « **Régime de deuxième ligne** ». Inscrivez le **code** de ce régime.

Colonne 21 : Idem pour 3^{ème} ligne, colonne 22 à 23

3.3. Registre de TARV— partie à droite (page 2)

Cette page du registre sert à documenter les régimes de TARV ou les interruptions de traitement de TARV au cours des 24 mois suivant le début du traitement. Inscrivez l'année et le mois de cette cohorte dans la partie supérieure gauche (bulle 1 sur l'échantillon du carnet/dossier de patient).

Sous le « Mois 0 », inscrivez le nom du mois et l'année où le patient dans cette cohorte a entamé le TARV. Cela vaut pour tous les patients inscrits sur cette page de registre, vu qu'ils

sont tous de la même cohorte, qui a démarré au cours dudit mois. Sous « Mois 1 », inscrivez le nom du prochain mois et l'année et continuez de la même manière pour l'ensemble des 24 colonnes. Quand vous atteindrez la fin d'une année calendaire, n'oubliez pas de changer d'année.

À la fin de chaque mois, la situation de suivi du patient sera enregistrée dans la case appropriée. Cela vaut également pour le Mois 0. En conséquence, même s'il est possible qu'un patient ait entamé un régime donné au démarrage du TARV (1a(30)), il peut bien être revenu à la formation sanitaire avant la fin du mois et avoir changé de régime pour en commencer un autre (1b(30)) pour cause d'effets secondaires. C'est ce régime de substitution que vous enregistrerez sur le côté droit de la page, sous Mois 0 tandis que le régime initial 1a(30) sera enregistré dans la colonne « Régime initial ». Si le patient vient chercher les médicaments au cours du mois, le code du régime devra être indiqué. Dans les programmes en régime de croisière, les patients commenceront à venir chercher leurs médicaments moins fréquemment, peut-être tous les trimestres ou tous les six mois. Si c'est le cas, tracer une ligne horizontale sur les deux prochaines colonnes (pour trois mois) ou cinq prochaines colonnes (pour six mois) après avoir écrit le code du régime pour indiquer la durée des médicaments. Si le patient ne vient pas chercher les médicaments au cours de ce mois, un des six cas ci-après doit être indiqué :

Pour chaque mois, préciser : arrêt (1), continue (2), ou substitution (3)

Transféré Ailleurs (TA) : Le patient a été transféré dans un autre établissement sanitaire

Arrêté (ARRET) : Le patient a choisi d'arrêter ou l'équipe clinique a décidé d'interrompre le traitement. Notez cela entre parenthèses.

Perdu de vue (PERDU) : Le patient a manqué un rendez-vous (n'est pas venu chercher ses médicaments).

Abandonné (ABANDON) : Le patient a manqué un nombre X (de façon consensuelle) de rendez-vous et un nombre X de tentatives ont été faites pour entrer en contact avec lui, mais en vain.

Décédé (DECEDE) : Le patient a été déclaré mort.

Recommencement (RECOMMENCEMENT) : Le patient est remis à nouveau sous TARV, après interruption. Notez le code du régime.

Patients transférés

À la fin de chaque mois, après que tous les patients qui ont été nouvellement mis sous TARV ont été enregistrés dans le registre de TARV, une ligne devrait être tracée en dessous de la ligne du dernier patient enregistré. À mesure que les programmes seront décentralisés et s'étendront, les patients seront inéluctablement transférés dans et en dehors des établissements sanitaires. Les patients, qui sont transférés accompagnés de leurs dossiers, seront inscrits de manière rétrospective dans le registre de TARV – à la date à laquelle ils ont été mis sous TARV. Exemple : une patiente a démarré le TARV dans un établissement A en janvier 2005. L'on procède à une saisie dans la page du registre de TARV pour janvier 2005. En juillet 2005, la patiente décide de poursuivre le traitement dans un établissement B, plus proche de

son domicile. On note « TA établissement B » dans la colonne juillet 2005 sur la page de droite du registre de TARV pour janvier 2005 de l'établissement sanitaire A. Elle est transférée vers l'établissement B. Cette patiente sera dès lors enregistrée à la page du registre de TARV pour janvier 2005 de l'établissement B sous la ligne tirée après le nom du dernier patient qui a entamé le TARV en janvier 2005 à l'établissement sanitaire B (voir ci-dessous).

La première entrée sur le volet droit du registre de TARV sera réservée au régime de médicament que l'on est venu chercher dans ce premier mois consécutif au transfert. C'est de cette manière que l'établissement sanitaire saura quand le patient transféré en son sein et a été mis sous TARV. Si un patient est transféré plus de six mois après avoir entamé un traitement dans un autre établissement sanitaire, il pourrait également être indispensable d'enregistrer rétrospectivement les résultats des mois 6, 12, 24, etc. des patients pour permettre à l'équipe clinique de faire des comparaisons de la cohorte.

Tous les 6 mois :

Inscrire les informations suivantes :

- le statut fonctionnel par le score de karnofsky
- le poids en kg
- la valeur absolue du CD4 et la date
- sortie du programme : motif en haut et la date en bas.

Conclusion

La maîtrise et le renseignement correct des outils de collecte permettent déobtenir des données de qualité. Cela implique l'engagement de tous les acteurs intervenant dans la prise en charge des PVVIH.

Conclusion du module

La gestion des données représente un des volets essentiel dans la prise en charge des PVVIH car elle permet le suivi des informations sur les patients. Ces données recueillies contribuent à l'amélioration des programmes.

ANNEXE

Annexe1 dilution d'une solution chlorée (l'eau de javel)

Annexe 2 Matériel de sécurité

Annexe 3 liste de participants à l'atelier de validation

Annexe 4 situations cliniques AES

Annexe 5 fiche mémoire du professionnel de la santé

ANNEXE I

Instructions pour la Préparation de la Solution chlorée Diluée

Dans le commerce les préparations chlorées sont soit en solution titrée en degré ou en pourcentage, soit en poudre

Il existe des formules qui permettent à chaque fois de pouvoir préparer les solutions chlorées aux titrages souhaités

- 1) Une solution titrée à un degré chlorium est égale à une solution titrée à 0,3%
 - 1° de chlore = 0,3 %
 - Ainsi 12° de chlore = 0,3% x 12° = 3,6% et 8° de chlore = 0,3% x 8° = 2,4%
- 2) La formule suivante permet de calculer le nombre de part d'eau qu'il faut ajouter à la part de la solution chlorée que vous achetez dans le commerce pour obtenir la concentration souhaitée
 - Nombre de parts d'eau = Rapport de la concentration dont vous disposez sur la concentration souhaitée moins un

$$\text{Partes Totales (PT) (H}_2\text{O)} = \left[\frac{\% \text{ Concentré}}{\% \text{ Dilué}} \right] - 1$$

•

- Exemple: Préparer une solution diluée (0,1%) à partir d'une solution concentrée à 5%.

$$\text{Calculez PT(H}_2\text{O)} = \left[\frac{5,0\%}{0,1\%} \right] - 1 = 50 - 1 = 49$$

Prenez 1 part de la solution concentrée et ajoutez à 49 parts d'eau bouillie (filtrée si nécessaire).

- 3) La formule suivante permet de préparer une solution chlorée souhaitée à partir de la poudre sèche
 - La quantité de gramme de poudre à diluer dans un litre d'eau pour obtenir la concentration souhaitée est égale au rapport de concentration souhaitée sur la concentration de la poudre que l'on dispose multiplié par 1000 :

$$\text{Grammes/litre} = \left[\frac{\% \text{ Dilué}}{\% \text{ Concentré}} \right] \times 1000$$

Exemple: Préparer une solution diluée libérant du chlore (0,5%) à partir d'une poudre concentrée (35%).

$$\text{Calculez grammes/litres} = \left[\frac{0,5\%}{35\%} \right] \times 1000 = 14,2 \text{ g/l}$$

2. Ajoutez 14,2 grammes (≈ 14 g) à 1 litre d'eau.

Annexe2 Matériel de sécurité



(Fig 2) Pipeteur mécanique au laboratoire



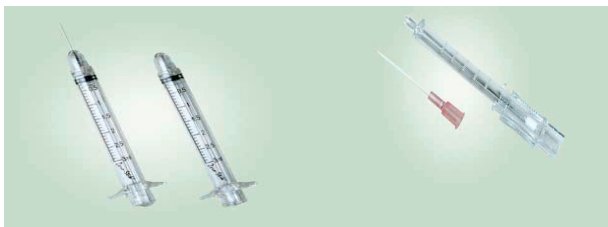
(fig 2).
Système de sécurité pour la
confection de frottis sanguins
sans ouverture du tube.



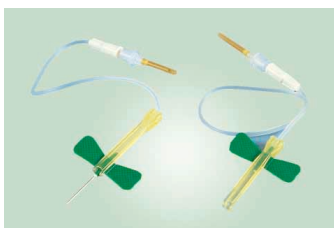
(Fig.3) Centrifugeuses à ouverture
automatisée



(fig 4 a)Seringues à injection avec dispositif de protection coulissant



(fig 4 b)Seringue avec dispositif de retrait de l'aiguille dans la seringue après injection.

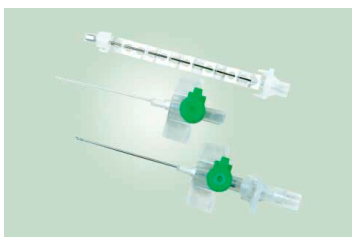


(fig 5) Butterfly avec protection coulissante de l'aiguille.



(fig 6 a) Cathéter intraveineux avec mandrin interne pouvant être avancé après usage





(fig 6 b) Cathéter intraveineux avec protection coulissante de l'aiguille

(fig 6 c) Cathéter intraveineux avec protection de l'aiguille par une gaine.



(fig 7) Masque pour la ventilation bouche à nez évitant un contact direct entre sauveteur et patient



(fig 8) Lancettes capillaires avec dispositifs de sécurité.



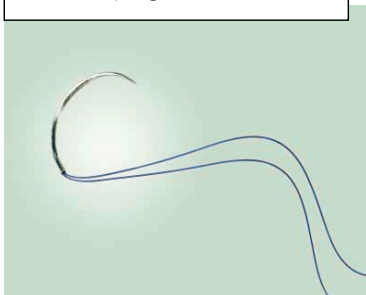
(fig 9) Adaptateur direct pour hémocultures



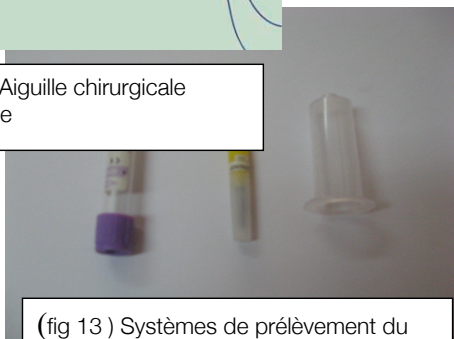
(fig 10) Seringue pour gazométrie munie d'un filtre empêchant la sortie du sang lors de la purge d'air.



(fig 11).Appareil permettant le retrait des aiguilles des systèmes implantés.



(fig 12).Aiguille chirurgicale mousse



(fig 13) Systèmes de prélèvement du sang sous vide

Annexe3 :

Liste des participants à la validation

N°	Noms et Prénoms	Structure	Fonction	Téléphone	Email
1	Dr KANHON Serges	PNPEC	Conseiller Technique	08 08 79 55	kkserges@gmail.com
2	Kouassi Boko Alexandre	CHU Cocody	Médecin Pneurologue	07 82 62 12	bokoalexandrekouassi@yahoo.fr
3	OUASSA Timothée	CeDReS	Pharmacien Biologiste	02 50 00 78	timoth2@yahoo.com
4	BAMBA Atta Kouassi	HAI-CI	Coordonnateur Soins et Soutien	67 60 01 15	atta.bamba@hai-ci.org
5	N'GORAN Kouadio Marc	EGPAF	Médecin Assistant Technique	45 76 19 63	kngoran@pedaids.org
6	OULIBLY Clémentine	JHPIEGO	Conseiller Technique	07 01 58 46	Clementine_oulibly@yahoo.fr
7	KOUAME N'Guetta Emmanuel	HG Abobo Nord	Médecin	07 07 31 64	kenkouamen@yahoo.fr
8	DIAKITE Coulibaly Nafissa	ACONDA-VS-CI	Médecin	40 18 57 90	naficoold@yahoo.fr
9	EBOUA Tanoh K.	CHU Yopougon	Médecin Pédiatre	05 90 71 26	ebouatk@yahoo.fr
10	ANI Alex	USAC	Médecin	05 08 12 11	Alexani_w@yahoo.fr
11	LADE Jacquelin Gémie	PNPEC	Pharmacien	01 88 68 95	lgemie@yahoo.fr
12	DADIE E. Alphonse	CHU Cocody (PPH)	Médecin	05 08 33 98/ 02 24 91 21	alphonsedadie@yahoo.fr
13	AYEKOE ADOU IGNACE	PNPEC	Médecin	40 17 62 71	ayekoeadou@yahoo.fr
14	N'DABIAN-BOGRO Denise	ICAP	Conseiller Technique	46 01 80 77	bn2192@columbia.edu

15	KABLAN Franck Olivier	URC	Conseiller Technique PTME	05 89 95 57	kablanf@yahoo.fr
16	TIAHOU G. Georges	DFR	MCA Médecin	02 02 48 76	tiahoug@yahoo.fr
17	ZADI Lognon Célestin	DIPE	Gestionnaire de Données	06 16 05 53	zadilognon@yahoo.fr
18	LOBOGNON O. Privat	PNLT	Médecin	01 51 05 57	lobognonprivat@yahoo.fr
19	KOUAKOUSSUI Alain	IYCN/PATH	Conseiller Technique	07 20 37 94	suialain@yahoo.fr
20	DAINGUY Marie Evelyne	CHU Cocody	Pédiatre	07 10 29 34	Marieve3med@yahoo.fr
21	FOLQUET AMORISSANI A. Madeleine	CHU Cocody	Pédiatre MCA		folquetamorissani@hotmail.com
22	ADIKO LEYO Christine	CHU Treichville	Médecin	06 38 10 63	christineleyo@yahoo.fr

Annexe 4 situations cliniques

Exercice 5 : Cas sur les AES

Décrire la conduite pratique de la prophylaxie par les ARV selon les situations

Repartir les participants en 3 groupes :

Le GPE 1 traitera les situations 1 et 2

Le GPE 2 traitera les situations 3 et 4

Le GPE 3 traitera les situations 5

Situation 1 : Le sujet victime est de sérologie VIH négative et le sujet présumé contaminant est, présent et sa sérologie VIH est négative

Situation 2 : Le sujet victime est de sérologie VIH négative et le sujet contaminant est VIH positif ou il est inconnu

Situation 3: Le sujet victime est de sérologie VIH négative et le sujet contaminant est présent et de statut indéterminé

Situation 4: Le sujet victime est de sérologie VIH positive

Situation 5 :

Situation 5.1: Le sujet victime est de statut sérologique inconnu ou refuse de faire le dépistage et

le sujet contaminant est VIH positif

Situation 5.2: Le sujet victime est de statut sérologique VIH indéterminé, et le sujet contaminant est VIH positif

Situation 5.3 : Impossibilité de réaliser le test dépistage.

Annexe 5 : aide mémoire du professionnel de la santé