

Guide de
l'infirmier
en situation isolée face au
VIH-SIDA
en Afrique subsaharienne

Connaissances et gestes pratiques

Ouvrage co-dirigé par :

Bernard Simon
Croix-Rouge française



Jean-Loup Rey
*Association pour la formation
permanente Développement et Santé*



Ont participé à cet ouvrage

Elodie Anthonioz	Croix-Rouge française, Paris, France
Pierre Aubry	Croix-Rouge française, St Jean de Luz, France
Christian Courpotin	Pédiatre, Paris, France
Marie Doutremepuich	Groupe d'Intervention en Santé Publique et Epidémiologie, Montpellier, France
Loïc Judeau	Croix Rouge française, Angers, France
Dominique Malègue	Développement et Santé, Paris, France
Christian Mongin	Développement et santé, Evry, France
Christian Mouala	Croix-Rouge française, Paris, France
Guy Patrick Obiang Ndong	Coordination nationale des CTA, Libreville, Gabon
Nadine Pigny	Mission Sud, Rouen, France
Isabelle Roustang	Prisonniers Sans Frontières, Paris, France
Zouhairat Said Omar	Croix-Rouge française, Libreville, Gabon
Jérémie Sibéoni	Croix-Rouge française, Paris, France

Les participants à l'atelier de relecture organisé à Libreville :

Agnamantsié Adélaïde, Avomo Léocadie, Bisso Albert, Bivilou Olga, Boukandou Jeanne, Boukinda M. Florence, Diop M. Louise, Efame Emmanuel, Issada Bernadette, Kissengori Félicité, Kodembe Juste, Koumba Olivier, Lissenguët Sylvie, Magale Emmanuelle, Magnemgue Laure, Matala Joseph, Mbatchit Pierre, Mboumba Ninon, Mitema Rosette, Moudinga Diane, Moulata Jacqueline, Nsoukoko Léonie, Nzé Nzé Florence, Obame Georgia, Ognanet Josiane, Okanwentyanda Lydie, Oyane Paulette, Oyono Yolande, Pambou Willy, Sossy Solange, Wavanahbehi Nathan animé par le Dr Guy Patrick Obiang Ndong, Dr Jean Loup Rey et Dr Christian Mongin.

Crédits iconographiques

Figures 2, 3, 4: J.-L. Rey – Figures 5, 6: A. Maké.

Guide de **l'infirmier**

en situation isolée face au

VIH-SIDA

en Afrique subsaharienne

Connaissances et gestes pratiques

Sommaire

Préface.....	6
Introduction.....	8
01 - Prévenir les nouvelles infections	10
Quelques rappels.....	12
Rappels sur la prévention de la transmission sexuelle du VIH	20
Le dépistage de l'infection par le VIH.....	32
La PTME – Prévention de la Transmission Mère-Enfant.....	38
Prévention des AES (accidents d'exposition au sang)	44
02 - Reconnaître les personnes infectées et affectées par le VIH	50
Toux.....	53
Fièvre.....	60
Diarrhée.....	69
Lésions cutanées.....	77
Ganglions (adénopathie, lymphadénopathie).....	87
Nausées/Vomissements.....	91
Lésions de la bouche.....	94
Céphalées = douleurs à la tête.....	99
Troubles urinaires, dysurie.....	104
Syndrome méningé.....	107
03 - Traiter.....	112
Prophylaxie par le cotrimoxazole (CTX)	114
Actions et surveillance infirmiers.....	115
Les IST (infections sexuellement transmissibles) ..	122
Médicaments des infections opportunistes (IO)....	133
Le traitement par anti rétroviraux (ARV) (ou HAART en anglais).....	137
Co-infection VIH – Tuberculose.....	143

04 - Prendre en charge globalement	156
Effets secondaires des ARV :	
quelques conseils simples.....	158
Conseils en alimentation pour une personne infectée par VIH.....	160
Prise en charge de la douleur chez les patients VIH+	165
L'observance	171
Soutien psychosocial des PVVIH.....	178
Le soutien communautaire (pour les patients affectés ou infectés par VIH)	183
Annexes	188
Annexe 1 : la flotille de l'espoir.....	190
Annexe 2 : le counseling.....	193
Annexe 3 : l'infection et la maladie dues au VIH ..	195
Annexe 4 : classification OMS en stades cliniques et conduite à tenir	198
Annexe 5 : indice de Karnofsky	199
Annexe 6 : les plantes médicinales	200
Annexe 7 : prescription du Cotrimoxazole chez le nourrisson et l'enfant.....	202
Index	203
Glossaire	206
Bibliographie	210

Préface

Quelque 33,4 millions de personnes vivent désormais avec le VIH dans le monde. Ce nombre a diminué de 17% au cours des huit dernières années, malgré 2,7 millions de nouvelles infections en 2008.

Actuellement, sur cinq nouvelles personnes infectées par le VIH, deux seulement sont mises sous traitement. Il faut donc continuer à se mobiliser pour lutter contre cette maladie, qui n'est plus une fatalité, même dans les pays les plus affectés, en Afrique ou ailleurs. Cependant, les progrès dans la prise en charge de la maladie ne profitent pas de la même façon à tous les malades, et il apparaît que les connaissances acquises sur la prise en charge ne sont pas diffusées aux soignants les plus proches des patients très défavorisés.

L'éthique et la solidarité imposent que les populations rurales aient un accès réel aux soins, mais aussi et surtout que les patients vivant en zone rurale bénéficient d'un accompagnement de qualité. Quelle meilleure garantie pour une personne atteinte du sida que de se savoir conseillée et soutenue par un agent de santé spécialement formé au traitement de sa maladie ?

Le présent guide a été élaboré dans cette perspective, afin de permettre à tout agent de santé vivant en zone isolée d'acquérir les compétences techniques nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des malades du sida dans son centre de santé et dans la communauté qu'il dessert. Il n'entre nullement dans l'objectif de cet ouvrage que l'agent de santé devienne un prescripteur d'antirétroviraux sans les prérequis minimaux d'un diagnostic biologique, mais celui-ci se doit d'être le référent de proximité le mieux informé sur la problématique du VIH-sida, que cela concerne la prise en charge globale du patient, les effets secondaires des ARV ou le continuum des soins, qui constituent autant d'éléments fondamentaux de la qualité de vie des personnes infectées par le VIH.

Auprès de l'agent de santé ainsi formé, le patient devrait trouver la confiance, le respect profond de sa personne, la certitude de la confidentialité sur sa maladie, une écoute attentive de ses problèmes, ainsi que la courtoisie, le dynamisme et la compassion indispensables dans la relation soignant-soigné.

Je tiens donc à remercier les auteurs de cet ouvrage et toutes les personnes qui ont contribué à sa publication. Ils ont compris que la formation de l'agent de santé constitue un élément indispensable à l'humanisation de la vie des personnes vivant avec le VIH dans les zones rurales isolées des pays en développement, cette humanisation constituant notre devoir premier en tant que soignants.



Professeur Jean-François Mattei

Ancien ministre de la Santé
Président de la Croix-Rouge française

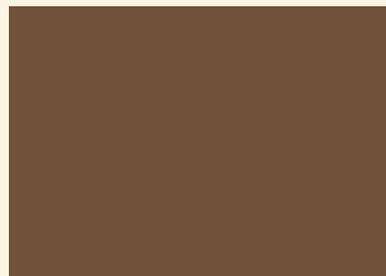
Introduction

Ce guide est destiné aux paramédicaux travaillant dans des dispensaires, hôpitaux de district, cases de santé ou toutes autres structures non spécialisées dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH-sida.

Il a pour ambition d'apporter les informations nécessaires afin de prévenir les infections, reconnaître les patients pouvant être infectés ou affectés par le VIH, traiter médicalement les infections associées et maladies opportunistes et aider à la prise en charge globale, à la continuité des soins et au suivi. Il est principalement orienté sur la prise en charge adulte. Ces quatre objectifs correspondent aux titres du sommaire : « prévenir », « reconnaître », « traiter » et « prendre en charge globalement ».

Dans le but de faciliter la prise en charge globale de l'individu, mais aussi et surtout de la rendre plus sûre, une aide diagnostique et thérapeutique est proposée dans ce guide. Il est proposé d'utiliser l'outil « algorithme » qui permet un lien logique entre l'observation clinique et la prise de décision.

Écrit avec la collaboration de *l'Association pour la formation permanente Développement et Santé*, ce guide a fait intervenir différents contributeurs et relecteurs.



01

Prévenir
les nouvelles
infections

Ce chapitre a l'ambition d'aider les infirmiers à mieux connaître l'épidémiologie et les modes de transmission afin d'avoir des actions efficaces pour favoriser la prévention. Il contient des rappels épidémiologiques et des notions essentielles pour la prévention des différents modes de contamination (rapports sexuels, sang, transmission mère enfant).

Quelques rappels

Définitions

L'infection par le VIH (type 1 ou 2) atteint le système immunitaire, qui est responsable de la défense de l'organisme contre les maladies infectieuses. Dans le cas du SIDA, ce sont les défenses cellulaires qui sont atteintes.

L'immunodéficience due au VIH est l'affaiblissement des défenses immunitaires provoqué par la destruction de certains lymphocytes (lymphocytes T4 ou CD4). Ces cellules portent en surface un antigène CD4. Le VIH reconnaît l'antigène CD4 et pénètre à l'intérieur des lymphocytes CD4 pour les infecter, ce qui entraîne, à plus ou moins long terme, leur mort. Il en résulte une déficience permanente et sévère du système immunitaire, l'individu devient plus sensible aux infections et développe des pathologies dites opportunistes.

L'épidémiologie étudie la fréquence et la distribution d'une maladie, ou d'un fait lié à la santé, au sein d'une population d'un territoire donné. Elle recherche les facteurs favorisant cette maladie et peut, par certaines méthodes, prouver l'existence d'un lien entre un facteur et une maladie.

La prévention comporte toutes actions dont le but est de supprimer ou de diminuer :

- l'exposition à un facteur favorisant la transmission de l'agent pathogène (prévention primaire);
- l'apparition de la maladie (prévention secondaire);

- la fréquence des complications ou des décès (prévention tertiaire).

Pour les maladies infectieuses, on considère qu'une chaîne épidémiologique est constituée par :

- un agent pathogène responsable de l'infection puis de la maladie et de ses complications (virus, bactérie, champignon ou parasite);
- un sujet infecté ou malade qui élimine cet agent pathogène (il est donc contagieux);
- un sujet réceptif, non immunisé, et qui, lorsqu'il est en contact avec l'agent pathogène, se contamine (l'agent pénètre dans son organisme et s'y multiplie).

La transmission d'un sujet à l'autre peut être :

- directe par voie aérienne;
- indirecte par l'intermédiaire d'un rapport sexuel, du sang, des mains ou de tout autre objet (de soin, de toilette, etc.);
- indirecte par vecteur : l'agent pathogène a un cycle de développement chez un animal avant d'être transmis à un autre sujet.

Objectifs infirmiers

L'infirmier doit connaître le mieux possible les principes épidémiologiques et les actions préventives relatifs au VIH afin de pouvoir répondre à toutes les questions que lui posent son entourage et les malades.

Il doit aussi être le moteur des actions de sensibilisation et d'information conduites dans sa zone d'intervention.

Rappel clinique

La **première phase** de l'affection est celle de l'infection par le VIH, le patient n'a pas de signes cliniques. Cette période peut être plus ou moins longue (5 à 10 ans). Elle peut débuter par un syndrome de primo-infection qui dure de 3 à 15 jours et qui passe le plus souvent inaperçu.

La plupart des personnes infectées par le VIH ignorent leur état.

Le test permettant de confirmer la présence d'anticorps ne devient positif qu'après 3 semaines, délai nécessaire à la fabrication des anticorps. Lors de cette période, dite «fenêtre muette» ou «fenêtre sérologique», les individus peuvent transmettre le virus à d'autres personnes.

Dans **un deuxième temps**, on assiste à la phase dite d'état, «SIDA» maladie, caractérisée par un ensemble d'affections pathologiques et une défaillance immunitaire plus marquée.

Modes de transmission de la maladie

Le virus VIH est un parasite strict de certaines cellules humaines, c'est-à-dire qu'il ne peut pas vivre longtemps en dehors de sa cellule hôte, dans un autre milieu ambiant.

Les cellules concernées sont essentiellement les lymphocytes T, porteurs du marqueur CD4.

La contamination peut se faire soit par transmission de ces cellules d'un sujet à un autre, soit par transmission du virus libre.

Le virus VIH est transmis essentiellement par voie sexuelle ; le plus souvent, les autres modes - par le sang et de la mère à l'enfant - sont secondaires à celui-ci.

LE VIH SE TRANSMET (uniquement) PAR :

- Rapports sexuels non protégés avec pénétration (par voie vaginale ou anale),
- Transfusion de sang ou de produits sanguins :
 - à partir d'un don de sang infecté par le VIH ou
 - par l'intermédiaire de matériel d'injection réutilisé sans stérilisation, comme les aiguilles ou des seringues.
- Transmission mère-enfant au cours de la grossesse, lors de l'accouchement ou pendant l'allaitement au sein.

La transmission sexuelle

La transmission est plus importante de l'homme vers la femme et par voie anale.

Les facteurs favorisants

- Les IST (infections sexuellement transmissibles) favorisent très fortement la contamination par le VIH.
- Inversement, l'infection par le VIH favorise les IST, particulièrement les IST ulcéraives et les infections à *Trichomonas* chez la femme.
- Rapports violents (viols), maladroits, rapides.
- Rapports au cours des règles.
- La non circoncision des hommes.
- Le stade de la maladie chez le donneur (si la virémie est élevée ou si le nombre de CD4 est bas).

- La contamination par un patient non traité par ARV par rapport à un patient traité.

Certains comportements favorisent les infections dans une population : nombre élevé de partenaires différents, fréquence des rapports sexuels, fréquentation des prostitués.

Mais aujourd'hui, la contamination la plus fréquente en Afrique est la transmission au sein de couples stables (mariés ou non) discordants.

Les couples dits séro-différents
Ce sont des couples dont un seul des membres est infecté (séropositif), l'autre ne l'étant pas (séronégatif). Ces couples peuvent être mariés (quel que soit le statut) ou non.
Pour ces couples, il est nécessaire de protéger les rapports sexuels avec des préservatifs (ou de s'abstenir). En cas de désir d'enfants, cela doit être discuté avec un médecin.

Le VIH ne se transmet pas par contacts, par voie digestive (sauf chez le nourrisson), par simples baisers, masturbation, etc.

Les particularités africaines

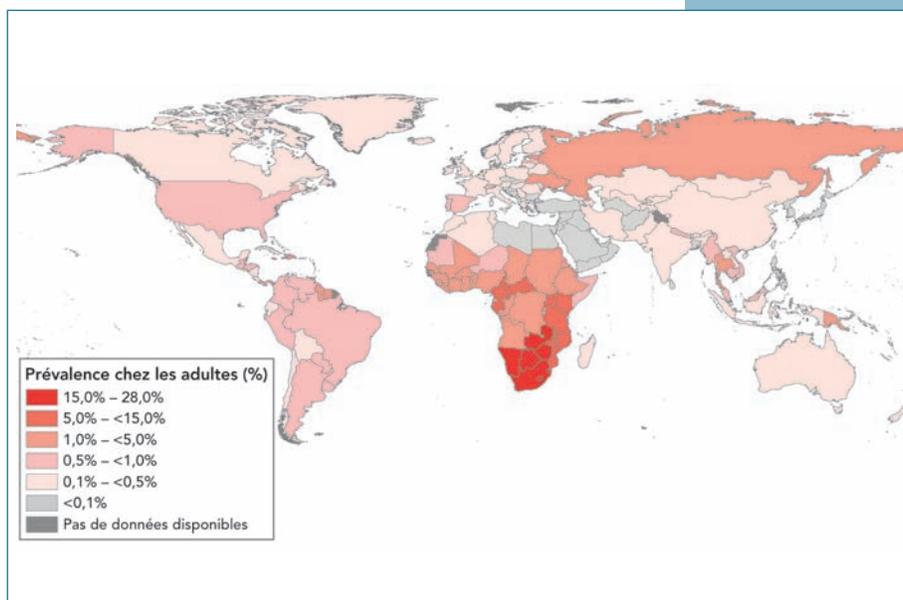
La situation en Afrique est très hétérogène comme le montre la carte ci-dessous : la séroprévalence va de 0,2% dans les pays du Maghreb et à Madagascar, à 30% dans certains pays est africains, en passant par des taux relativement bas au Sahel (1-2%) et plus hauts en Afrique centrale (7-9%).

Le continent africain est de loin le plus touché dans le monde, et il est admis que la dynamique de l'infection y a un visage particulier. **Pourquoi ?**

Les faits confirmés

- L'Afrique est le continent où le virus VIH-1 circule depuis le plus longtemps.
- L'Afrique est le continent où les 2 virus sont apparus et circulent depuis longtemps.
- La séroprévalence est d'autant plus élevée que la séroprévalence au virus herpès 2 l'est aussi.
- La séroprévalence est d'autant plus élevée que l'âge des conjoints lors du mariage est élevé et la différence d'âge entre femme et homme est grande (plus l'homme est âgé et la femme jeune, plus le risque est grand).

FIG. 1. Carte des taux de séroprévalence VIH des pays africains (rapport ONUSIDA 2008)



- La séroprévalence VIH est d'autant plus importante que le taux de circoncision des hommes est bas.

Particularités du VIH-2

- Transmissibilité < VIH-1
- Associé à une charge virale plus faible et une progression lente de l'immunodépression
- Co-infections VIH-1/VIH-2 fréquentes
- Détermination de la charge virale VIH-2 difficile
- Pas sensible aux ARV nucléosidiques ; résistance naturelle à certaines antiprotéases (nelfinavir)

La transmission mère enfant (TME)

Le virus peut passer la barrière placentaire d'autant plus facilement que le placenta est malade ; il peut contaminer l'enfant au cours de l'accouchement et il peut être transmis par voie digestive par le lait maternel (la quantité de virus dans le lait est proportionnelle à la quantité dans le sang).

Le taux de TME
Le taux de TME est le rapport entre le nombre d'enfants infectés par VIH sur le nombre d'enfants nés de mère séropositive.
Un enfant infecté est un enfant contaminé par le VIH. Avant 18 mois : il faut rechercher le VIH lui même par PCR Après 18 mois : on peut, comme chez l'adulte, faire le diagnostic sur les anticorps (enfant VIH séropositif).

Un enfant infecté est :

- un enfant VIH séropositif âgé de plus de 18 mois ou 3 mois après l'arrêt de l'allaitement maternel ou,
- un enfant plus jeune ayant eu une recherche de virus positive par PCR dès la naissance.

Avant toute intervention de prévention dans les années 1980, le taux de transmission par voie mère enfant était de 35 % dans les pays défavorisés et de 10-15 % dans les pays riches.

Il est actuellement quasiment nul dans les pays riches.

La transmission du VIH est de 10 % dans les dernières semaines de la grossesse, de 15 % pendant le travail et de 10 % pendant l'allaitement.

La transmission par le sang

La voie sanguine par injection de drogues est rare en Afrique.

La transmission par transfusion a beaucoup diminué mais la garantie d'un sang non contaminé n'existe que dans les banques de sang en Afrique.

L'importance de la transmission lors des soins est inconnue mais le risque pour le personnel soignant comme pour les patients est d'autant plus grand que la séroprévalence dans la population est élevée.

Rappels sur la prévention de la transmission sexuelle du VIH

Un chapitre est consacré plus loin à la transmission mère enfant (TME) et un autre à la transmission lors des soins, ce chapitre ne concerne que la transmission par voie sexuelle

Définitions

La prévention est définie par tout acte ou comportement destiné à supprimer ou à diminuer l'apparition d'une maladie et ses conséquences.

On définit :

- la prévention primaire : elle a pour but d'empêcher l'apparition de la maladie en réduisant la transmission de l'agent pathogène ou l'exposition à un facteur la favorisant ;
- la prévention secondaire : elle vise à retarder l'apparition et diminuer la gravité de la maladie au moyen d'un dépistage et d'une prise en charge précoces ;
- la prévention tertiaire : son objectif est la réduction de la fréquence des complications ou des décès.

Objectifs infirmiers

Il s'agit, pour l'infirmier, de développer les comportements de prévention dans la population dont il a la charge.

Les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle

En Afrique, c'est le premier mode de transmission par sa fréquence : de 80 à 90 % des cas. De plus, la quasi-totalité des cas de transmission par voie sanguine ou de la mère à l'enfant sont secondaires à une contamination sexuelle.

Le but de cette prévention (primaire) est d'empêcher le virus de passer d'un sujet à l'autre lors de rapports sexuels avec pénétration.

Nous avons vu plus haut, dans les rappels épidémiologiques, que s'il n'y a pas de pénétration (vaginale ou anale), le risque de transmission n'est pas prouvé ; il en est de même pour les rapports buccaux mais on applique le principe de précaution.

Classiquement, on parle (en français) de AFP « abstinence, fidélité, préservatif », de PAF « préservatif, abstinence, fidélité » ou de CFA « condom, fidélité, abstinence ».

Depuis deux ans, on envisage de nouvelles méthodes :

- d'une part des méthodes empêchant la contamination génitale ou agissant sur certains facteurs favorisants,
- d'autre part une prescription médicamenteuse administrée après un contact et destinée à empêcher le virus de se développer. On parle alors de « traitement préventif » ou de « prévention post-exposition ».

Les méthodes classiques utilisées depuis 30 ans et plus

L'abstinence

C'est la méthode la plus sûre et efficace à 100 % : si vous êtes seul (e) sur une île déserte, vous ne pouvez pas être contaminé (e) par voie sexuelle.

En revanche, dans la vie courante, elle est peu faisable ; mais comme cela est préconisé dans la stratégie de « La flottille de l'espoir » (voir annexe), elle est utilisée soit chez certains « religieux », soit pour de courtes périodes et « par nécessité » (voyages, maladies, absence du conjoint).

L'abstinence a été préconisée soit de façon exclusive, soit de façon privilégiée par certains programmes, en particulier celui du président Bush (PEPFAR). L'évaluation qui vient d'être faite montre que, aussi bien en Amérique qu'en Afrique, les jeunes ayant bénéficié de ces programmes n'ont pas de pratiques sexuelles différentes des autres jeunes (même nombre de rapports sexuels, même âge du premier rapport, même nombre de rapports non protégés).

Le préservatif masculin ou condom

C'est la méthode la plus utilisée et la mieux connue, et les preuves de son efficacité sont nombreuses.

L'efficacité « théorique » des préservatifs est excellente : lors des tests faits en laboratoire, elle est de plus de 99 %. Le préservatif ne laisse pas passer le virus.

Les problèmes d'efficacité rencontrés sont dus à une mauvaise utilisation ou à une conservation incorrecte.

Tous les préservatifs fournis par les circuits officiels (système de santé, pharmacies, programmes de lutte, associations reconnues) sont de bonne qualité.

Il faut vérifier :

- que la date de péremption n'est pas dépassée ;
- que le produit fait référence à des normes américaines, européennes ou japonaises ;
- qu'il a été conservé à l'abri du soleil et des températures élevées (< 35 °C) ;
- que les emballages sont intacts.

Plus les préservatifs sont et seront utilisés, plus on observe deux problèmes : les ruptures et les allergies au latex.

Les ruptures sont évitées par une bonne pratique d'utilisation (voir encadrés).

Conseils de bonne utilisation des préservatifs masculins

- Ouvrir l'emballage avec douceur.
- Dérouler le préservatif dans le bon sens sur le pénis en érection ; il se déroule correctement si on ne force pas.
- Ne pas se préoccuper du réservoir ni de préserver un espace.
- Le garder jusqu'à la fin de l'orgasme.
- Se retirer avant que le pénis ne redevienne mou et enlever le préservatif.
- Faire un noeud et le jeter dans une poubelle fermée par un couvercle.
- Les préservatifs sont à usage unique : ne jamais réutiliser un préservatif.
- Utiliser un lubrifiant spécifique à cet usage ou, à défaut, la salive.

Gestes à éviter pour un bon usage du préservatif masculin

- Ne pas utiliser les dents ou un instrument coupant pour ouvrir l'emballage.
- Ne pas manipuler le préservatif avant sa mise en place pour chercher le sens de déroulement ou préserver une poche d'air.
- Ne pas mettre deux préservatifs l'un sur l'autre ; deux masculins ou un masculin et un féminin.
- Ne pas utiliser un lubrifiant d'origine minérale (huile de mécanique, produit pour la peau, produit de rasage).
- Ne pas dérouler le condom dans le mauvais sens et forcer le déroulement.

L'allergie au latex oblige la personne a utilisé des préservatifs en matière plastique, difficiles à trouver en Afrique.

La fidélité

Elle consiste à avoir des rapports sexuels uniquement avec le même partenaire (ou les mêmes pour les ménages polygames).

Les deux partenaires doivent avoir le même statut sérologique : tous les deux négatifs.

La fidélité doit être réciproque, et chacun doit avoir confiance en l'autre.

Dans les couples sérodiscordants (l'un positif, l'autre négatif), la fidélité seule ne protège pas. Actuellement, c'est dans ces couples que la transmission est la plus fréquente en Afrique.

Le préservatif féminin

Il s'agit d'un étui en plastique que la femme introduit dans son vagin avant le rapport sexuel. La mise en place est similaire à celle d'un tampon périodique.

Avantages

- Il permet à chaque femme de gérer elle-même sa double protection (IST et grossesse non désirée). C'est la décision de la femme et son autonomie.
- Il se place à l'intérieur du vagin avant chaque rapport sexuel.
- Il peut être placé juste avant le rapport sexuel ou quelques heures plus tôt.
- Il doit être jeté après chaque rapport, il n'est pas réutilisable.
- Il peut rester dans le vagin après le rapport sexuel.
- Il est en plastique (polyuréthane) et non en latex ; il est donc utilisable même en cas d'allergie au latex.
- Le polyuréthane est plus robuste que le latex.
- Il peut être utilisé avec n'importe quel type de lubrifiant.
- Il convient à toute femme, même si elle porte un stérilet.
- Il se place en position assise, couchée, ou debout un pied posé sur une chaise, comme un tampon périodique.

Limites

- Sa mise en place nécessite un petit apprentissage. Il est recommandé de s'entraîner tranquillement à le placer.
- Il est plus cher que le préservatif masculin.

- Au moment du rapport, il faut s'assurer que le pénis entre bien dans le préservatif et non à côté
- Il ne doit pas être utilisé avec un préservatif masculin (frottement),

Toutes ces méthodes protègent également des autres IST et évitent les grossesses non désirées.

Les autres modes de prévention actuels

Diagnostic et traitement des IST : *voir fiches IST*

On sait que toutes les IST favorisent localement la contamination par le VIH. Aussi, les programmes de lutte contre le VIH/SIDA comportent un volet IST avec administration d'un traitement, systématique ou après diagnostic d'IST.

Ainsi, en Ouganda, il a pu être démontré que cette stratégie permettait de diminuer le nombre des nouvelles infections par le VIH.

Circoncision des garçons

Elle est envisagée selon les indications de l'OMS :

- si la séroprévalence VIH est supérieure à 5% ;
- si la fréquence de la circoncision traditionnelle est inférieure à 70%.

Il a été démontré que, si la séroprévalence à VIH est basse ou si la fréquence naturelle de la circoncision est élevée, un programme de promotion de ce moyen ne serait pas utile.

Le lien entre circoncision et séroprévalence basse est connu depuis longtemps (1986), mais on a dû attendre les résultats des essais « thérapeutiques » menés en République sud-africaine, en Ouganda et au Kenya pour que soit reconnu le rôle protecteur de la circoncision masculine (la circoncision diminue d'environ 50 % le risque de séroconversion chez l'homme). La circoncision n'a pas d'effet favorable chez la femme, comme cela vient d'être démontré en Ouganda.

Elle ne protège pas individuellement à 100 % et ne remplace donc pas les comportements préventifs, le port de préservatif en particulier.

Mais dans des programmes de lutte contre le VIH, la diffusion de la circoncision masculine est un moyen supplémentaire qui joue un rôle non négligeable.

Concrètement, la circoncision, si elle n'est pas faite traditionnellement avant, peut être proposée aux garçons vers l'âge de 14 ans, ou plus tôt si l'âge moyen du premier rapport est plus bas. Elle se fera dans des conditions d'hygiène et de soins de bonne qualité, c'est-à-dire dans des structures de santé reconnues, par des personnes formées et avec des moyens spécifiques.

Les « microbicides » ou « virucides »

Les premiers microbicides ou virucides visaient une large gamme d'agents pathogènes viraux et bactériens (microbes) et pas seulement le VIH, ils étaient aussi utilisés comme contraceptifs. Aucun de ces microbicides n'a démontré son innocuité et son efficacité contre le VIH. Actuellement, les recherches s'orientent vers des produits à base

d'antirétroviraux, dont un gel vaginal qui contient le ténofovir.

Vaccination et lutte contre l'herpès

Nous avons vu que la séroprévalence au virus Herpès 2 était très liée à la séroprévalence au VIH (voir rappels épidémiologiques plus haut). Des études sont en cours pour déterminer à quel moment et comment traiter préventivement l'herpès afin de diminuer le nombre des infections par VIH. Il faut définir l'âge de traitement par acyclovir (ou autre), et savoir s'il faut traiter tout le monde, ceux qui ont des signes ou seulement après sérodiagnostic.

D'autre part, de nombreux travaux sont actuellement développés dans le but de mettre au point un vaccin contre ce virus.

ARV en prophylaxie (ténofovir)

Un des nouveaux outils de prévention est, avec la circoncision et les microbicides, l'emploi par voie orale d'un antirétroviral, le ténofovir, en prophylaxie pré-exposition.

Des travaux réalisés en laboratoire ont montré qu'une souris traitée par ténofovir ne pouvait plus être infectée par le VIH. Des études menées chez l'homme ont montré une protection des sujets recevant du ténofovir. Des études sont en cours avec d'autres ARV.

NB : Pour tester une méthode préventive, il faut l'appliquer à des groupes de personnes ayant un risque élevé de contamination. En ce qui concerne le VIH, deux groupes sont dans cette situation : les prostitué(e)s de bas niveau économique ou les homosexuels masculins qui refusent les comportements préventifs (20% environ des homosexuels).

Actions et suivi infirmiers

Sensibilisation

L'infirmier doit sensibiliser tous ses patients et ses connaissances et promouvoir des conduites de prévention.

Il doit faire en sorte que ses patients se posent la question du dépistage du VIH et l'acceptent.

Il doit savoir conseiller la meilleure méthode pour chaque personne, sans *a priori*.

Il peut s'aider de la stratégie de «La flottille de l'espoir», acceptée par la très grande majorité des religieux. Le principe en est le suivant : il existe 3 moyens de prévention et l'important est d'en choisir un. Et surtout, il est possible et recommandé, si les circonstances de la vie l'imposent, de changer de moyen, mais il ne faut en aucun cas s'abstenir d'un comportement préventif (voir annexe «Flottille de l'Espoir»).

Connaissance des produits et de leur disponibilité

L'infirmier sera capable d'expliquer les modes d'emploi des préservatifs masculins et féminins et de répondre à la quasi-totalité des questions qui lui sont posées (il doit référer et savoir où référer en cas de situations particulières comme le désir d'enfant).

Il doit connaître les lieux où ces préservatifs sont disponibles, mieux il peut s'accorder avec les services de marketing social qui les vendent (PSI) ou les services qui les donnent (programme national SIDA, programme de SR) pour les distribuer dans son dispensaire.

Dépistage et traitement

L'infirmier doit dépister et traiter tous les patients ayant des IST, sans juger et sans oublier de traiter le(s) partenaire(s), puis conseiller un dépistage VIH et revoir avec la personne les comportements de prévention.

Enfin, il doit sortir de son dispensaire et faire de l'information-sensibilisation dans sa communauté (réunions de quartier, dans les communautés villageoises, les écoles et collèges, les coopératives, etc.).

FIG. 2. Gabon 2004



FIG. 3. Gabon 2002



Quelques questions/réponses sur le préservatif

Questions	Réponses
Le préservatif rend-il stérile ?	Non, le port du préservatif n'influe pas sur la santé du porteur, même si un rapport sexuel avec préservatif est stérile (les spermatozoïdes ne passent pas)
Quand on utilise le préservatif, la femme ne risque-t-elle rien pour sa santé ?	Il s'agit d'une croyance traditionnelle que le sperme est nécessaire à la santé de la femme. En fait le sperme reste dans le vagin et n'est pas diffusé dans le reste de l'organisme féminin.
Les préservatifs envoyés en Afrique ne sont-ils pas trop petits ?	En fait, il n'y a que 2 tailles et tous les préservatifs en Afrique sont de grande taille. Même s'il serre, un préservatif peut contenir plus de 30 litres de liquide alors qu'une éjaculation est de 5 ou 6 cl.
Que faire si un préservatif se rompt ?	Il faut tout de suite se retirer et les 2 partenaires doivent faire une toilette intime énergique. Dans certaines villes, il existe des services qui peuvent prendre en charge ces cas.
Et si le préservatif reste dans le vagin ?	Ce n'est pas grave, la femme pourra l'enlever sans difficultés. Pour éviter cela, il faut se retirer quand le pénis est encore dur, et il est possible de serrer la base du pénis en se retirant.
Le port du préservatif retarde-t-il l'éjaculation ?	C'est vrai, mais dans de petites proportions et le plaisir en est plus grand.
Avec le préservatif, les sensations sont-elles diminuées ?	Le port du préservatif diminue un peu les sensations mais rapidement on n'en a plus conscience et les condoms récents sont très fins.
La femme peut-elle refuser un rapport sans préservatif ?	Oui, elle peut et doit refuser et l'homme doit respecter ce droit. Elle a le droit de refuser tous les rapports sexuels.

Le dépistage de l'infection par le VIH

Le dépistage est un élément majeur de la lutte contre VIH/SIDA.

Il comprend des analyses biologiques sur un échantillon de sang, et des entretiens avec une équipe pluridisciplinaire du centre de dépistage.

Rappel : lors du test, on recherche des anticorps fabriqués par l'organisme contre le VIH et non le virus lui-même.

Le rôle central de l'infirmier face au dépistage

L'infirmier travaillant dans un centre de santé ou dans un dispensaire a un **rôle primordial** en matière de dépistage du VIH. C'est lui qui va proposer de réaliser un test de dépistage à la personne qui vient consulter pour des motifs pouvant être en lien avec le VIH.

Il doit, par des paroles simples et une relation de confiance avec l'utilisateur, inciter au dépistage.

Les tests de dépistage ne sont en général pas réalisés au sein du dispensaire, le patient doit donc être référé par l'infirmier au centre de dépistage ou à l'hôpital le plus proche.

Dans l'optique d'une prise en charge de qualité, l'infirmier doit :

- Connaître les sites de dépistage les plus proches;
- Prendre contact avec l'équipe chargée du dépistage (l'idéal étant de la rencontrer);
- Se renseigner sur le coût éventuel d'une sérologie VIH et sur les horaires d'ouverture au public;
- Assurer des transmissions orales et écrites, en respectant la confidentialité pour tous les malades adressés pour un test VIH (bulletins dans des enveloppes fermées);
- S'inscrire comme élément d'un réseau de santé avec la connaissance des relais, associations et structures de soins susceptibles d'accompagner économiquement et socialement la personne.

***Counseling* et soins infirmiers**

Définition

Il s'agit d'un ensemble de pratiques basées sur l'orientation, la relation d'aide, l'information, le soutien psychologique.

Le *counseling* consiste à mobiliser et à renforcer les ressources individuelles de chaque patient ainsi que ses capacités à surmonter des situations difficiles en trouvant en lui les réponses adaptées à sa situation de vie.

Il est important pour l'infirmier de ne pas choisir des solutions à la place de la personne.

Counseling pré et post-test

Le rôle de l'infirmier avant et après le dépistage est prépondérant. Il doit établir avec l'usager un lien de confiance et adopter une attitude fondée sur l'écoute et la relation d'aide.

Les activités en lien avec le dépistage sont encadrées par des principes fondamentaux auxquels l'infirmier ne peut déroger, c'est-à-dire :

- Le consentement libre et éclairé du patient : le soignant doit s'assurer que la personne a donné son accord. Pour cela, l'infirmier doit donner au préalable des explications sur le déroulement du test, ses avantages, ses contraintes et ses conséquences.

NB: Il est maintenant admis que, si le patient est informé et qu'il ne manifeste pas un refus du test, on considère qu'il est d'accord.

- La confidentialité et la discrétion : les informations relatives à l'état de santé du malade ne doivent en aucune manière être connues de tiers non engagés dans le secret. Les dossiers infirmiers et médicaux doivent être stockés en lieu sûr.

Le devoir de confidentialité au quotidien

Lorsque des informations sont données au patient sur son état de santé, il faut :

- s'installer avec le patient dans une pièce prévue à cet effet
- et en fermer la porte

S'il n'y a pas de possibilité de pièce spécifique, il faut :

- se mettre à l'écart dans un endroit calme,
- ne pas parler fort, parler normalement,
- faire attention à ce que personne ne vous écoute.

Lorsque vous parlez d'un malade à un collègue :

- ne parlez pas de vos patients à des personnes qui ne feraient pas partie de l'équipe médicale,
- assurez-vous que les informations que vous donnez à vos collègues ne vont servir qu'à favoriser la prise en charge du malade,
- soyez en accord avec le patient sur le fait que l'information pourra être partagée entre soignants.

Lorsque la famille demande des informations, il faut :

- les donner uniquement en présence du malade, et avec son accord
- si le malade refuse de partager avec la famille, ne rien dire mais écouter la famille ou les proches et établir une relation d'aide, les soutenir.

Stockage des données :

L'infirmier est responsable des données médicales, sociales et personnelles qu'il recueille et qu'il entrepose.

Le dossier de soins du malade doit être rangé avec tous les dossiers du centre de santé dans un endroit spécifique où seule l'équipe médicale peut avoir accès. Les feuilles de résultats d'examens complémentaires seront, elles aussi, classées dans ce dossier.

Aucun document comportant le nom du malade et des informations le concernant ne doit rester dans un lieu où il peut être lu par une tierce personne (ex. sur un bureau, une chaise, un comptoir...).

Le devoir de confidentialité doit s'appliquer en toutes circonstances, pour toutes les pathologies, et pas uniquement pour le VIH.

ATTENTION :

Ne pas dire le nom des traitements donnés à un malade à d'autres personnes que le patient et l'équipe de soins. En effet, par le traitement administré, ces personnes pourraient reconnaître le diagnostic d'infection à VIH.

ARV = SIDA

En règle générale :

- Faire preuve de discrétion;
- **Confidentialité = Confiance.** Si vous respectez ces règles, le malade pourra vous parler librement de sa maladie, de ses difficultés et de ses peurs. Vous serez plus à même de l'accompagner dans une dynamique de soins. *«Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance, de confiance sans secret.»*

Les objectifs infirmiers en lien avec le dépistage

L'infirmier doit :

- Encourager chaque patient à se faire dépister, même s'il n'a pas de signes en faveur d'une infection par VIH.
- Favoriser les changements de comportements pour éviter la transmission du VIH.
- Proposer un soutien psychologique.
- Répondre au mieux aux questions des patients en leur apportant des réponses claires et précises,
- Connaître ses limites. Savoir adresser la personne aux structures compétentes lorsque les questions des patients dépassent les compétences des infirmiers.
- Accompagner la personne après l'annonce du diagnostic.

Accompagnement des personnes séronégatives pour VIH

L'annonce d'un résultat négatif pour VIH à une personne est un acte majeur, cet acte est souvent sous estimé et «négligé». C'est un acte majeur car c'est une occasion unique pour cette personne de réfléchir à ses comportements et aux moyens à mettre en oeuvre pour rester négatif.

L'annonce d'un résultat négatif pour VIH doit s'accompagner de :

- proposition de refaire si possible le test 3 semaines après pour vérifier que le premier test n'a pas été fait dans la période de fenêtre sérologique (période entre la contamination et l'apparition des anticorps)
 - *donner un rendez vous.*
- invitation à refaire le test si une prise de risque est apparue
 - *donner les lieux et horaires des centres de dépistage.*
- discussion sur le test et ce qu'il signifie (présence d'anticorps prouvant une contamination et donc la possibilité de contaminer d'autres)
 - *à partir du geste positif qu'est la demande de test faite, inciter à poursuivre ce comportement responsable.*
- discussion sur les modes de contamination
 - *vérifier les connaissances de la personne.*
- examen avec la personne des comportements favorisant la contamination et en particulier ceux qui concernent la personne
 - *à partir des raisons pour lesquelles le patient a fait un test, analyser les comportements.*
- dialogue avec la personne sur les moyens de prévention disponibles pour elle et leur application réaliste
 - *discuter des avantages et inconvénients de tous les moyens accessibles.*
- dialogue sur les modalités d'emploi des différents modes de prévention.
- invitation à participer à la lutte communautaire contre le VIH/SIDA
 - *parler du soutien aux personnes infectées, à la nécessité de non discrimination, etc.*

- Identifier les problèmes personnels de chaque patient en lien avec le retentissement social de la maladie.
- Mettre en place un suivi régulier du patient.
- Informer la personne des réseaux de soins et d'accompagnement existants et proches de son domicile.

La PTME – Prévention de la Transmission Mère-Enfant

Définitions

La Transmission de la Mère à l'Enfant (TME) est la contamination du fœtus ou de l'enfant par une mère infectée par le VIH. En Afrique, c'est, par sa fréquence, le deuxième mode de transmission.

La Prévention de la TME comporte donc toutes les actions permettant de diminuer ou d'empêcher cette transmission.

La question ne se poserait bien sûr pas si la femme n'était pas infectée, aussi faut-il rappeler que le mieux est d'éviter la contamination des mères (voir plus haut «Prévention de la transmission sexuelle»).

La PTME est une priorité pour la plupart des gouvernements africains et des bailleurs, tant il est dramatique pour une mère de transmettre ce virus à son enfant.

La PTME est une suite d'interventions en cascade, dont chaque étape dépend de la réalisation de la précédente.

Ces différentes étapes sont :

- 1. Présentation à une consultation prénatale (CPN)
- 2. Proposition et acceptation d'un test de dépistage VIH. Si possible proposition du test au partenaire ou conjoint
- 3. Réalisation du prélèvement et du test
- 4. Remise du résultat du test (counseling post-test)
- 5. Conseils aux femmes séronégatives pour qu'elles le demeurent
- 6. Conseils aux femmes séropositives et proposition de traitement préventif de la TME
- 7. Réalisation du traitement PTME
- 8. Suivi des mères après l'accouchement
- 9. Suivi des enfants nés et de la fratrie = la PTME ne se termine qu'avec la connaissance du statut infectieux de l'enfant (infecté ou non)

Objectif du soin

L'infirmier doit accompagner et convaincre les mères d'effectuer toutes les étapes ci-dessus. A chaque étape, une partie des femmes sont perdues de vue et, au fur et à mesure que l'on progresse dans l'échelle, le nombre de femmes bénéficiant de ce programme diminue. C'est pourquoi il faut mettre un accent tout particulier sur les premières étapes, et considérer que la nécessité de traiter des nouveau-nés infectés est un échec de la prévention, ce qui ne devrait plus exister.

Gestes et surveillance infirmiers

La plupart des études évaluatives ont montré que, pour améliorer le résultat global, il est essentiel d'intervenir sur l'accueil, les délais, la qualité des CPN, les conditions de prélèvement et de réalisation des examens de laboratoire, le circuit des femmes entre leur arrivée et leur départ du centre, etc.

Connaissance du statut sérologique

La grossesse est un temps privilégié pour connaître son statut sérologique. La proposition et la réalisation d'un test de dépistage représentent l'action la plus importante de la PTME.

Il faudrait que soit proposé un test à toute femme enceinte venant à une CPN et ce, dans le bilan clinique et biologique standard de toute CPN.

L'infirmier doit donc :

- agir pour que toute femme enceinte soit testée lors de sa première CPN. Il doit donc connaître les centres de PMI où cet examen est proposé et/ou réalisé.
- s'assurer que toute femme enceinte venant à sa consultation, pour quelque motif que ce soit, a eu un test VIH au cours de sa grossesse et en connaît le résultat.

Dans un centre PMI, il est maintenant admis que le test VIH fait partie du bilan habituel d'une grossesse. Les femmes sont informées de la pratique de ce test et, si elles ne manifestent pas leur opposition, il est considéré qu'elles l'acceptent.

Le premier effet d'une action de PTME est la remise de ces résultats aussi bien pour les femmes séropositives que (et surtout) pour les femmes séronégatives. L'annonce du résultat est, pour une femme séronégative, un moment très important. Il faut discuter avec elle des risques qu'elle peut encourir et des moyens à utiliser pour rester séronégative (voir fiche « Dépistage »).

Bien expliquer à la mère le risque qu'il y aurait pour l'enfant de se contaminer pendant la grossesse (primoinfection en cours de grossesse, risque majeur de contamination pour l'enfant).

C'est aussi le moment où l'on doit inciter le partenaire à réaliser le test si cela n'est pas encore fait.

Intervention de PTME pour les femmes infectées (prévention primaire directe)

Une fois cette étape franchie, il faut spécialement s'occuper des femmes enceintes séropositives au VIH.

Il faut se rappeler (voir fiche « Epidémiologie ») que le virus VIH est transmis au cours du dernier semestre de la grossesse, lors de l'accouchement et durant les premiers mois de la vie, essentiellement par le lait maternel. Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant (proportion du nombre d'enfants infectés par rapport au nombre d'enfants nés de mère séropositive) est en Afrique de 35 % sans intervention : 10 % sont contaminés dans les dernières semaines de la grossesse, 15 % pendant le travail et 10 % pendant l'allaitement.

La prévention consiste donc d'une part à prescrire des ARV, d'autre part à protéger l'allaitement maternel.

Chez la mère, il est recommandé d'utiliser une bi ou une trithérapie à partir de la 14^e semaine ou le plus tôt possible après cette date chez l'enfant, durant le premier mois de vie. Il est impératif de suivre les recommandations du programme national, qui peuvent légèrement varier selon les pays.

L'infirmier a un rôle primordial pour convaincre la femme de la nécessité de suivre ces prescriptions «à la lettre», tant pour les doses que pour les horaires ou la durée du traitement.

Il peut et doit aider à l'observance de ce traitement (voir plus loin «observance»).

Pour la transmission par le lait maternel, le problème est plus difficile. L'interdiction de l'allaitement maternel pourrait apparaître comme une solution idéale, mais en fait elle pose de nombreux problèmes en Afrique : coûts directs et indirects (pour un mois, le coût du lait artificiel dépasse celui du traitement par ARV), discrimination, exclusion, divorce, difficultés avec la belle-famille, complications liées à l'allaitement artificiel (diarrhées, malnutrition), etc.

De plus l'allaitement artificiel doit être exclusif et la mère ne doit jamais donner le sein.

De récentes études ont montré que l'allaitement maternel strict pouvait être préconisé sans augmenter de façon très importante le risque de transmission : mais la condition est un allaitement maternel **strict**, ce qui n'existe jamais. Ces études ont indiqué que l'allaitement mixte était celui qui favorisait le plus la transmission par le sein, ce qui pose de nombreux problèmes pour la période de sevrage.

Actuellement, on recommande associé à l'allaitement maternel protégé, c'est-à-dire exclusif, une trithérapie de la mère pendant le dernier trimestre de la grossesse, à poursuivre pendant toute la durée de l'allaitement maternel qu'on conseille de 6 mois.

Interventions pour les nouveau-nés infectés (prévention secondaire)

Cette dernière étape comporte le suivi et la prise en charge des nouveau-nés contaminés, c'est-à-dire des échecs. Elle sera réalisée par des services spécialisés. Il faut donc les connaître et en rencontrer les responsables à l'avance.

Parallèlement, il faut s'assurer que la femme est correctement suivie afin de la traiter par ARV dès que cela est nécessaire.

Par rapport à l'allaitement, l'infirmier doit aider la mère à faire le choix d'un mode d'allaitement entre l'allaitement maternel protégé ou l'allaitement artificiel.

Si la mère a choisi un allaitement artificiel, il faut s'assurer que le lait et le matériel sont fournis gratuitement et que la femme suit régulièrement des séances de formation.

L'infirmier intervient :

- en aidant la femme à disposer des moyens et des compétences nécessaires à cet allaitement ;
- en identifiant les problèmes qu'elle peut rencontrer ;
- en convaincant le partenaire ou la famille de la nécessité de pratiquer cet allaitement ;
- en vérifiant régulièrement les pratiques de préparation des biberons.

Prévention des AES (accidents d'exposition au sang)

Définition des AES

Toute blessure percutanée (piqûre ou coupure traversant la peau) ou tout contact d'une muqueuse ou d'une peau non intacte (abrasion, dermatose) avec du sang, des tissus ou des liquides biologiques susceptibles de contenir un microorganisme pathogène (bactéries, virus ou parasites).

Les causes en sont les accidents de « travail », le partage de seringues, les piqûres avec des seringues abandonnées et les morsures.

Objectifs

1. Eviter les contaminations au cours des activités de soin :
 - Dans le sens patient = > personnel de santé
 - Dans le sens soignant = > patient (ce qui engage la responsabilité du soignant)
2. Prendre en charge le plus efficacement possible les accidents d'exposition

Pour ce 2^e objectif, l'infirmier devra connaître à l'avance les règles de prise en charge de son pays et les structures de référence les plus proches de son lieu de travail ou de résidence.

D'abord prévenir les contaminations lors des soins

Principaux agents en cause

Principalement : VIH (SIDA), virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC).

NB. : les virus autres que VIH sont souvent considérés comme moins importants alors qu'ils peuvent avoir des conséquences très graves sur la santé des contaminés, de plus il peut y avoir des transmissions multiples.

Autres agents : *Plasmodium* (paludisme), *Treponema pallidum* (syphilis), virus des fièvres hémorragiques (Ebola, Lassa, Marburg,...).

Les risques de transmission par AES

Virus	VIH	VHC	VHB
Risque après AES	0,3%	3%	30%
Evolution chronique	100%	60-80%	10%
Prophylaxie	oui	non	oui

Pour éviter la transmission d'agents pathogènes lors d'activités de soins, il faut suivre les précautions universelles de soins (PUS).

Précautions universelles de soins (PUS)

1. Lors de tout contact ou risque de contact :
 - se laver les mains
 - couvrir toute plaie par un pansement
 - ne jamais plier ou recapuchonner une aiguille
 - jeter immédiatement tous les instruments piquants ou coupants
 - se protéger des projections
 - décontaminer immédiatement
2. Utilisation de conteneurs adaptés pour déchets contaminés
3. Port de gants
4. Utilisation de systèmes de prélèvement et de cathéters protégés

Que faire en cas d'AES?

Interrompre le soin immédiatement et

- Laver à l'eau et au savon, rincer et sécher ;
- Ne pas faire saigner, ne pas comprimer la zone de piqûre ;
- Tremper la partie exposée dans une solution inactivant le VIH pendant 5 minutes (liquide de Dakin, eau de Javel à 12° diluée au 1/10^e) ;
- Poser un pansement imprégné de liquide de Dakin ;
- Connaître la sérologie du patient source ;
- Déclencher la démarche pour une éventuelle chimioprophylaxie.

Prendre des dispositions médico-légales

- Certificat médical initial ;

- Déclaration auprès de l'employeur et de la Caisse nationale de Sécurité sociale (dans les 24 heures);
- Sérologie VIH initiale avant le 8^e jour, sérologies aux 3^e et 6^e mois (+ sérologies VHB et VHC);
- Information du médecin du travail ou du médecin référent des AES.

Chimioprophylaxie

La décision est prise en fonction de l'histoire naturelle de l'infection à VIH.

Se poser trois questions

	OUI	NON
Délai < 48 heures		
Exposition +		
Source VIH + ou inconnu*		

- Si oui aux 3 questions → traiter.
- Si non à 1 question → le traitement n'est *a priori* pas justifié.

* Source VIH +

- piqûre ou coupure : prophylaxie recommandée;
- exposition cutanéomuqueuse : prophylaxie recommandée si durée d'exposition prolongée (> 15 min);
- autres expositions (morsures, contact sanguin sur peau non lésée...) : prophylaxie non recommandée.

* Source VIH inconnu

- piqûre ou coupure après un geste par voie IV ou IA : prophylaxie recommandée si le patient source

utilise des drogues par voie IV ou vit dans une communauté où l'épidémie est généralisée

- autres expositions : prophylaxie non recommandée

Jamais de traitement si :

- le patient source a une sérologie VIH négative connue
- le personnel victime a une sérologie VIH positive avant l'AES

Si le traitement est décidé

- le traitement doit être débuté dans les 48 heures
- la durée du traitement est de 4 semaines
- le choix des molécules est fait selon les recommandations nationales

Conseils accompagnant le traitement prophylactique

- Pas de grossesse dans les 6 mois suivants : contraception nécessaire
- Rapports protégés pendant 6 mois (même avec le conjoint)
- Pas de don de sang ni d'allaitement pendant 6 mois

Rappeler que la prophylaxie n'est pas efficace à 100%.

Suivi

- J 0 - J 8 : sérologies VIH et VHB (VHC si possible);
- J 15 : suivi clinique de la tolérance;
- M 1 : surveillance biologique des effets secondaires;
- M 3 et M 6 : sérologie VIH.

Au total, les accidents d'exposition au VIH :

- sont fréquents ;
- sont traumatisants pour le personnel soignant ;
- peuvent être minimisés par les mesures générales de prévention des infections ;
- l'évaluation du risque est une étape primordiale ;
- la chimioprophylaxie est réservée à un petit nombre.

02

Reconnaître
les personnes
infectées
et affectées
par le VIH

Ce chapitre utilise des algorithmes ou ordinogrammes, certains disent «du signe au médicament».

Les objectifs des algorithmes sont de :

- améliorer la qualité du diagnostic
- garantir un traitement adéquat
- rationaliser l'utilisation des médicaments essentiels
- utiliser aux mieux les ressources disponibles.

Cet outil est fait pour aider l'infirmier ; un algorithme ne peut pas répondre à toutes les situations, l'infirmier doit décider parfois. Mais le plus souvent suivre l'algorithme l'aidera à prendre la meilleure décision pour le patient.

Ce chapitre décrit 10 signes ou symptômes qui sont le plus souvent présents dans le cadre de l'infection VIH, mais ils ne sont pas spécifiques de cette infection. Les algorithmes peuvent (doivent) donc être utilisés pour tous les patients.

Les signes décrits dans ce chapitre sont, plus ou moins par ordre de fréquence dans l'infection et la maladie VIH :

- toux
- fièvre
- diarrhée
- lésions cutanées
- ganglions
- nausées, vomissements
- lésions de la bouche
- céphalées
- troubles urinaires
- syndrome méningé

Toux

Définition

La toux se définit par une expulsion brutale et sonore d'air par les voies respiratoires supérieures. Elle peut s'accompagner de douleur thoracique et/ou de difficultés respiratoires et/ou d'expectorations (crachats).

L'objectif du soin est de permettre au patient de retrouver une fonction respiratoire normale (il respire sans douleur, sans toux et avec une fréquence normale).

Toux aiguë

Toute toux qui dure plus de 3 jours et moins de 2 semaines.

Gestes et surveillance infirmiers

Les manifestations respiratoires (toux, douleur thoracique, difficultés respiratoires) sont angoissantes pour le patient. C'est pourquoi, il faut le rassurer et lui offrir des conditions de confort maximal en fonction des ressources disponibles.

Gestes à accomplir

1. Prendre les constantes : la température, la fréquence respiratoire, la tension artérielle, le pouls ;
2. Examiner les téguments à la recherche d'une cyanose des extrémités ;
3. Examiner l'état de conscience.

L'existence de signes de gravité doit entraîner une évacuation immédiate vers le centre de santé de référence. Ce sont :

- Fréquence respiratoire supérieure à 30 par minute
- Cyanose des extrémités (les ongles, les lèvres, la muqueuse buccale prennent une couleur bleu gris)
- Tirage costal et battement des ailes du nez
- Fréquence cardiaque supérieure à 125 par minute
- Troubles de la conscience

La vigilance doit être renforcée pour les patients drépanocytaires, insuffisants cardiaques et ceux infectés par VIH.

Chiffres normaux *			
Fréquence	Adulte	Enfant	Nouveau-né
cardiaque	60-90 battements/ minutes	70-100/ min	120-140/min
respiratoire**	12-20 cycles/ minutes	20-40/ min	40-50/min

* Valeurs normales au repos, sachant que la fréquence est fortement augmentée par la fièvre ou l'agitation.

**Compter le nombre de soulèvements du thorax pendant 30 secondes et le multiplier par 2.

Lors d'une mise en observation au dispensaire

ou d'une prise en charge à domicile, il faut :

- Installer le patient en position demi-assise, c'est-à-dire le buste surélevé. Placer des coussins ou des draps roulés sous son dos. Attention de ne pas utiliser de moyens qui pourraient le blesser.

- Mettre à sa disposition un récipient avec un couvercle dans lequel il pourra cracher.
- Si la personne est alitée, l'aider à se mobiliser dans le lit, à s'asseoir, à se retourner... cela diminuera l'encombrement pulmonaire.
- Apprendre au patient à respirer profondément et à expectorer.
- Il est possible de comprimer légèrement le thorax en cas de douleur intense lors des épisodes de toux.
- Mettre le malade dans une pièce aérée et ensoleillée.
- Conseiller au patient de boire de l'eau et des boissons chaudes qui permettront de fluidifier les sécrétions.
- Pratiquer des inhalations avec de la vapeur d'eau (récipient d'eau chaude bouillie + linge propre sur la tête) pour fluidifier les crachats épais.
- Si le patient a mal à la gorge : pressez un citron et ajoutez-y du miel. Il pourra prendre une grande cuillère de ce mélange aussi souvent que cela est nécessaire.

Le soin sera efficace si la toux disparaît et le patient retrouve une respiration normale.

Toux chronique

Définition : toute toux qui dure 2 semaines et plus

Il faut se rappeler que :

- toute toux qui dure plus de 15 jours doit faire réaliser un examen de crachats à la recherche de BAAR;
- toute toux qui dure plus de 8 jours doit conduire à réaliser une sérologie VIH.

Utilisation des crachoirs

L'objectif est d'éviter que le patient (et tous autres personnes) ne crache par terre

- Les crachoirs doivent être accessibles et sûrs
- Privilégier les récipients jetables (incinérables)
- Les récipients doivent être munis d'un couvercle
- Ils doivent être changés et incinérés tous les jours
- Si le récipient est métallique, il faut le vider et le désinfecter tous les jours (avant de le vider, neutraliser les crachats avec de la soude, du crésyl ou de l'eau de Javel pure).

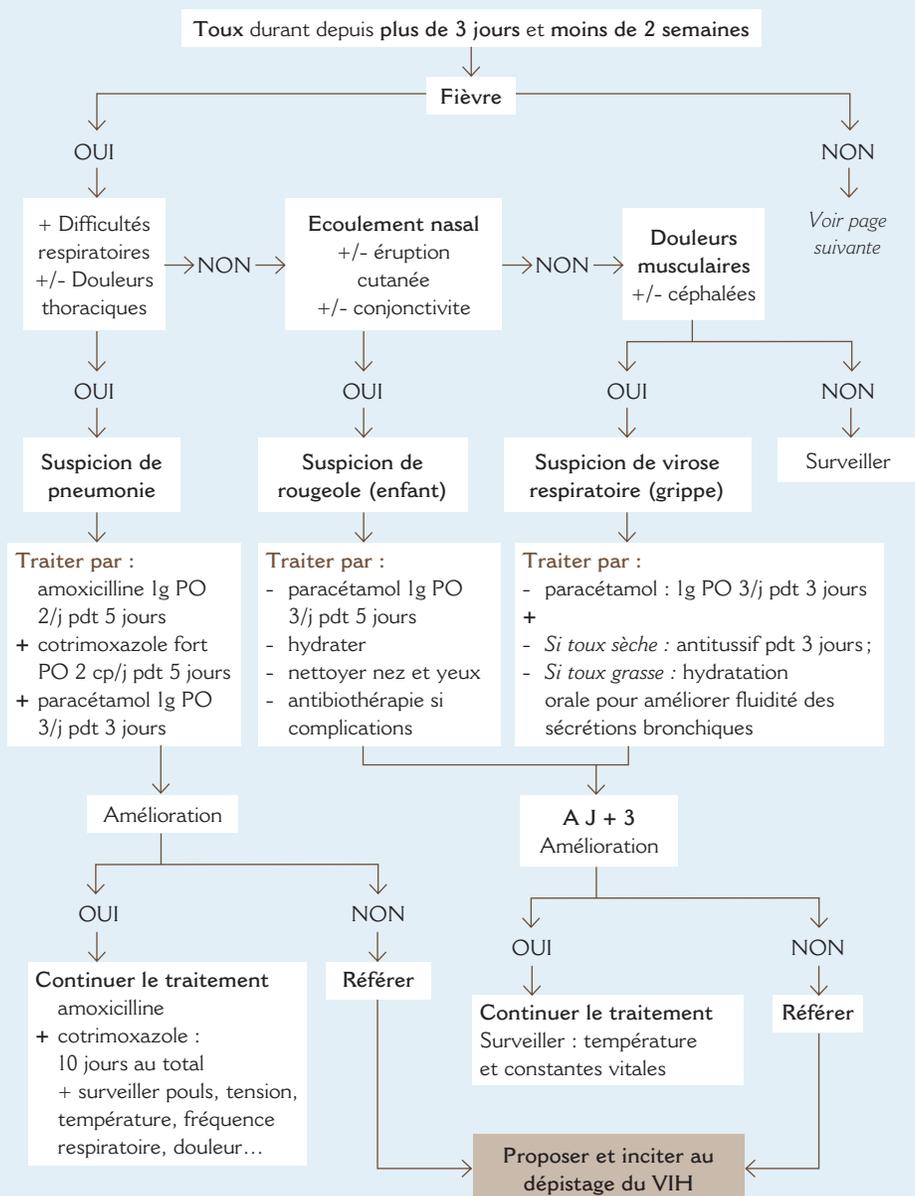
Cas particulier des patients traités par ARV

Il faut systématiquement poser la question

Si le patient est sous ARV et qu'une toux apparaît ou s'aggrave, penser à un syndrome de reconstitution immunitaire (IRIS):

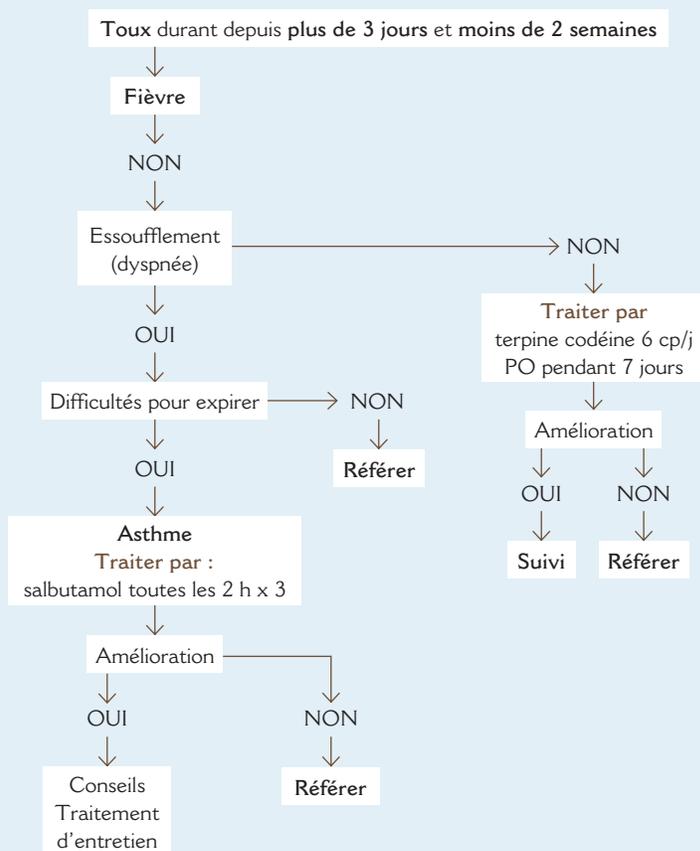
- Dans un délai de 2 semaines à 4 mois, la mise sous traitement ARV peut stimuler une tuberculose ancienne ou en cours de traitement (ou d'autres infections respiratoires comme une pneumocystose).
- Ce syndrome se manifeste par de la fièvre, une reprise de la toux et des autres signes respiratoires et souvent un malaise général.
- C'est un signe d'efficacité du traitement, il ne faut pas arrêter les médicaments, seulement donner un traitement antalgique et/ou anti-inflammatoire et **il faut référer au plus vite ce patient au service qui lui a prescrit les ARV.**

Algorithme n°1.1 : Toux aiguë



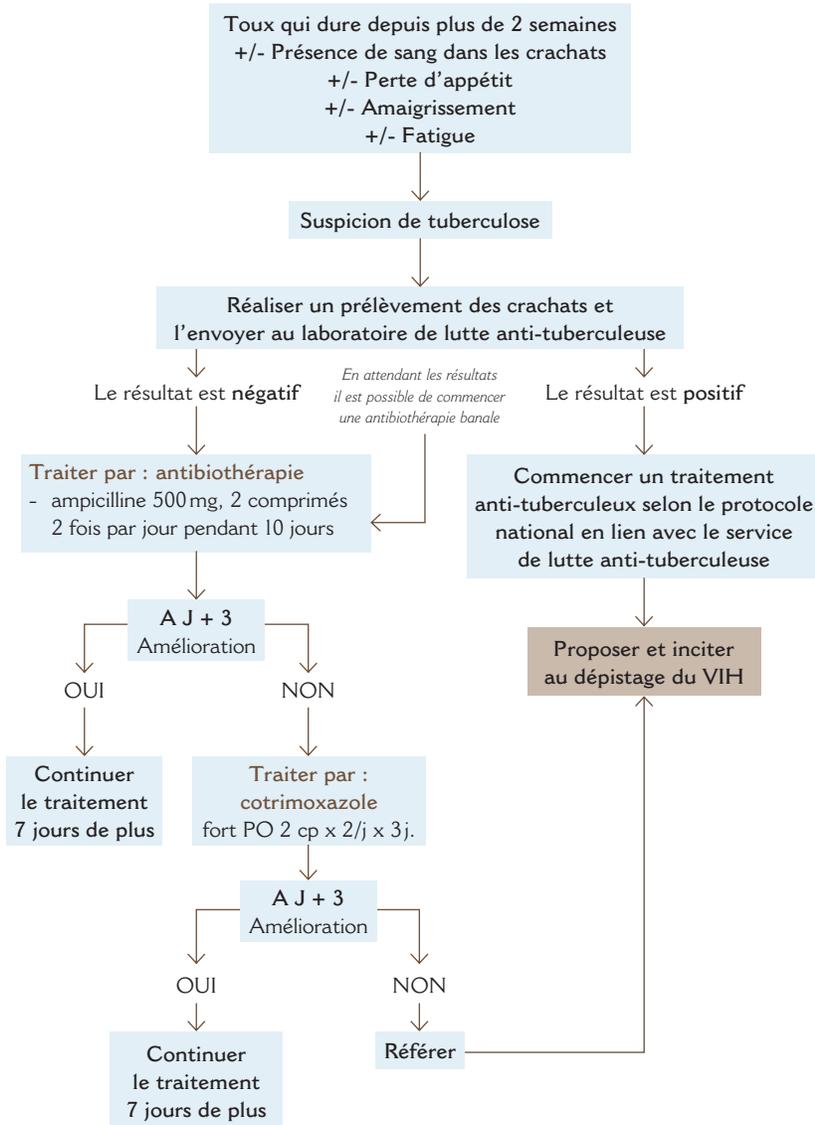
PO = Per os (par la bouche)

Algorithme N°1.2 : Toux aiguë (suite)



PO = Per os (par la bouche)

Algorithme N° 1.3 : Toux chronique



PO = Per os (par la bouche)

Fièvre

Définition

Température centrale (rectale) du corps supérieure à 38°C (ou > 37,5°C axillaire) depuis 24 heures.

- La fièvre est due à un mauvais **fonctionnement de la régulation thermique**.
- Il s'agit d'abord d'un **moyen de défense** de l'organisme.

**La fièvre peut être un effet secondaire
du traitement par ARV**

Objectif du soin

Le patient doit retrouver une température centrale, prise après un quart d'heure de repos, normale, c'est-à-dire inférieure à 37,5°C.

Signes cliniques associés à la fièvre

« *Corps chaud* »

La fièvre s'accompagne de différents signes :

- Impression de chaleur
- Agitation ou apathie (troubles de la conscience)
- Sueurs
- Frissons...

Signes cliniques associés aux syndromes infectieux

- Fatigue
- Douleurs musculaires
- Pouls rapide = *tachycardie*
- Respiration rapide = *dyspnée*
- Diminution du volume des urines = *oligurie*

Chiffres normaux			
Fréquence par minute	Adulte	Enfant	Nouveau-né
Cardiaque	60 - 80	100	130 - 150
Respiratoire	15 - 20	20 - 25	25 - 30

Gestes et surveillance infirmiers

Réalisables dans le cadre d'une mise en observation au dispensaire ou de soins à domicile :

- Confirmer depuis combien de temps le patient a de la fièvre ;
- Prendre les constantes vitales (pouls, tension, température) ;
- Dêvêtir au maximum le patient tout en respectant sa pudeur (le couvrir d'un simple drap) ;
- Veiller à la bonne ventilation des locaux ;
- Rafraîchir la peau (enveloppement dans un linge humide), si possible faire prendre un bain (température de l'eau de 2°C de moins que celle du patient) ;
- Si l'état de conscience le permet, faire boire le patient +++ ;

- Chez les patients couchés, surveiller l'état de la peau et mettre en œuvre les actions préventives des escarres (changements de position, frictions, hygiène de la peau);
- Chercher les signes d'accompagnement.

Quelques rappels importants

Mesure de la température

- Par voie rectale (thermomètre dans l'anus) : mesure très fiable mais à éviter en raison du risque de lésion anale.
- Par voie axillaire (thermomètre sous le bras, dans le creux de l'aisselle) : le patient doit garder le bras le long du corps. Il faut ajouter 0,5°C au résultat trouvé.
- Par voie buccale si le patient est conscient : thermomètre sous la langue, bouche fermée.
- Par voie auriculaire si le thermomètre adapté est disponible.

Les thermomètres doivent être utilisés pour un seul patient ou être nettoyés de manière rigoureuse.

Attention

Choisir le mode de mesure le plus adapté au patient et ne pas en changer.

Le choc septique

Résultat d'une infection bactérienne grave, il est provoqué par la libération de substances toxiques dans le sang.

**Il s'agit d'un événement très grave,
d'une urgence thérapeutique.**

**Il faut donc référer le patient
le plus rapidement possible.**

Les principaux signes cliniques du choc septique sont :

- Fièvre très élevée (supérieure à 38,5°C) ou au contraire inférieure à 36°C ;
- Peau froide ;
- Veines plates ;
- Tension artérielle basse (inférieure à 90/50) ;
- Pouls faible, difficile à prendre et/ou très rapide ;
- Augmentation de la fréquence respiratoire ;
- Diminution du volume des urines, qui sont de couleur marron ;
- Nausées/vomissements ;
- Présence d'hématomes sur le corps ou de saignements spontanés.

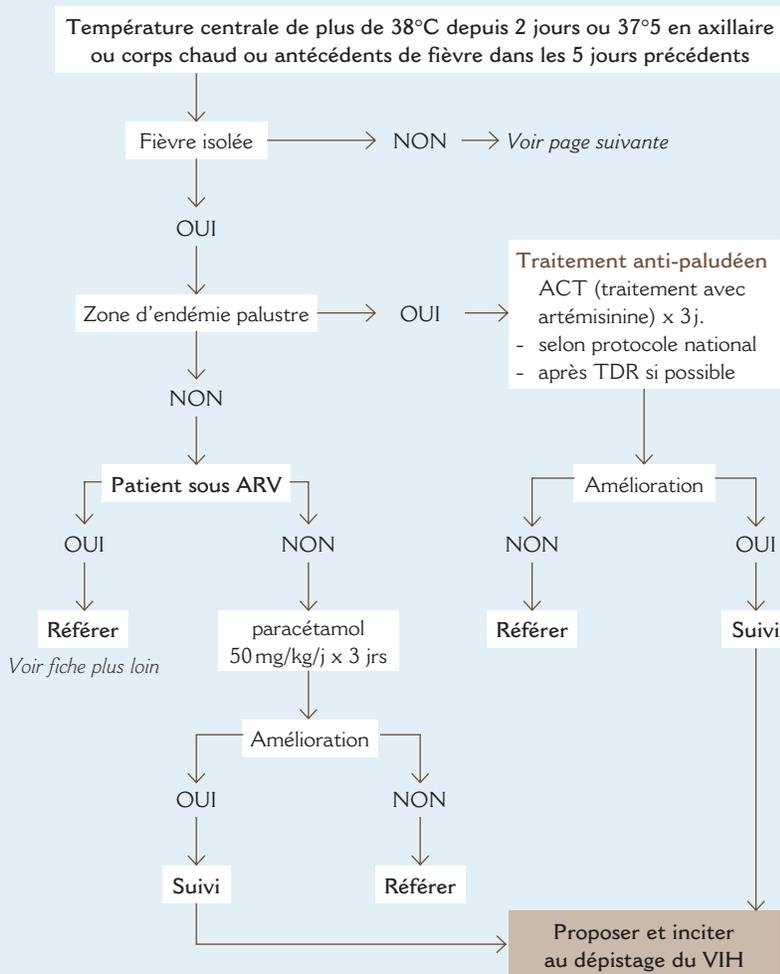
En présence de ces signes cliniques, l'infirmier doit prévenir un médecin et organiser le transfert du malade vers un hôpital.

* **Si le patient est inconscient**, c'est-à-dire ne répondant pas à des ordres simples :

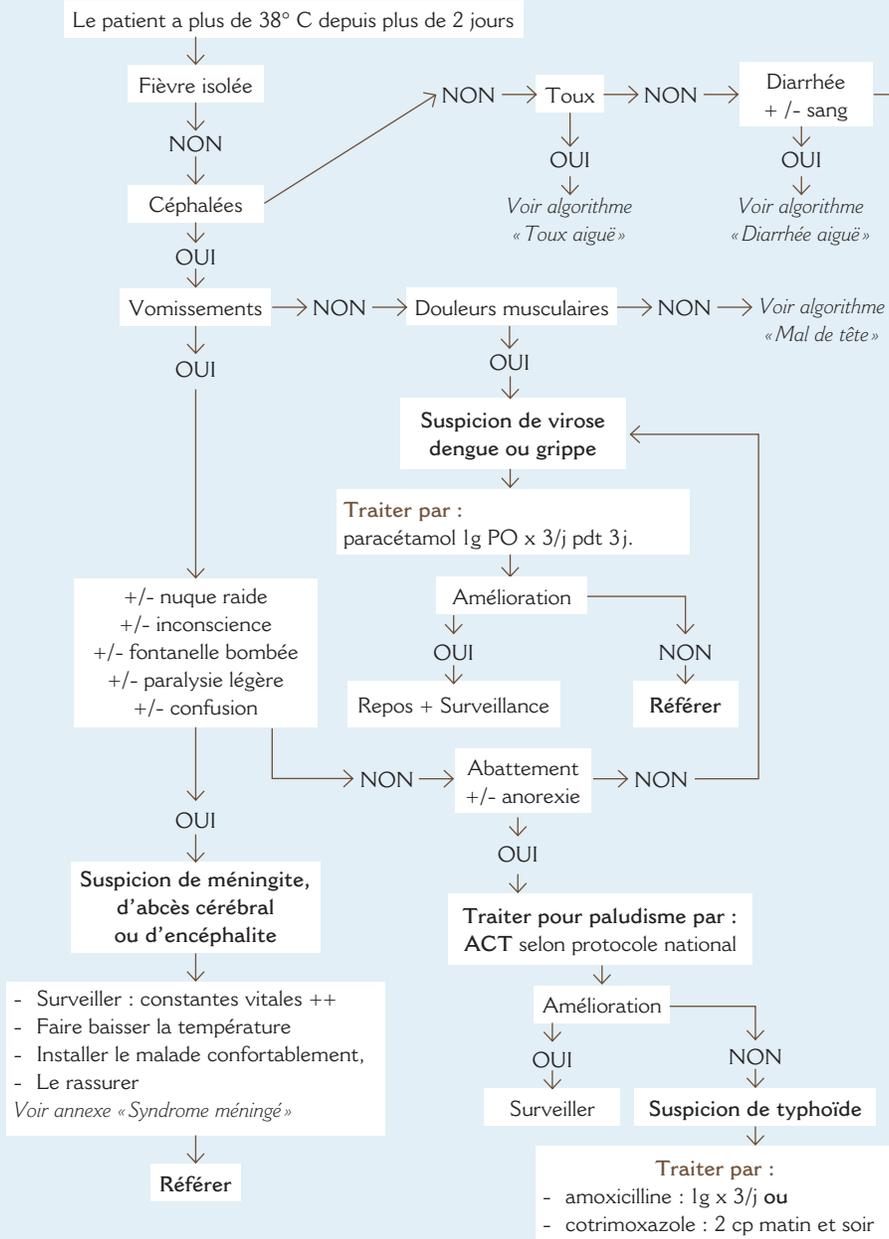
- le placer sur le côté (position latérale de sécurité),
- libérer les voies aériennes,
- surveiller les constantes vitales : pouls, tension artérielle et fréquence respiratoire toutes les 5 minutes,
- **ALERTER et REFERER** (suspicion de fièvre hémorragique virale).

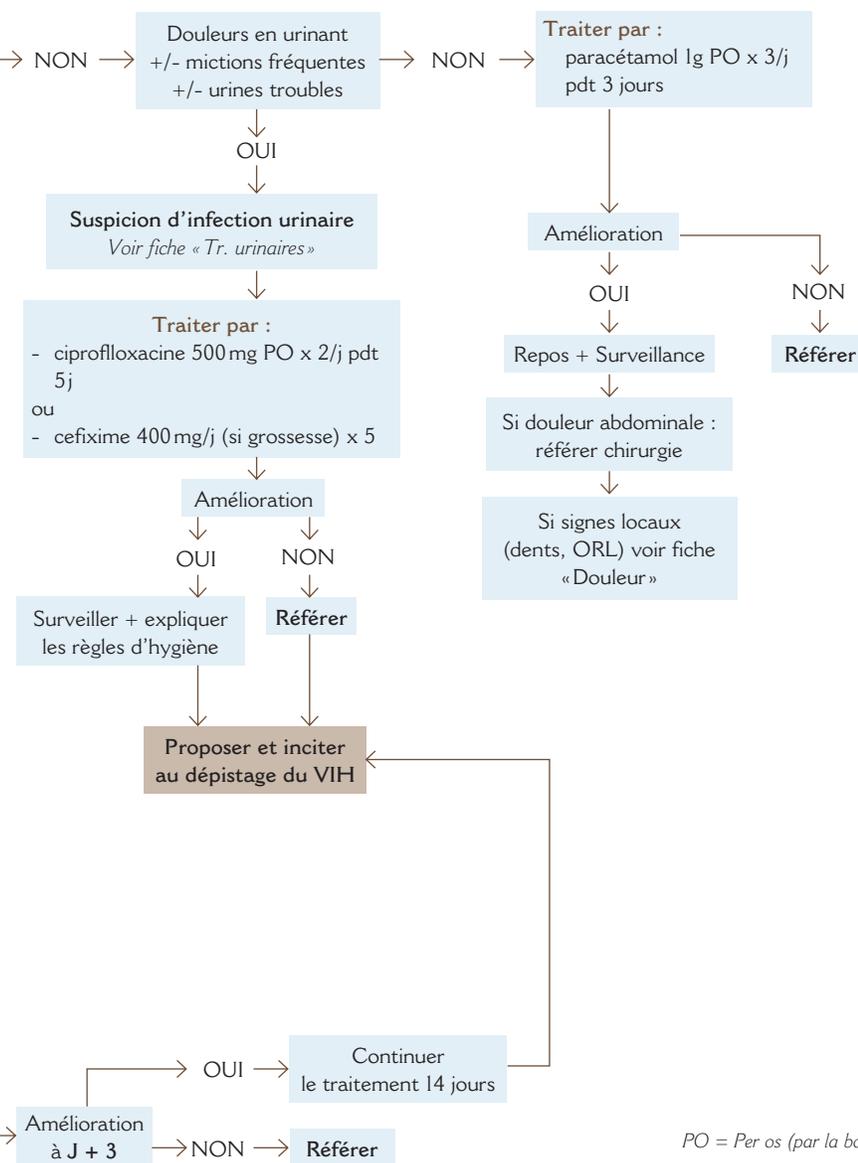
** **Si suspicion de dengue** (mêmes signes que la grippe), ne pas utiliser les dérivés salicylés mais le paracétamol.

Algorithme n° 2.1 : Fièvre



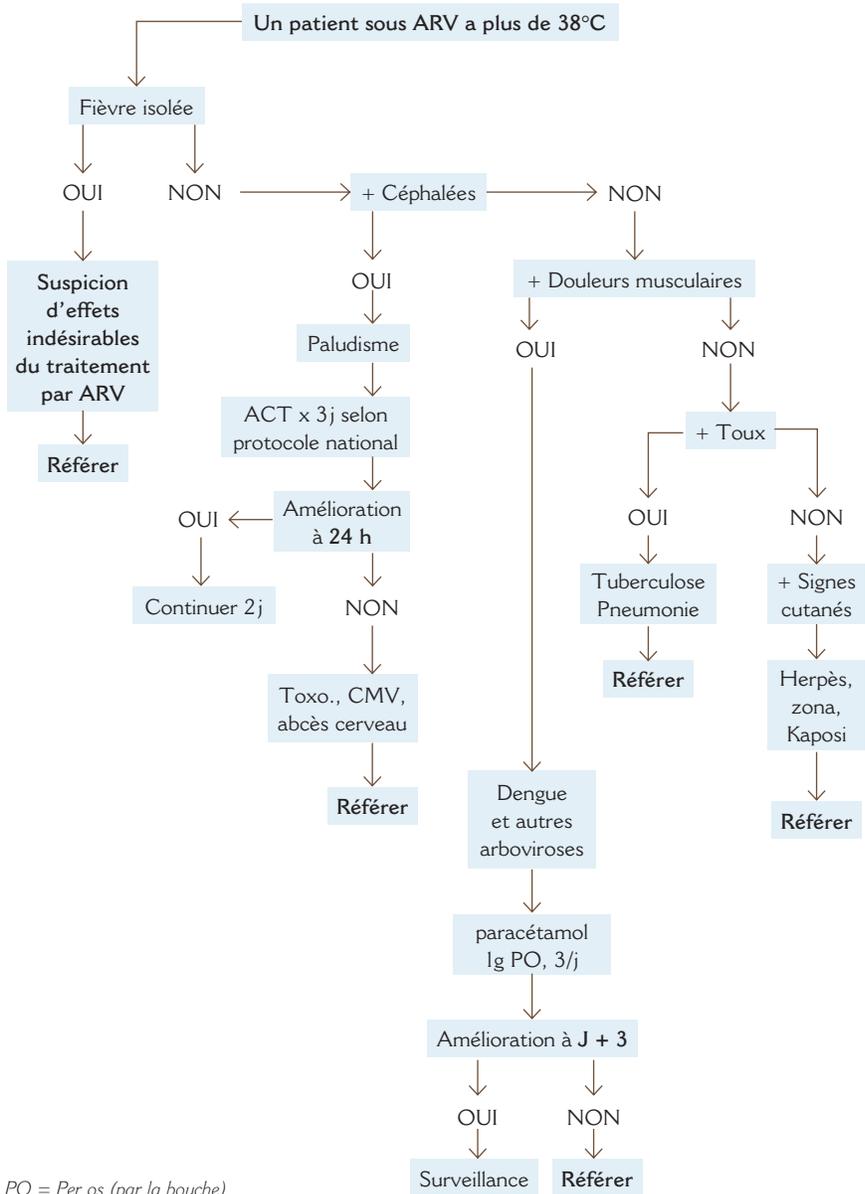
Algorithme n° 2.2 : Fièvre (suite)





PO = Per os (par la bouche)

Algorithme n° 2.3 : Fièvre chez un patient sous ARV



Diarrhée

Définition

- Diarrhée **aiguë** : au moins 3 selles liquides par jour, pendant plus de deux jours.
- Diarrhée **chronique** : au moins 3 selles liquides par jour, pendant plus d'un mois.

Elle est souvent responsable d'une dégradation physique importante et retentit sur la vie sociale.

Elle entraîne :

- dénutrition ;
- déshydratation ;
- dépendance physique ;
- grabatisation.

La diarrhée touche 60 % des personnes séropositives, elle est souvent accompagnée de nausées/vomissements, de crampes abdominales, de flatulence et d'amaigrissement.

Causes

Les causes en sont nombreuses chez les personnes infectées par le VIH : infections associées ou opportunistes, maladies opportunistes, VIH lui-même, traitements ARV...

L'immunodépression progressive due au VIH fait apparaître des affections opportunistes provoquant la diarrhée

Infektions opportunistes	Maladies opportunistes
- Protozooses intestinales par sporidies ou coccidies - Salmonelloses mineures	- Maladie de Kaposi - Lymphome non hodginkien

Objectif du soin

Le patient doit retrouver un transit normal (2 selles maximum par jour) et n'avoir aucun signe de déshydratation.

Actions et surveillance infirmières

- Préciser **le nombre** de selles par jour et la date de début des troubles.
- Regarder **l'aspect** des selles : liquides, molles, présence de sang, de glaires.
- Relever les constantes : température, pouls, tension.
- Peser la personne et suivre la courbe de poids.

Lorsque l'infirmier doit garder la personne en observation

- **Faire un bilan entrées/sorties.** Tracer sur une feuille un tableau à deux colonnes. Dans la première colonne, indiquer tout ce que le patient boit (quantités en ml) : eau, jus, soupe, SRO... + perfusion; dans la deuxième colonne, noter tout ce qui est éliminé par le patient : urines, selles... (quantités en ml). Le recueil des informations se fait sur 12 h, et au mieux sur 24 h.

1 ^{re} colonne = entrées	2 ^e colonne = sorties
150 + 200 + 100 + 500 = 950ml	300 + 100 + 200 + 150 + 250 = 1000ml

- Les valeurs des deux chiffres - entrées/sorties - doivent être proches, cela prouve un bon équilibre entre les apports et l'élimination. Si les pertes sont supérieures aux entrées, l'organisme se déshydrate.

Le risque majeur de toute diarrhée est la déshydratation.

Il faut donc en rechercher les signes.

Signes cliniques de la déshydratation

Déshydratation modérée	Déshydratation sévère
<ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids de 5 à 10 % - La personne a soif - Elle a un pli cutané qui s'efface - Elle respire vite - Elle somnole ou s'agite - Elle urine moins, ses urines sont foncées - Elle peut avoir les yeux enfoncés - La langue est sèche 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids égale ou supérieure à 10 % - La personne est angoissée, elle a froid ou elle est apathique, plus ou moins inconsciente - Son pouls est irrégulier et rapide, il est difficile à prendre - Sa bouche est très sèche - Le pli cutané est très important et persiste plusieurs minutes - Elle n'urine plus

Une fois les signes reconnus, il faut agir rapidement et commencer une réhydratation.

Réhydratation par voie orale	Réhydratation par voie veineuse
<p align="center">SRO (sels de réhydratation par voie orale)</p> <p>Si vous disposez de sachets de SRO prêts à l'emploi</p> <ul style="list-style-type: none"> - diluer 1 sachet dans un litre d'eau pure ; - donner à boire de petites quantités, fréquemment ; - à partir de 15 ans, faire boire de 2 à 4 litres par 24 heures ; - conseiller à la personne de boire de l'eau propre. <p>Si vous n'avez pas de SRO en sachet Préparer la SRO vous-même :</p> <p>Verser dans un litre d'eau pure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ½ cuillère à café de sel (3,5g) - 4 cuillères à soupe de sucre (40g) <p>Pour compenser la perte en potassium :</p> <ul style="list-style-type: none"> - manger des bananes ; - boire du lait de coco ; - boire des sodas (en quantités modérées après avoir enlevé le gaz). <p><i>PS : Si la réhydratation entraîne des vomissements, elle peut être effectuée par sonde naso-gastrique.</i></p>	<p align="center">Colloïde ou Ringer lactate</p> <p>A défaut, solutés salins.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100ml/kg en 3 heures - Commencez rapidement : 30ml/kg les 30 premières minutes puis ralentissez - 200 ml/kg les 24 premières heures

Evaluer régulièrement l'état général du malade. Les signes cliniques doivent s'améliorer.

Si on ne constate pas d'amélioration → Référer

Conseils d'hygiène et de diététique pour un patient atteint de diarrhée

Le patient doit continuer à s'alimenter et l'infirmier doit l'aider.

- Lui donner des **aliments hypercaloriques**, par exemple : soupe de riz (eau de cuisson), carottes cuites, manioc, bananes...
- Déconseiller les aliments épicés, mal conservés, et les excitants.
- Le patient peut boire du soda à base de cola dont on aura éliminé les bulles en le remuant avec une cuillère.
- Faire boire souvent et en petites quantités (SRO).
- Il faut dire au malade de **bien se laver les mains** après chaque selle et avant de manger.
- Les fesses et l'anus du malade doivent rester propres et secs.
- Si on ne dispose pas de gants, se protéger les mains avec un sac en plastique et, pour prendre les objets souillés, utiliser des grandes feuilles d'arbre (bananier...) puis les jeter dans un endroit prévu à cet effet ou les brûler.
- Si elle est souillée, la literie sera changée et nettoyée, en respectant les règles d'hygiène.
- Les endroits tachés de sang, de selles ou de tout autre liquide biologique devront être nettoyés à l'eau de Javel ou avec un produit similaire.

AU TOTAL :

Eviter les fruits, les légumes crus, les produits laitiers, les aliments épicés, le café, l'alcool, le tabac.

Privilégier les aliments avec peu de fibres, hypercaloriques (riz) et hyperprotéinés (viandes).

Faire boire en petites quantités mais souvent (SRO).

Traitement médicamenteux de la diarrhée

Les ralentisseurs du transit ne peuvent être employés que pour le traitement des diarrhées chez le patient VIH + :

- loperamide : gélules à 2mg (1 à 4 gélules par jour)

Pour les douleurs abdominales en lien avec les coliques, donner

- codéine : 30mg toutes les 4 heures ou
- hyoscine : 10mg x 3/j

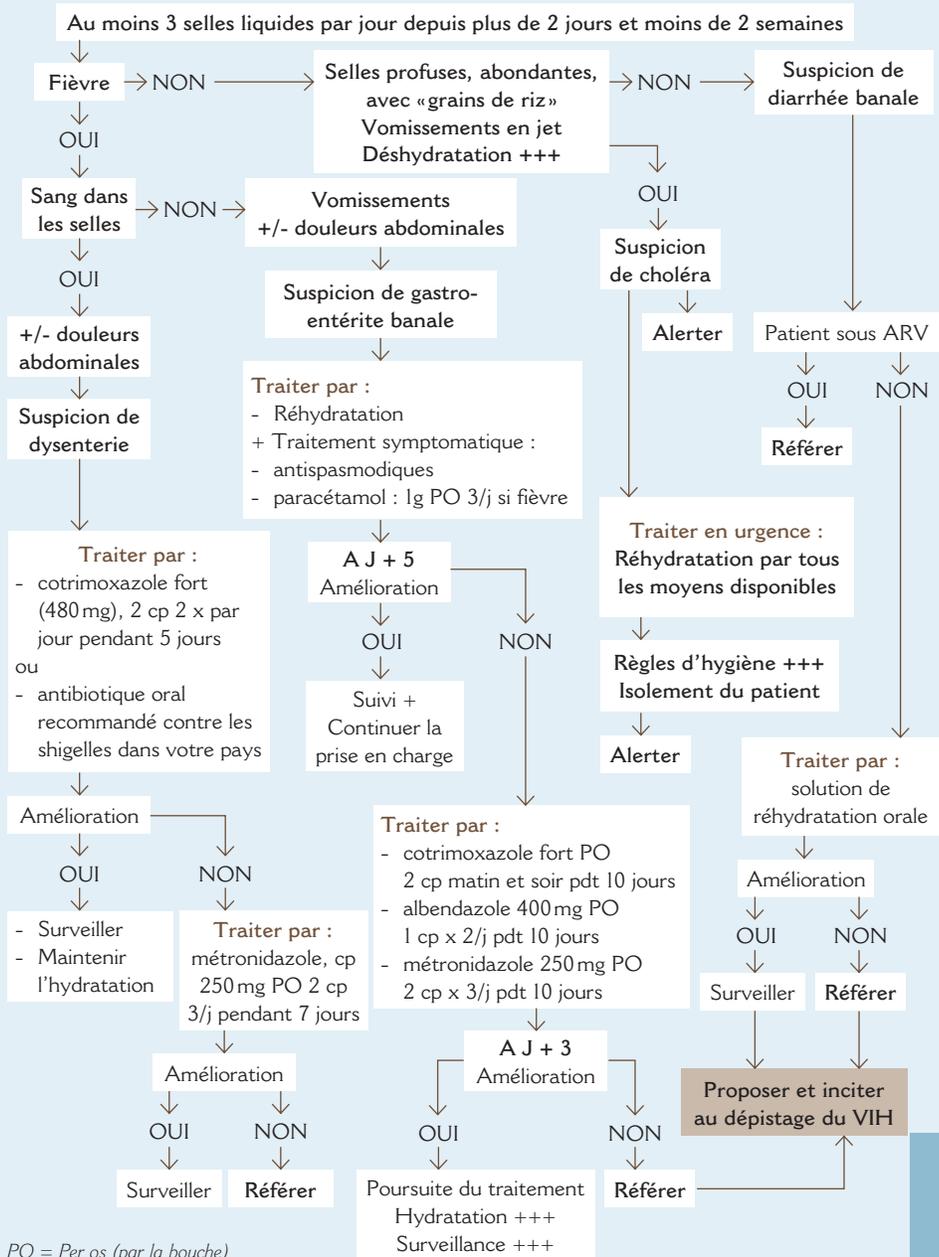
Surveillance des effets secondaires

Attention à :

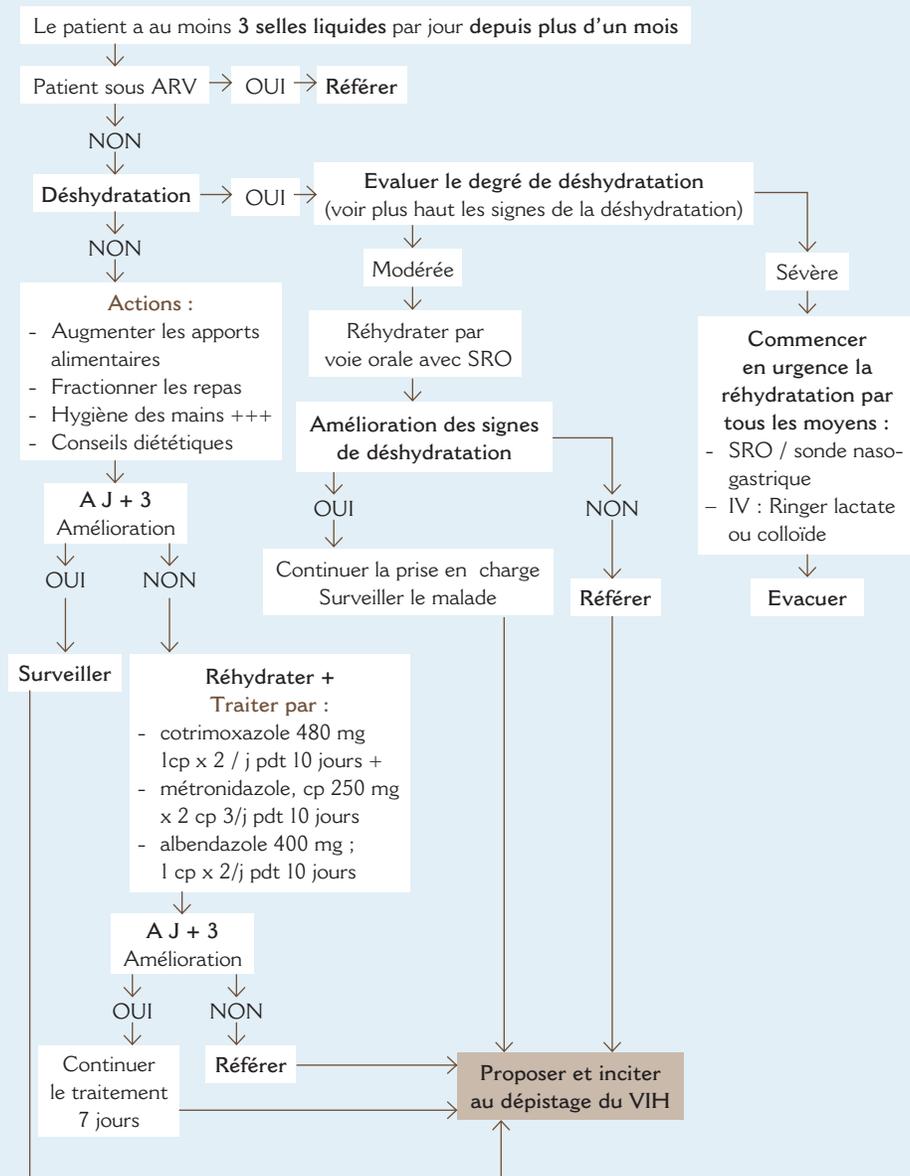
- somnolence
- bouche sèche

Si ces signes sont présents, arrêter le traitement médicamenteux.

Algorithme n° 3.1 : Diarrhée aiguë



Algorithme n° 3.2 : Diarrhée chronique



Lésions cutanées

Définition

Toutes manifestations pathologiques :

- siégeant sur la peau,
- éventuellement associées à des lésions des muqueuses ou des phanères (cheveux, poils, ongles),
- et non provoquées par un traumatisme récent.

L'observation des lésions est primordiale. L'infirmier doit pouvoir les identifier en se fondant sur leur aspect et leur localisation, quelques photographies sont incluses pour faciliter la compréhension.

Lésions prurigineuses	Lésions qui s'accompagnent d'une envie de se gratter permanente et que l'on ne peut pas réfréner.
Lésions suppurées	Lésions inflammatoires, chaudes et douloureuses, produisant du pus.
Lésions squameuses	Squame : petite pellicule de peau qui se détache plus ou moins facilement.
Lésions vésiculeuses	Petites élévations plus ou moins sphériques sur la peau, contenant un liquide clair.
Les ulcérations	Perte de substance au niveau de la peau.

Les objectifs infirmiers

Rétablir l'intégrité de la peau

- Réaliser des soins externes adaptés aux lésions ;
- Administrer le traitement en lien avec la pathologie ;

- Observer l'évolution des lésions ;
- Favoriser la bonne hygiène corporelle du patient ;
- Prévenir l'apparition d'escarres si le patient est alité ;
- Conseiller au malade :
 - d'utiliser du savon doux lors de la toilette quotidienne (savon dit de Marseille) ;
 - d'éviter les savons avec antiseptique ;
 - de porter des vêtements (amples) en coton ;
 - de nettoyer et de désinfecter la literie régulièrement ;
 - de préférer une alimentation riche en protéines et en vitamines A et E (fruits et légumes de couleurs rouge et jaune, poissons, graisses végétales, noix de palme).

Mode d'administration de certains médicaments

Comment utiliser le benzochloryl solution ?

Badigeonner tout le corps, sauf le visage, après la toilette du soir, laisser sécher, badigeonner une 2^e fois, laisser sécher et se coucher. Ne se laver que le soir suivant. Répéter l'opération 2 semaines après.

Comment utiliser le lindane en poudre ?

Saupoudrer de produit le linge et les draps et enfermer le tout dans une caisse propre pendant 24 heures.

Si besoin, il est possible de consulter le guide de la Croix-Rouge française « Manuel de prise en charge des maladies de peau chez les personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne », disponible sur le site de la CRF.

Les ulcères

Il s'agit d'une zone où la peau est absente, ce qui laisse apparaître les tissus dermiques rosés.

Sur les organes génitaux externes il faut penser à une IST (voir fiches).

Dans une autre région du corps il faut différencier les ulcères qui sont apparus en quelques jours de ceux qui se sont installés en plusieurs semaines.

■ Les ulcérations aiguës doivent être référées, après des soins locaux, qu'elles soient consécutives à un traumatisme ou à la prise de médicaments.

■ Il faut penser le plus tôt possible à l'ulcère de Buruli qui commence par une pustule suivie d'une vésicule qui s'ulcère puis l'ulcère s'étend. Le traitement médical n'est efficace qu'au début, l'ulcération nécessite un traitement chirurgical. Il est important de référer rapidement, après avoir administré des soins locaux.

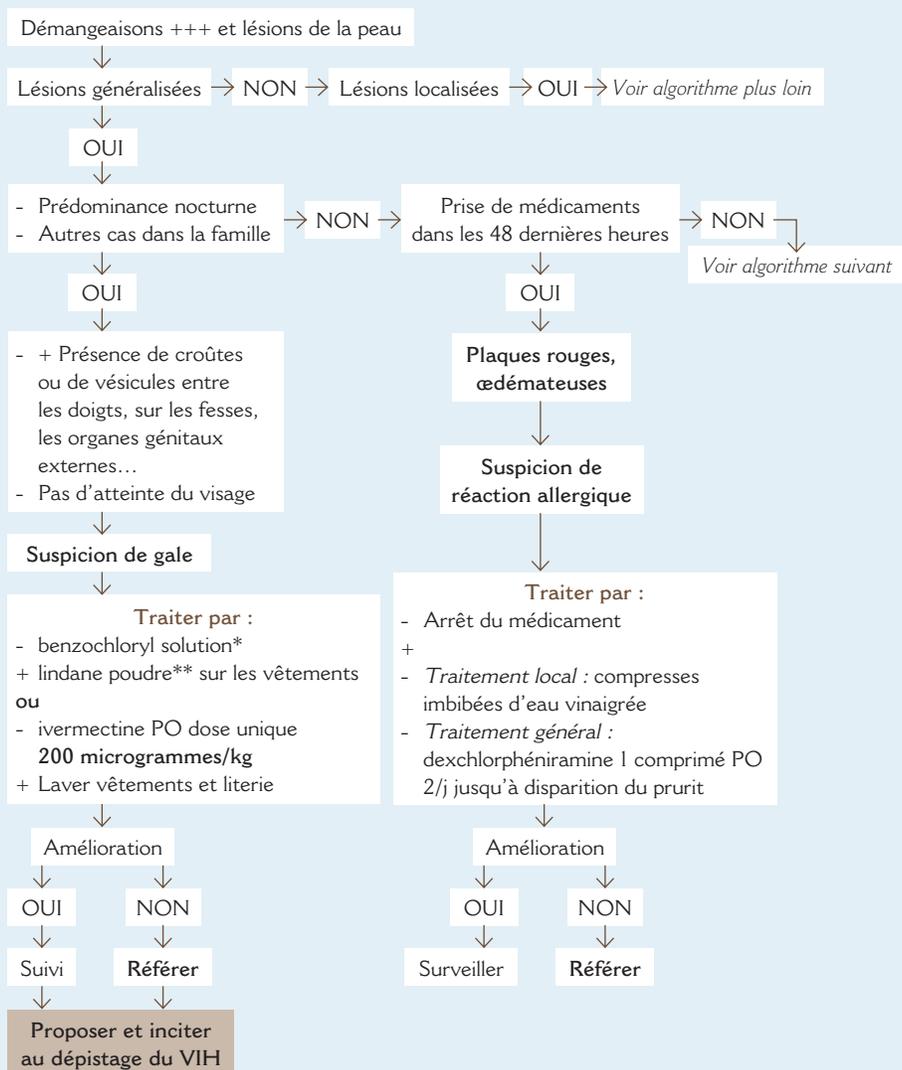


FIG. 4. Exanthème maculo papuleux



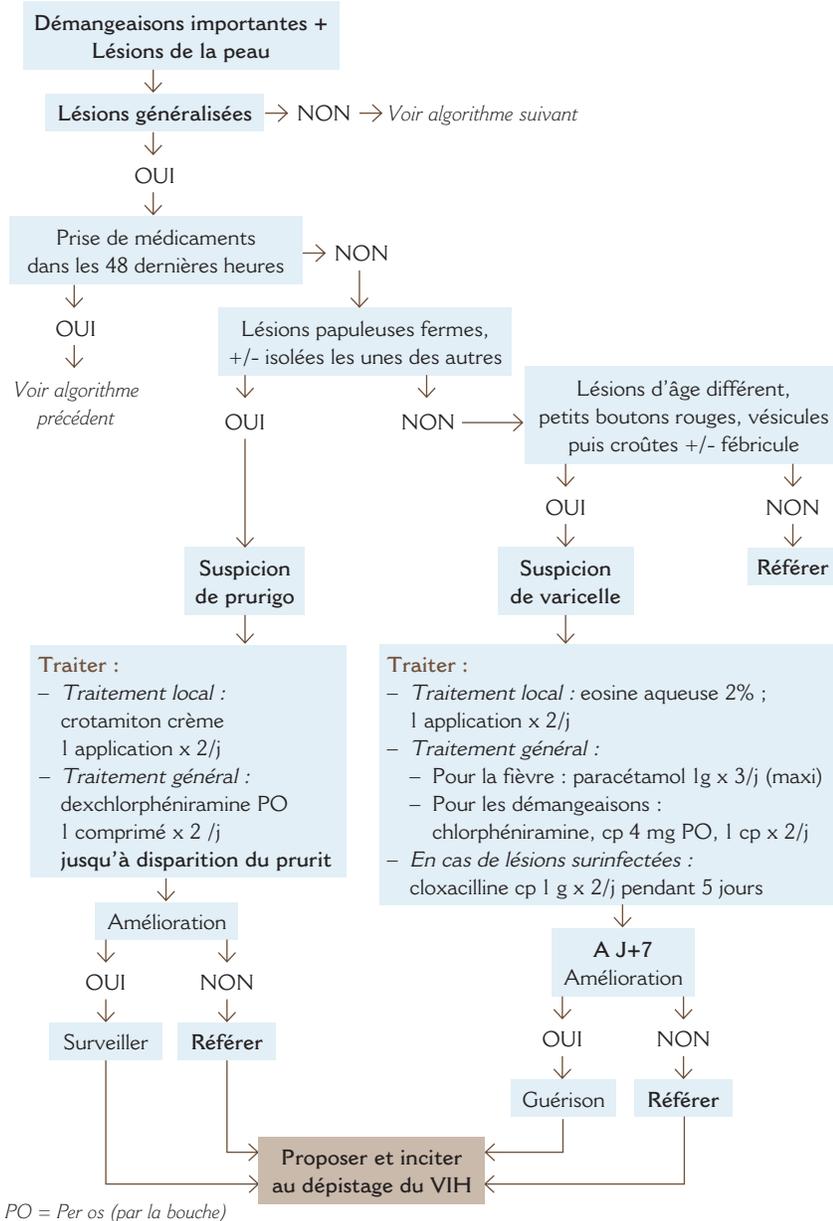
FIG. 5. Prurigo

Algorithme n° 4.1 : Lésions prurigineuses

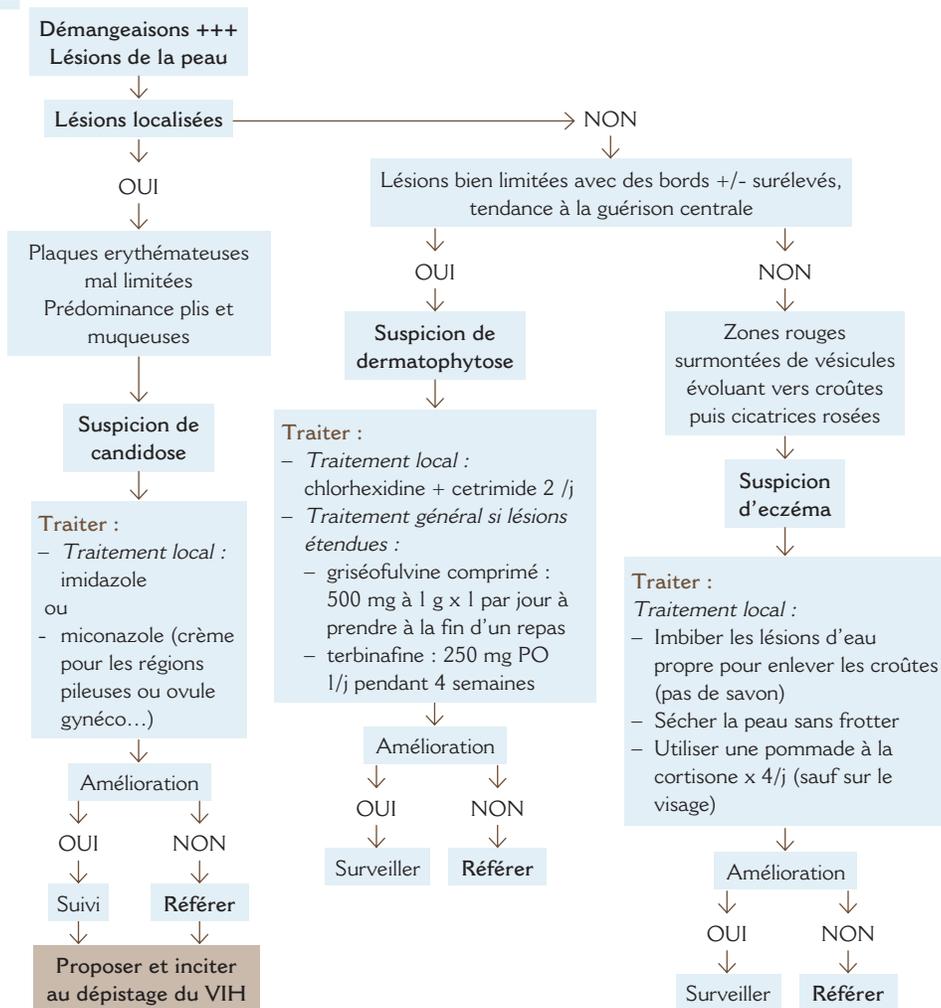


PO = Per os (par la bouche)

Algorithme n° 4.2 : Lésions prurigineuses (suite)

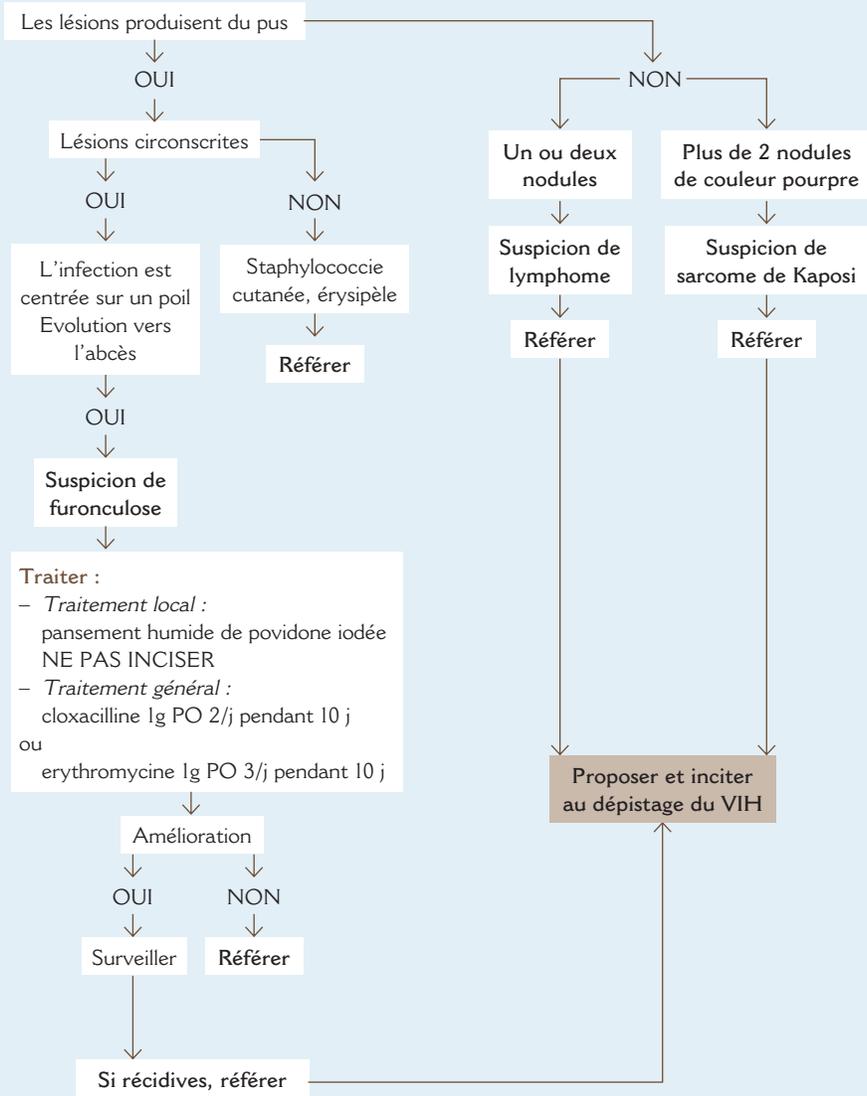


Algorithme n° 4.3 : Lésions prurigineuses (suite)



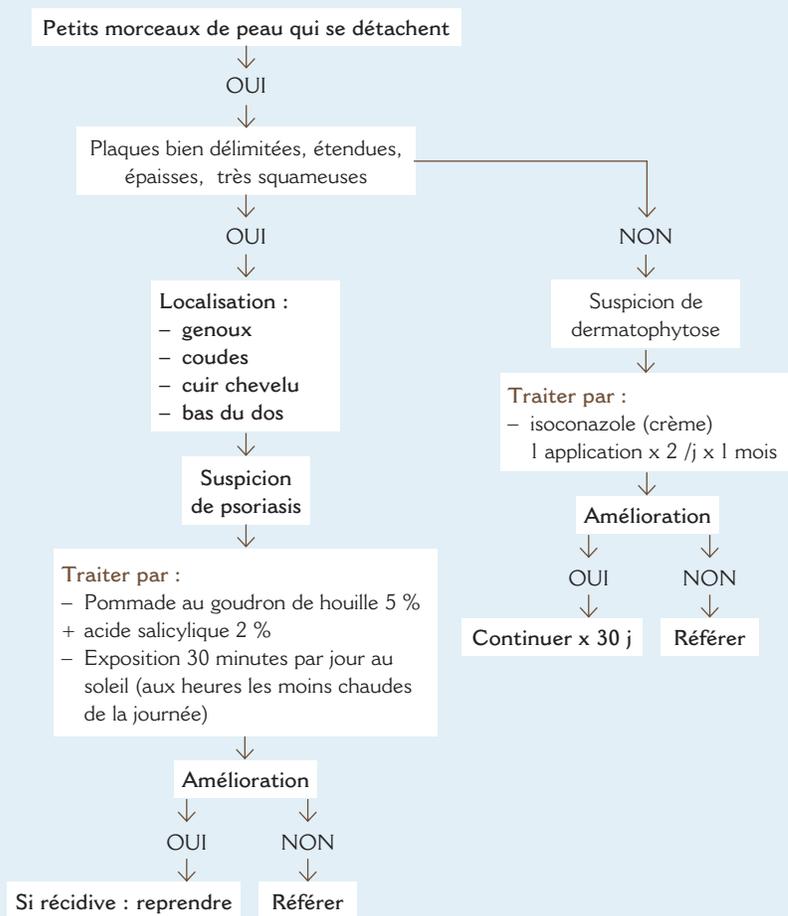
PO = Per os (par la bouche)

Algorithme n° 4.4 : Lésions tuméfiées ou nodulaires

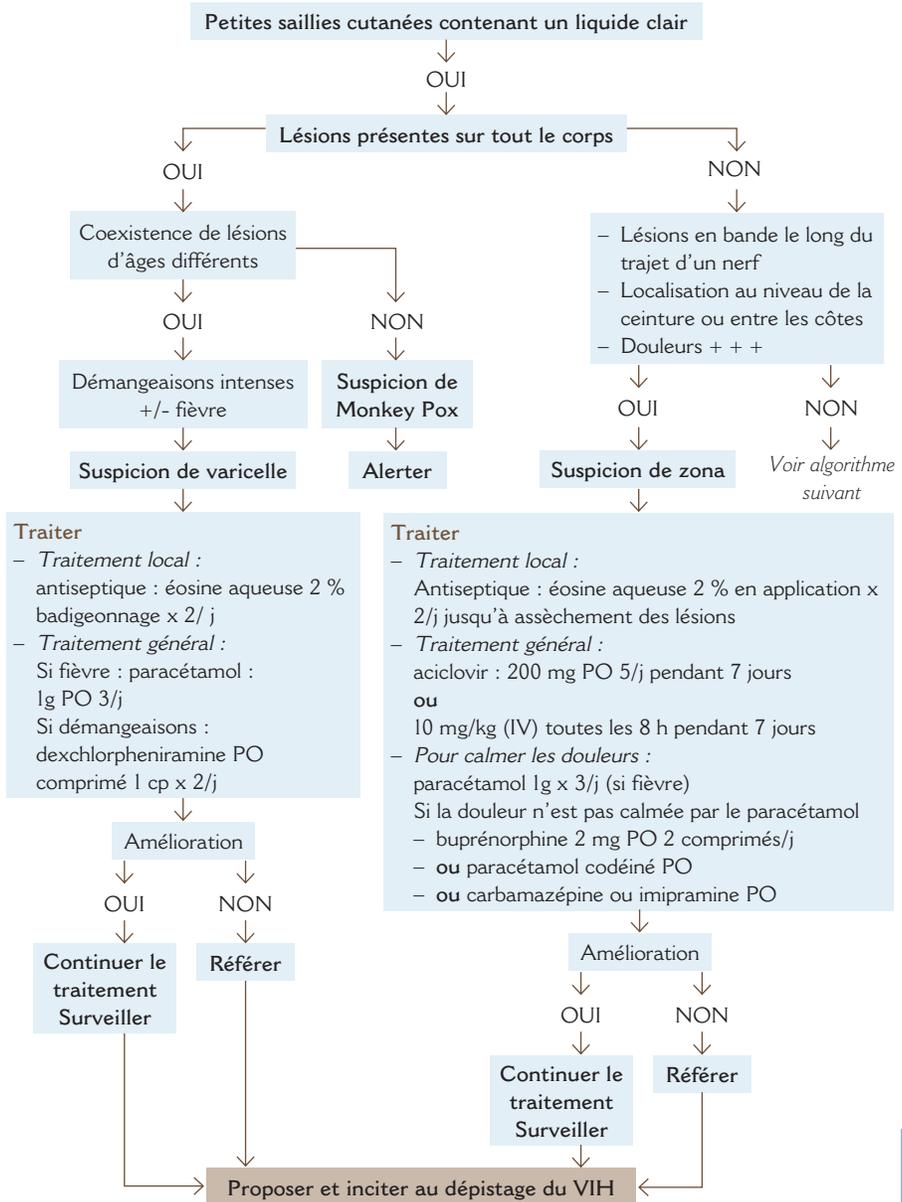


PO = Per os (par la bouche)

Algorithme n° 4.5 : Lésions squameuses

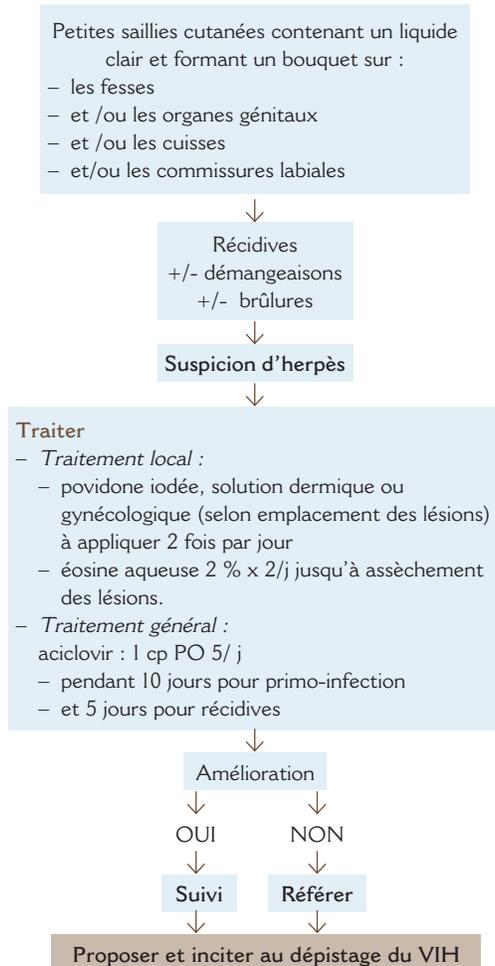


Algorithme n° 4.6 : Eruptions vésiculeuses



PO = Per os (par la bouche)

Algorithme n° 4.7 : Eruptions vésiculeuses (suite)



PO = Per os (par la bouche)

Ganglions (adénopathie, lymphadénopathie)

Définition

Augmentation du volume d'un ou plusieurs ganglions lymphatiques.

La plupart des ganglions se trouvent :

- Dans le cou, la nuque et sous le maxillaire inférieur
- Sous le bras dans les aisselles ou « creux axillaires »
- Au pli de l'aîne, dans le « creux inguinal »

Les ganglions participent à la défense de l'organisme contre les agents pathogènes, c'est une réaction normale de l'organisme pour se défendre.

Ils peuvent aussi défendre l'organisme contre des cellules cancéreuses.

Objectif du soin

L'action de l'infirmier est d'obtenir le meilleur diagnostic pour orienter au mieux le patient.

Actions et surveillance infirmières

Il faut :

- Préciser le diagnostic en examinant toutes les aires ganglionnaires ;
- Apprécier la taille et la consistance des ganglions ;
- Evaluer leur mobilité par rapport à la peau et aux tissus sous-jacents ;
- Examiner soigneusement les régions du corps en amont des ganglions, par exemple :
 - pour un ganglion de l'aîne : rechercher toutes lésions infectées du membre inférieur correspondant (plaies, ongle incarné, ampoule, etc.), et surtout examiner les organes génitaux pour chercher une MST ;
 - pour un ganglion de l'aisselle : rechercher toutes plaies ou infections cutanées du membre supérieur ;
 - pour un ganglion du cou : rechercher une lésion dentaire, une teigne, une infection buccale, etc.

N. B : les lésions responsables d'adénopathie peuvent avoir disparu au moment de l'examen, il faut donc interroger soigneusement le patient sur ses antécédents.

Un ganglion est en général indolore mais, si l'infection est aiguë, il peut être douloureux.

L'adénopathie peut être isolée ; si plusieurs ganglions existent, ils peuvent être trouvés dans la même ou dans différentes régions.

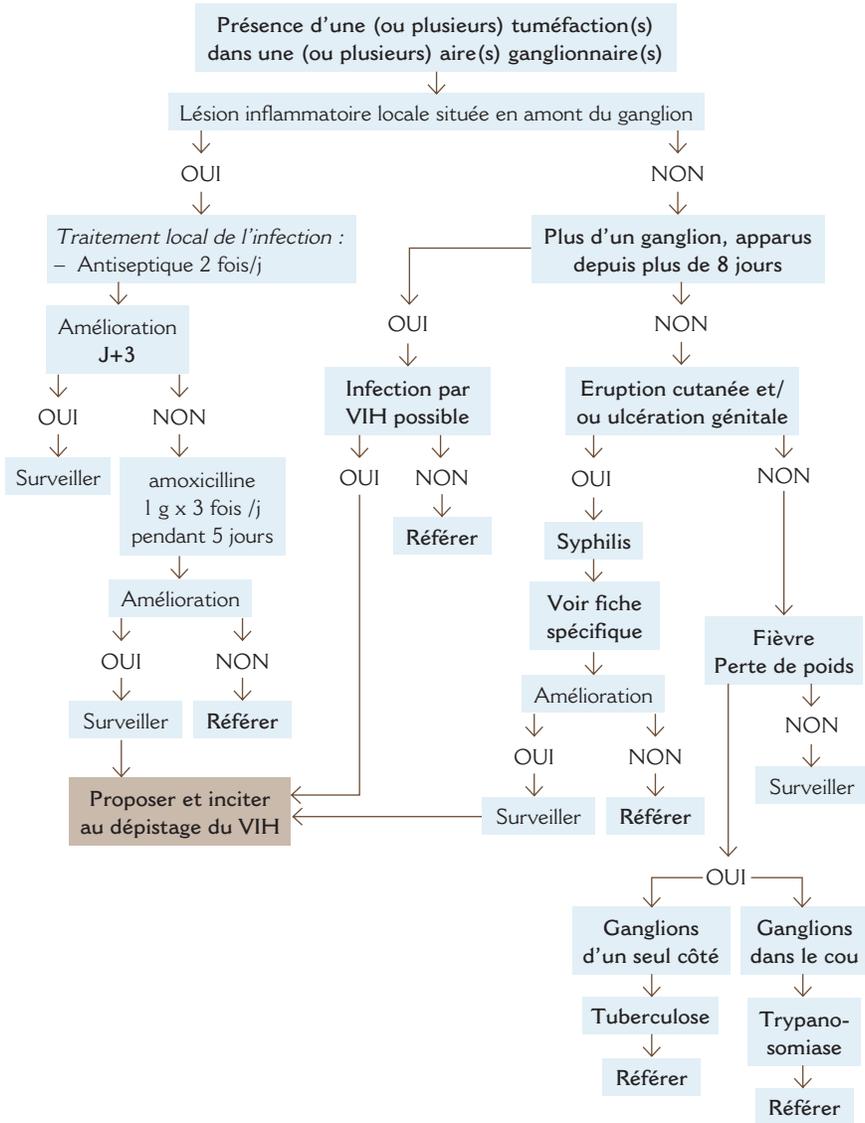
Tout ganglion qui persiste après traitement anti-infectieux doit faire rechercher un cancer.

Il faut distinguer un ganglion d'un **nodule** en particulier d'onchocercose.

Un nodule sera trouvé en dehors des aires ganglionnaires, souvent sur un plan osseux (thorax, jambes, bassin, épaules ou avant bras), il est plus dur et mobile sous la peau.

Pour diagnostiquer une onchocercose il faut rechercher des microfilaires dans le tissu épidermique par biopsie dermique exsangue.

Algorithme n° 5.1 : Ganglions



Nausées/Vomissements

Définition

Vomissement = rejet actif du contenu gastrique par la bouche. Il est souvent précédé de nausées ou envie de vomir.

Les causes en sont variées : traitements médicamenteux (ARV), infections, lésions de l'appareil digestif...

Objectif du soin

Arrêt des vomissements et des nausées.

Actions et surveillance infirmières

Dans le cadre d'une mise en observation au dispensaire ou de soins réalisés à domicile :

- Installer le malade dans une position confortable, demi-assise ou en décubitus latéral ;
- Lui fournir un récipient propre, avec un couvercle, dans lequel il pourra vomir le cas échéant ;
- S'assurer de sa bonne hydratation ;
- Être attentif aux signes cliniques de la déshydratation ;
- Proposer un soin de bouche avec de l'eau fraîche après chaque vomissement ;
- Préférer les boissons fraîches : eau, jus de fruit... ;

- Faire boire lentement et fréquemment, en petites quantités;
- Demander au patient quels sont les aliments dont il a envie (et disponibles localement);
- Fractionner les repas en donnant de petites quantités, plusieurs fois par jour;
- Ne pas forcer le malade à manger;
- L'aider à s'asseoir avant le repas et lui dire d'attendre environ une heure avant de se recoucher;
- Eviter que le patient ne se retrouve en présence d'odeurs fortes (cuisine);
- Le gingembre peut être utilisé en tisane car il a une action bénéfique sur les troubles intestinaux **sauf chez les patients cachectiques** (troubles neurologiques) et ceux ayant **une occlusion intestinale**;
- Faire sentir au patient une orange fraîche ou le zeste d'un citron peut calmer la nausée;
- Nettoyer régulièrement le patient si nécessaire.

Traitement médicamenteux

Il repose sur les **anti-émétiques** :

- métoclopramide : 10mg toutes les 8 heures.

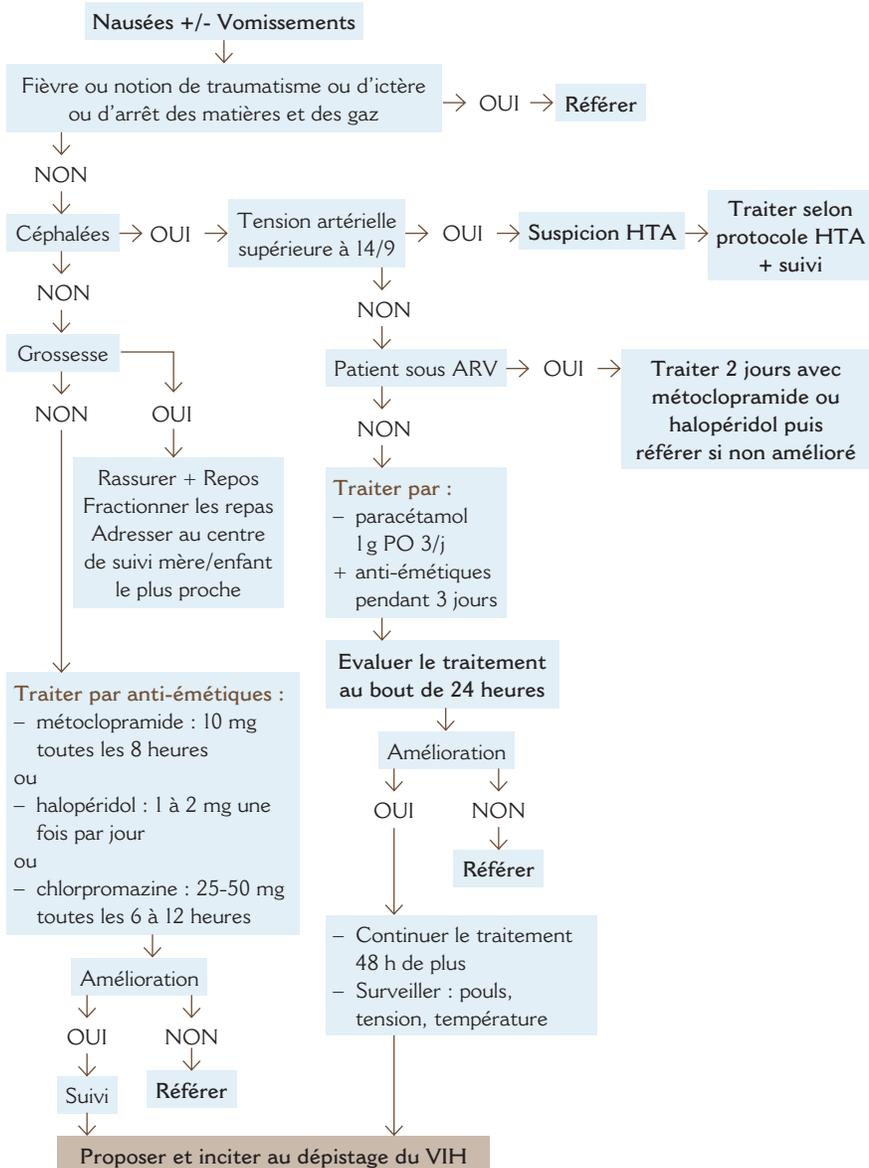
Si inefficace :

- halopéridol : 1 à 2mg une fois par jour.

ou

- chlorpromazine : 25-50mg toutes les 6 à 12 heures.

Algorithme n° 6.1 : Nausées/vomissements



PO = Per os (par la bouche)

Lésions de la bouche

Définition

La muqueuse buccale présente des lésions : inflammation, pertes de substance, couleur anormale, dépôts, etc.

Signes cliniques

Le patient se plaint de :

- Douleurs (permanentes ou en mastiquant) ;
- Dysphagies (difficulté à avaler) ;
- Troubles salivaires.

A l'examen on peut voir :

- Plaies dans la bouche ;
- Dépôts blanchâtres ou d'autres couleurs ;
- Zones de couleur ou de consistance différentes ;
- Tuméfactions, nodules ;
- Présence de poils.

Tous ces signes doivent faire rechercher d'éventuelles lésions dentaires.

Objectif du soin

Le patient doit pouvoir s'alimenter à nouveau normalement (sans douleur).

Actions et surveillances infirmières

Dans le but d'améliorer le confort du patient :

- Mettre en œuvre le traitement prescrit ;
- Conseiller une alimentation équilibrée, semi-liquide ;
- Demander au patient d'éviter les boissons gazeuses ou alcoolisées ;
- Lui conseiller de mastiquer des petits morceaux de mangue verte, de kiwi ou de papaye verte qui peuvent soulager la douleur et la gêne ;
- Nettoyer délicatement la langue et les gencives avec une compresse enroulée sur une tige et imbibée d'eau tiède ;
- Faire des bains de bouche à l'eau citronnée après les repas et au moment du coucher, ou des bains de bouche avec eau tiède + une pincée de sel ;
(Après la prise de nystatine, attendre au moins 1 heure pour faire des bains de bouche).

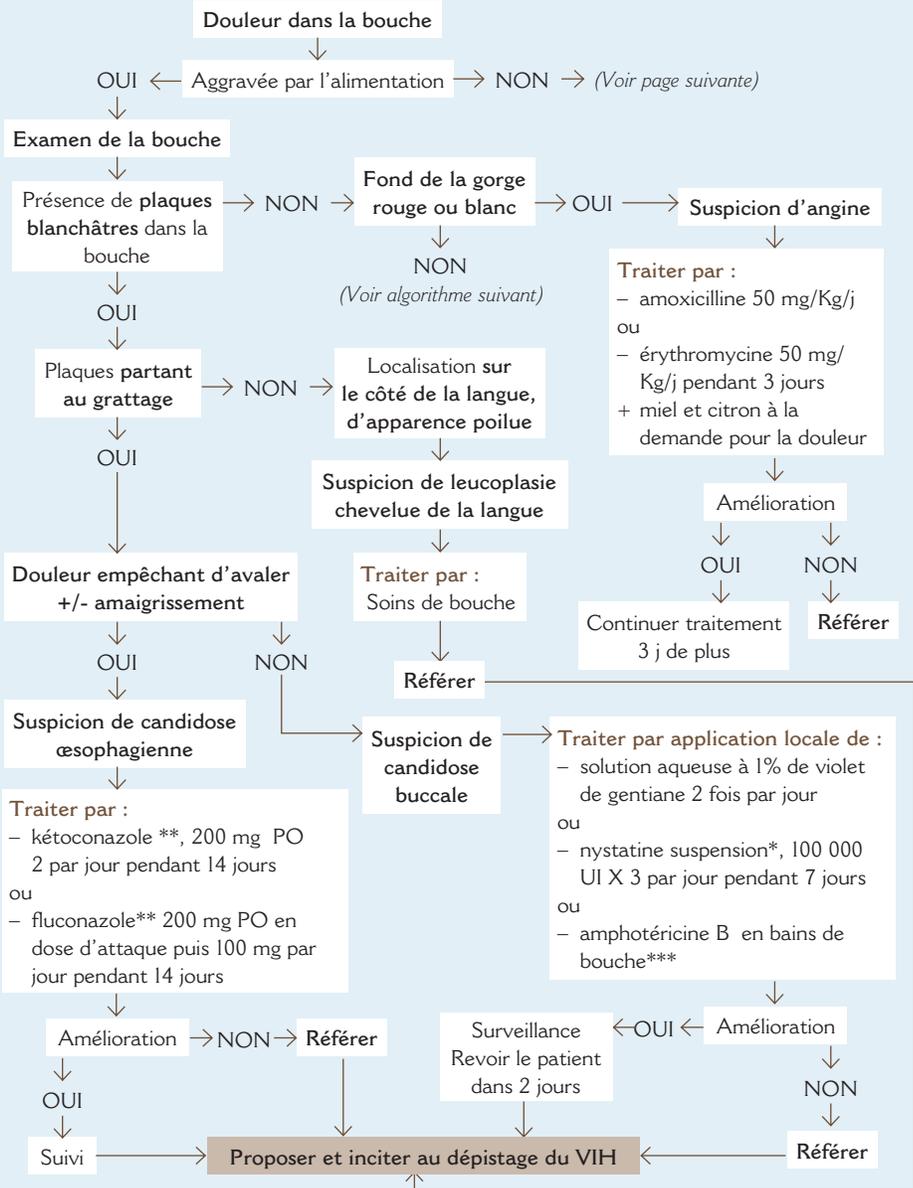
Dans les zones saines, il faut pratiquer un brossage régulier et doux des dents avec une brosse traditionnelle ou moderne.

Surveiller la courbe de poids.

Remarque générale

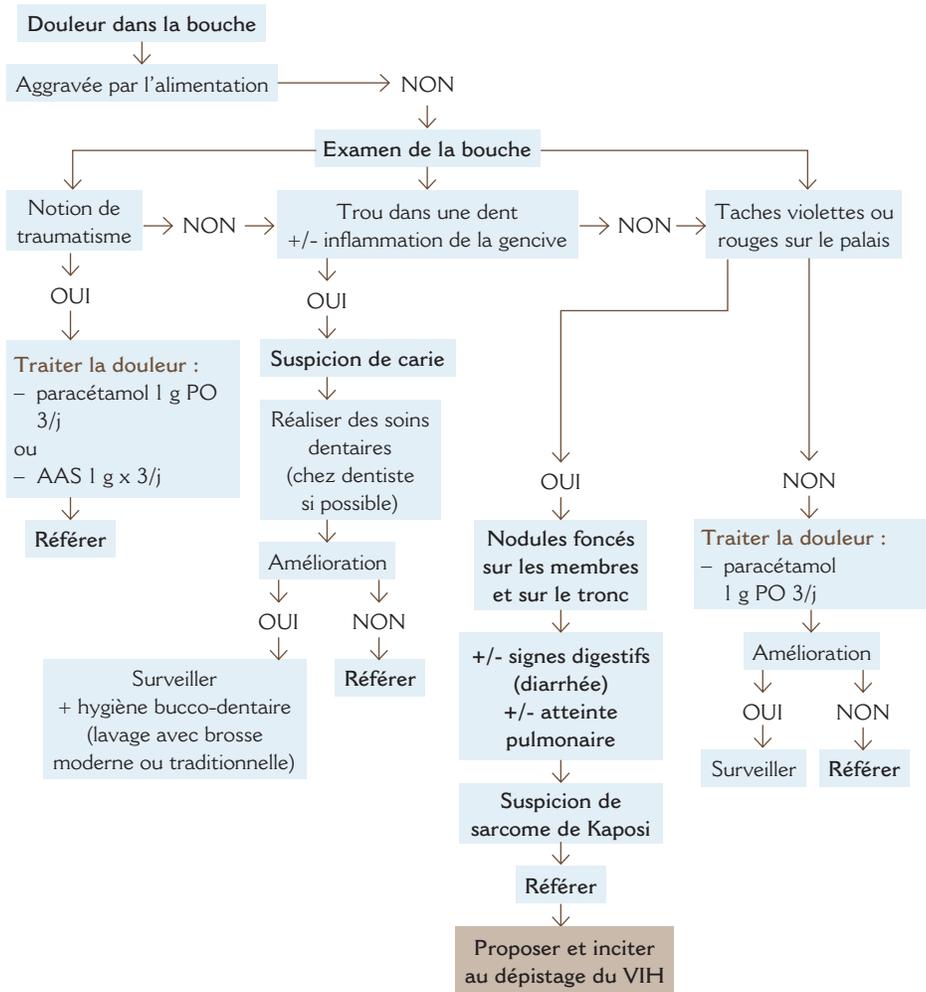
Il faut toujours examiner la bouche de vos patients car de nombreuses lésions buccales sont évocatrices de l'infection à VIH.

Algorithme n° 7.1 : Douleurs dans la bouche



PO = Per os (par la bouche)

Algorithme n°7.2 : Douleurs dans la bouche (suite)



PO = Per os (par la bouche)

* Comment prendre la nystatine en suspension ?

Mettre la nystatine suspension dans la bouche et la garder quelques minutes avant de l'avalier.

Après l'avoir prise : ne rien manger ni boire pendant 20 minutes ; attendre au moins une heure avant de faire un bain de bouche.

* On peut remplacer la nystatine suspension par la nystatine ovules gynécologiques à 100 000 UI : laisser fondre dans la bouche 3 à 5 ovules/j pendant 21 jours.

** kétoconazole et fluconazole sont contre-indiqués en cas de suspicion de grossesse et de prise d'anti-tuberculeux ou d'ARV.

*** Préparation de l'Amphotéricine B pour bain de bouche : mettre un flacon de suspension du produit dans 500 ml d'eau bicarbonatée à 14 p. 1 000.

Les lésions de la bouche sont souvent très douloureuses et empêchent le patient de s'alimenter correctement, d'où un amaigrissement parfois important.

On peut avoir recours à un traitement antalgique pour calmer la douleur :

→ paracétamol 1g PO 3/j

ou

→ AAS 500mg x 3/j

Céphalées = douleurs à la tête

Définition

Maux de tête sévères ou persistants, dont l'intensité augmente progressivement et/ou qui ne cèdent pas aux antalgiques habituels.

Face à un patient qui se plaint de céphalées, l'infirmier doit rechercher des signes associés :

- signes neurologiques : troubles de la conscience, paralysie, convulsions...
- fièvre ($> 38^{\circ}\text{C}$)
- vomissements
- lésions dentaires
- troubles de l'acuité visuelle

Le classement suivant oriente vers une cause probable :

Maux de tête aigus et inhabituels

Associés soit à des signes méningés (voir fiche «Syndrome méningé»), soit à des écoulements de nez.

Maux de tête aigus et récidivants (type migraine)

- Douleur intense (pulsatile), unilatérale
- Nausées
- Troubles visuels (le patient craint la lumière)
- Douleur parfois calmée par le repos ou le sommeil ou au contraire aggravée par l'activité.

Maux de tête chroniques

Douleurs à la tête qui durent depuis plus de 2 semaines.

Objectif du soin

L'objectif est de supprimer la ou les douleurs après s'être assuré que le mal de tête n'était pas le signe d'une affection grave, comme une méningite ou un abcès du cerveau.

Actions et surveillance infirmières

Il faut recueillir le maximum d'informations sur les circonstances d'apparition des douleurs, leur intensité et leur siège.

Intensité de la douleur

L'intensité peut être jugée sur : les pleurs, les attitudes antalgiques (ex. le patient se cache de la lumière, il se roule en boule dans son lit, se tient la tête entre les mains...), l'arrêt des activités quotidiennes...

Localisation

Points douloureux ou douleur diffuse, en casque...

Moment de la journée où surviennent les douleurs

Matin, fin de journée, nuit

Signes cliniques associés

Troubles de la conscience, convulsions, nausées, vomissements, fièvre...

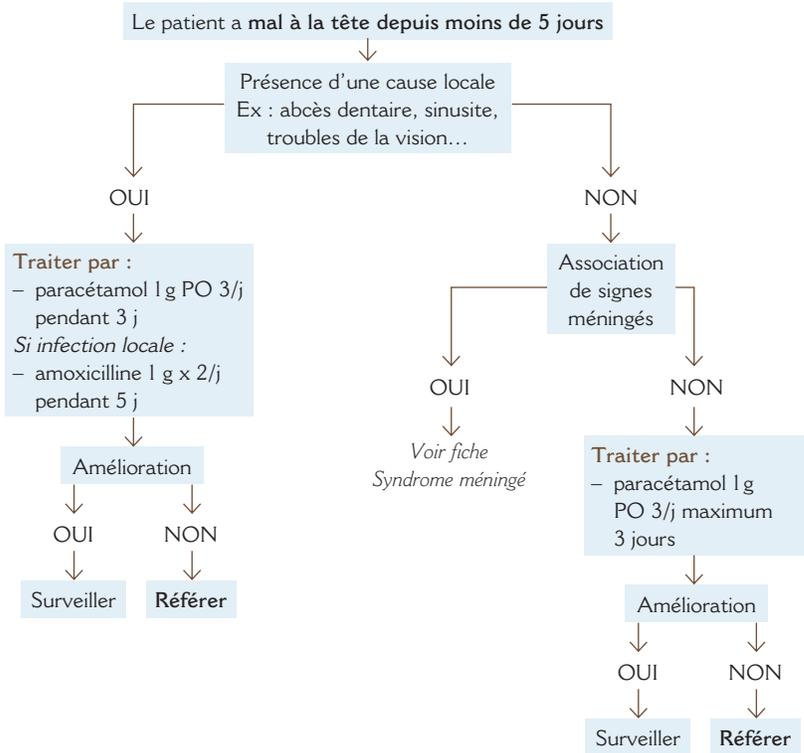
Gestes à accomplir

- Allonger le patient dans un endroit calme et semi-obscur ;
- Prendre la **tension**, le pouls, la température ;
- Rappel : tension supérieure à 140/90 = hypertension artérielle ;
- Chercher des signes associés ;
- Rassurer le patient ;
- Calmer la douleur avec des antalgiques ;
- Evaluer l'efficacité du traitement antalgique en observant les attitudes du patient et en le questionnant.

Signes cliniques de l'hypertension intracrânienne

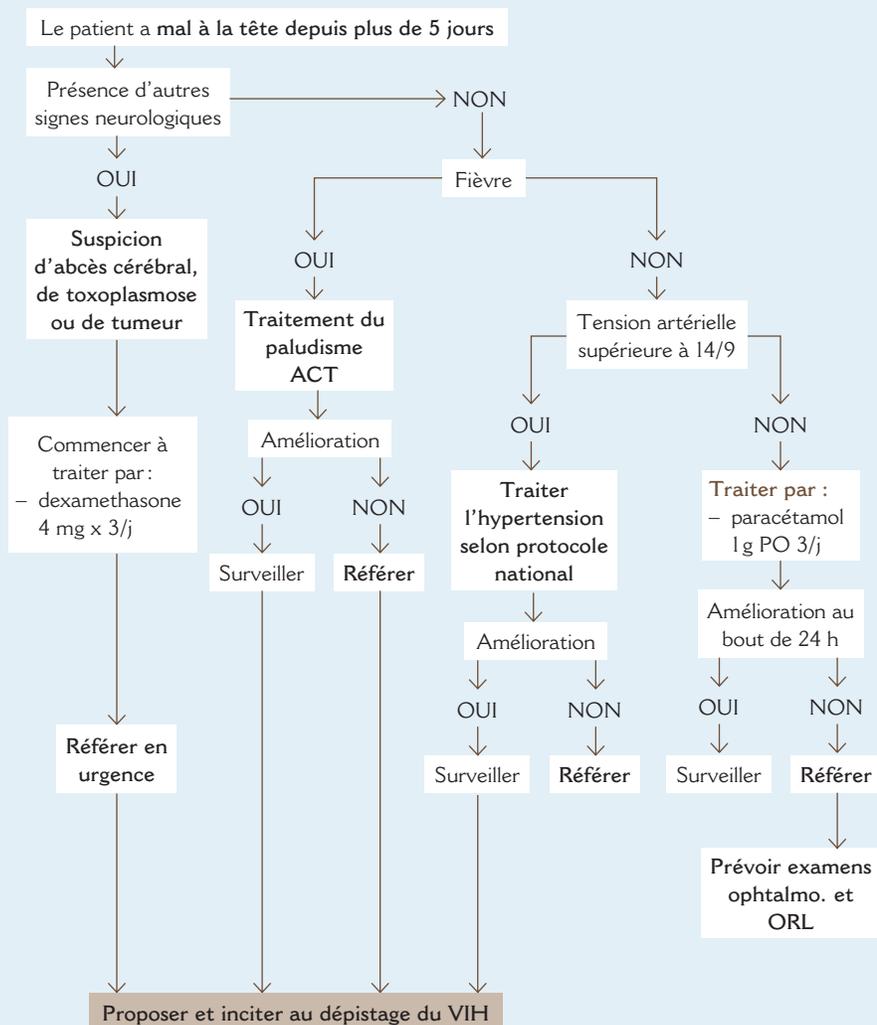
- Douleurs à la tête souvent nocturnes ou matinales
- Nausées
- Douleurs soulagées par les vomissements et aggravées par les efforts
- Résistance aux antalgiques usuels

Algorithme n° 8.1 : Mal de tête aigu



PO = Per os (par la bouche)

Algorithme n° 8.2 : Mal de tête persistant



PO = Per os (par la bouche)

Troubles urinaires, dysurie

Définition

Ce sont toutes les difficultés à uriner : mictions fréquentes (pollakiurie) et en petites quantités et/ou douleurs (ou brûlures) en urinant.

Objectif du soin

Rétablir une fonction urinaire normale : miction indolore, et pas plus de 5 mictions par jour.

Gestes et surveillance infirmiers

- Rassurer le malade
- Noter les quantités d'urines éliminées demander à voir les urines
- Noter leur aspect (troubles, foncées)
- Faire boire beaucoup (2l/j) d'eau ou boissons sans alcool sauf si œdèmes
- Traiter la cause le plus rapidement possible
- Donner des conseils d'hygiène individuelle
- Demander une abstinence de rapports sexuels pendant 8 jours
- Chercher à voir la ou le(s) partenaire(s)

En cas d'anurie (absence totale de miction) : référer en urgence.

Si le patient a des œdèmes et surtout s'il en apparaît, il faut référer.

En cas de récurrences, penser à une tuberculose ou à une autre pathologie et référer.

Utilisation des bandelettes urinaires

Les bandelettes urinaires sont des outils pratiques mais chers permettant de rechercher la présence dans les urines de certains composés chimiques.

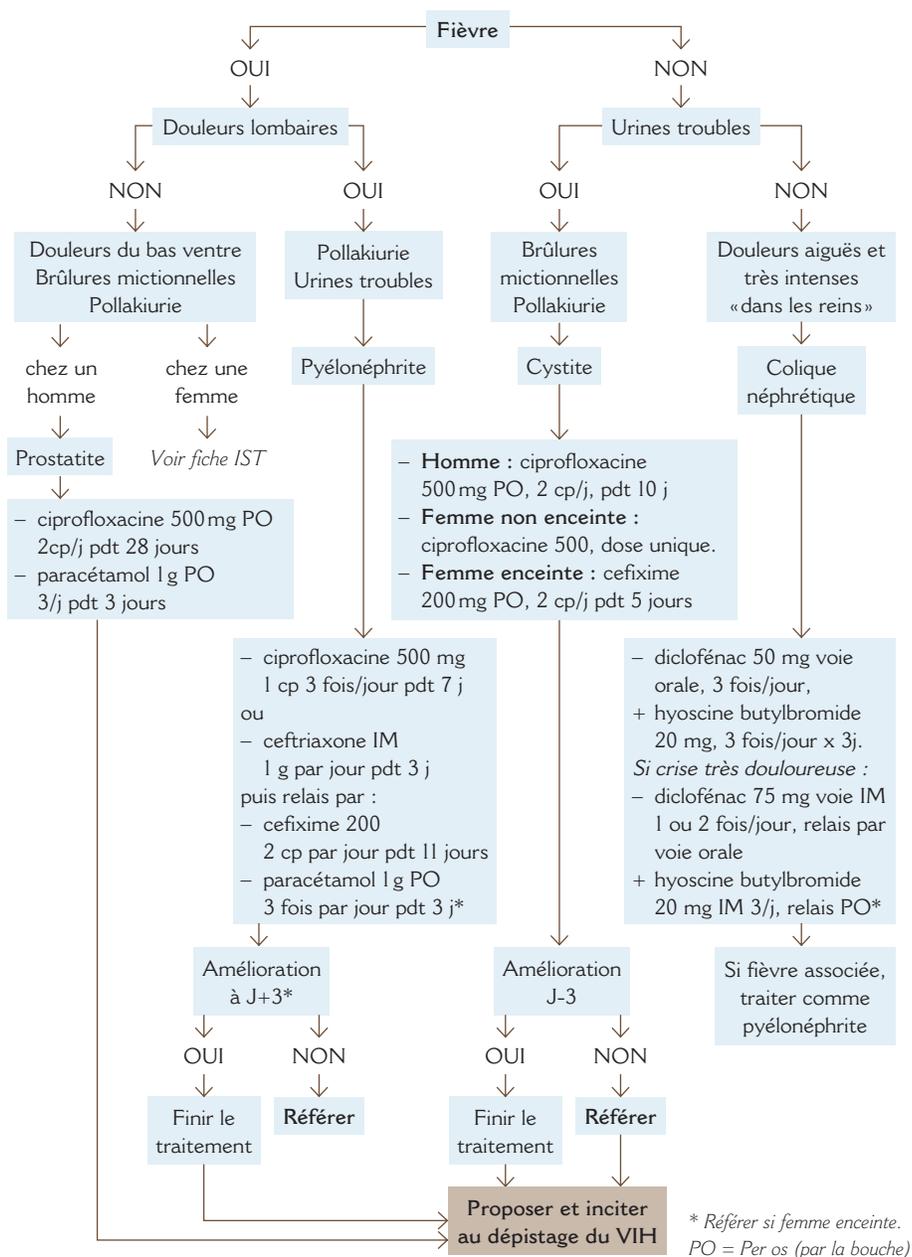
Des plages de couleurs différentes permettent de rechercher ces composés et d'évaluer approximativement leur concentration.

Elles sont plongées dans un échantillon d'urines prélevé en milieu de jet, puis comparées aux bandelettes de référence.

Les bandelettes urinaires aident au diagnostic et à la surveillance de diverses affections :

- Maladies rénales : recherche d'une protéinurie, signe de mauvais fonctionnement rénal (pouvant être une complication d'infection urinaire).
- Infection urinaire : présence de nitrites (=signe indirect) et/ou de leucocytes (signe direct), mais ces tests sont chers.
- Autres affections : glycosurie et cétonurie en cas de diabète, bilirubinurie au cours des maladies hépatiques.

Algorithme n°9.1 : Troubles urinaires



Syndrome méningé

Définition

Ensemble de signes liés à une infection des enveloppes du cerveau et de la moelle épinière (les méninges) par des bactéries, des virus, des champignons ou des parasites.

Objectif du soin

Evaluer, soulager et référer.

Gestes et surveillance infirmiers

Diagnostiquer

Les principaux signes cliniques du syndrome méningé sont les céphalées :

- Violentes, diffuses, souvent pulsatiles
- Constantes
- Aggravées par la lumière, les mouvements de la tête, le bruit
- Ne cédant pas aux antalgiques habituels
- Irradiant vers le cou et le rachis

Ces céphalées sont accompagnées de vomissements, sans nausée préalable, sans effort (lors des changements de position).

D'autres signes peuvent également être présents : troubles du rythme cardiaque (pouls ralenti = bradycardie), troubles respiratoires (fréquence ralentie avec pauses respiratoires), hypertension artérielle, constipation, trouble de la conscience.

A l'examen clinique, les signes du syndrome méningé sont :

- **La raideur de la nuque** : c'est le signe de méningite le plus précoce et le plus constant. Elle se recherche par la flexion passive de la tête sur le thorax. Le mouvement est limité par la contracture douloureuse des muscles cervicaux postérieurs. Les mouvements latéraux sont moins douloureux et possibles.
- **L'attitude « en chien de fusil »** : elle est due à la contracture rachidienne.
- **Le signe de Kernig** : il se recherche en pliant les membres inférieurs sur le bassin, jambes étendues : une douleur s'oppose à ce mouvement et oblige le patient à plier les jambes.
- **Le signe de Brudzinski** : les tentatives de flexion de la tête vers l'avant entraînent une flexion involontaire des membres inférieurs.

Evaluer la gravité

Les signes de gravité sont :

- Les troubles de la conscience (obnubilation, états confusionnels, coma)
- Les convulsions, surtout chez les enfants.
- Le purpura : toute éruption purpurique (taches de couleur violette) doit évoquer une méningite à

méningocoques et faire débiter immédiatement une antibiothérapie avant le transfert.

→ Alerter et préparer le transfert

Agir

- Soulager : mettre le patient dans un local calme, aéré, dans l'obscurité, le couvrir avec des linges humides pour le rafraîchir et faire baisser la température.
- Traiter par paracétamol.

Tout syndrome méningé doit, si possible, être confirmé par un examen du liquide céphalo-rachidien (LCR)

Cet examen nécessite une ponction lombaire (PL). Dans certains pays, les infirmiers sont autorisés à la faire, dans d'autres il faut transférer à l'hôpital de district.

La décision concernant le syndrome méningé dépend de deux facteurs :

- soit vous êtes dans une zone où sévit la méningite à méningocoque et/ou en période épidémique (de février à avril);
- soit le patient peut être infecté par le VIH (référer au centre de référence VIH).

Dans le cas d'une **méningite bactérienne**, le LCR a les caractéristiques suivantes :

- aspect très trouble,
- présence de nombreux lymphocytes (vus à l'examen microscopique),
- concentration en protéines (protéinorachie) élevée,

- présence de *cocci* Gram négatif groupés par deux (ou antigène positif au test au latex) s'il s'agit de méningocoques.

Un traitement antibiotique doit être débuté en urgence en cas de méningite bactérienne.

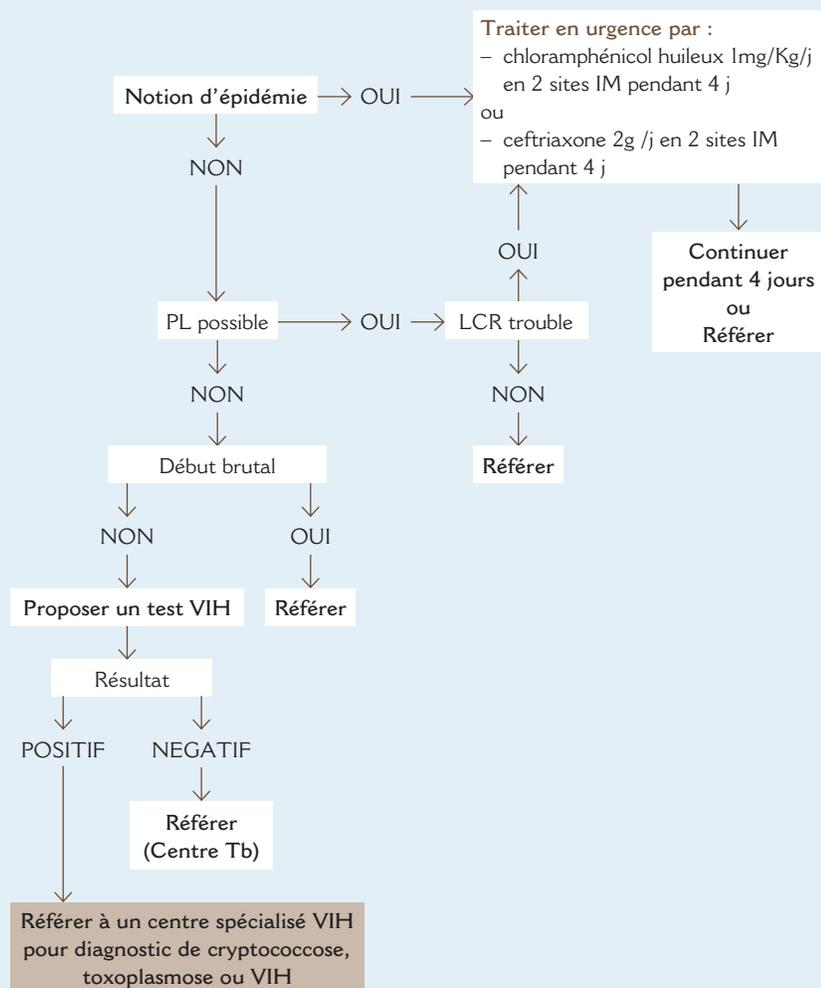
Le chloramphénicol huileux (retard) et/ou la ceftriaxone peuvent être utilisés.

Les deux produits agissent dès la première injection → Chloramphénicol retard en suspension huileuse et ceftriaxone sont actifs en injection unique.

La **méningite tuberculeuse** est d'évolution progressive, avec un LCR clair, une protéinorachie élevée et une glycorachie (teneur en glucose dans le LCR) diminuée. Il est rare de trouver des bacilles tuberculeux à l'examen bacilloscopique, il faut attendre la culture.

La **méningite à cryptocoque** est d'évolution lente, avec un LCR légèrement trouble contenant peu de cellules, une protéinorachie augmentée, une glycorachie diminuée. On ne voit rien à l'examen microscopique tant que l'on n'examine pas le LCR avec une goutte d'encre de Chine : les coques apparaissent en négatif entourés d'un halo clair (il existe aussi un test au latex). Elle est rare chez les sujets non infectés par VIH.

Algorithme n° 10.1 : syndrome méningé



03

Traiter

Ce chapitre aborde de façon simple les questions du traitement médical des affections liées au VIH et de la maladie VIH elle-même

Prophylaxie par le cotrimoxazole (CTX)

Pour réduire le risque de mortalité et de morbidité chez une personne infectée par le VIH, trois types d'interventions sont possibles :

- le traitement antirétroviral (ARV) ;
- la prise en charge curative des affections opportunistes quand elles surviennent ;
- le traitement préventif (ou « prophylactique ») de certaines infections opportunistes.

Définition

La prophylaxie est la prise d'un médicament pour prévenir l'apparition d'une infection ou d'une maladie

Le médicament utilisé est celui prescrit pour le traitement mais souvent à des doses inférieures.

Cette prophylaxie doit être poursuivie tant que le risque existe.

Objectif de la prophylaxie

Le VIH a comme cible principale les lymphocytes CD4, cellules impliquées dans l'immunité. La diminution progressive des CD4 (de plus de 1000/mm³ au début à 0/mm³ à un stade très avancé de la maladie) sous l'effet du virus entraîne une plus grande fragilité vis-à-vis de certaines pathologies infectieuses ou tumorales.

En Afrique sub-saharienne, les affections opportunistes graves les plus fréquentes sont : la tuber-

culose et les maladies bactériennes sévères. Le risque de développer ces infections commence tôt dans la maladie, bien avant que les CD4 ne passent en dessous de $200/\text{mm}^3$. La pneumocystose pulmonaire est rare chez l'adulte en Afrique.

Les prophylaxies des infections opportunistes sont complémentaires des traitements ARV. Elles doivent être prescrites tant qu'une personne reste dans une zone d'immunodépression à risque (autrement dit, tant que les CD4 persistent en dessous d'un certain seuil), que cette personne reçoive un traitement ARV ou non.

Actions et surveillance infirmiers

Avantages et risques de la prophylaxie par le cotrimoxazole

Le cotrimoxazole est utilisé en France depuis la fin des années 1980, essentiellement en prophylaxie de la pneumocystose pulmonaire. En Afrique sub-saharienne, la pneumocystose est rare chez l'adulte. Mais plusieurs essais thérapeutiques ont prouvé qu'il y avait un bénéfice fort à prescrire une prophylaxie par le cotrimoxazole, puisque ce médicament a une efficacité préventive contre la pneumocystose et la toxoplasmose, mais aussi contre l'isosporose, le paludisme, et certaines maladies bactériennes (sinusites, otites, pneumopathies, septicémies, entérites, infections cutanées).

Cette efficacité se traduit par une forte réduction de la morbidité et de la mortalité.

La prophylaxie par le cotrimoxazole est facile à prendre (1 comprimé par jour) et relativement peu chère (environ 1000 FCFA par mois sous forme de générique).

Risques du CTX

Comme tout traitement médicamenteux, des risques individuels existent. Ils sont :

- cutanés : risque d'allergie (le plus souvent prurit isolé pendant le premier mois, rarement fièvre et éruption ou érythème pigmenté fixe, et très rarement syndrome de Lyell);
- hématologiques : risque de cytopénies, principalement de neutropénies (en général modérées).
- hépatiques : risque d'hépatite (très rare, en général en association avec d'autres médicaments hépatotoxiques).

Si une femme enceinte VIH positive nécessite une prophylaxie par le cotrimoxazole, elle sera débutée quelque soit le stade de sa grossesse. Les femmes qui allaitent doivent poursuivre la prophylaxie.

Tout enfant né de mère VH+ de plus de 6 semaines doit être mis sous CTX en attendant de savoir si il est infecté ou non.

Cette prophylaxie ne sera arrêtée que si l'infection VIH a été éliminée avec certitude.

Prescription chez l'adulte

Critères de mise en route

On recommande de débiter le cotrimoxazole en Afrique sub-saharienne assez tôt, c'est-à-dire :

- soit quand les CD4 sont descendus en dessous de $500/\text{mm}^3$;
- soit, si on n'a pas accès à une numération de CD4, s'il existe un (ou +) signe d'infection par VIH chez un sujet dont on a la certitude de la séropositivité pour le VIH.

Prescription

La posologie est de 1 comprimé par jour de cotrimoxazole fort, tous les jours. La prise peut se faire à n'importe quel moment de la journée.

Chez l'enfant : cf. tableau de prescription du CTX en annexe 7.

Toutes les spécialités ou génériques correspondant à ce dosage «fort» (800mg de sulfaméthoxazole + 160mg de triméthoprim) sont équivalentes.

Une fois le traitement débuté, il doit être poursuivi tant que les risques d'immunodépression existent. Il peut être arrêté si le patient a plus de $500 \text{ CD4}/\text{mm}^3$ depuis 6 mois.

Critère d'interdiction définitive

Le seul critère d'interdiction définitive est l'allergie connue aux sulfamides.

Critères d'interdiction temporaire

Le cotrimoxazole ne peut pas être prescrit tant qu'un des critères suivants persiste :

- traitement curatif en cours par tout autre sulfamide ;
- grossesse au premier trimestre et allaitement pendant les 6 premières semaines ;
- baisse des polynucléaires, hépatite ou insuffisance rénale sévère.

Bilan paraclinique systématique à réaliser avant mise sous traitement

Le traitement peut être débuté après un examen clinique, aucun examen complémentaire systématique n'est conseillé. Les examens pouvant conduire à mettre en évidence un critère d'exclusion temporaire (NFS, bilan hépatique, fonction rénale) ne sont réalisés qu'en cas de signe clinique.

Interactions médicamenteuses

Le cotrimoxazole peut être associé à tous les autres médicaments SAUF les sulfamides (attention notamment à ne pas utiliser le sulfadoxine-pyriméthamine (SP) en cas d'accès palustre chez une personne sous prophylaxie).

En cas de nécessité d'un traitement par sulfamides, il faut donc interrompre le cotrimoxazole pendant la durée de ce traitement.

Le cotrimoxazole peut être associé aux antituberculeux, il convient cependant, d'être attentif à l'apparition d'un ictère.

Le cotrimoxazole peut être associé aux antirétroviraux. Chez les personnes prenant de l'AZT, il faut surveiller l'apparition de neutropénie par des NFS mensuelles, au début.

Modalités de surveillance d'une personne sous prophylaxie CTX

Recommander aux patients d'interrompre immédiatement le traitement et de venir consulter en cas de : prurit intolérable, éruption cutanée (avec ou sans fièvre), lésions cutanées bulleuses, ictère ou début de grossesse avérée.

Biologique

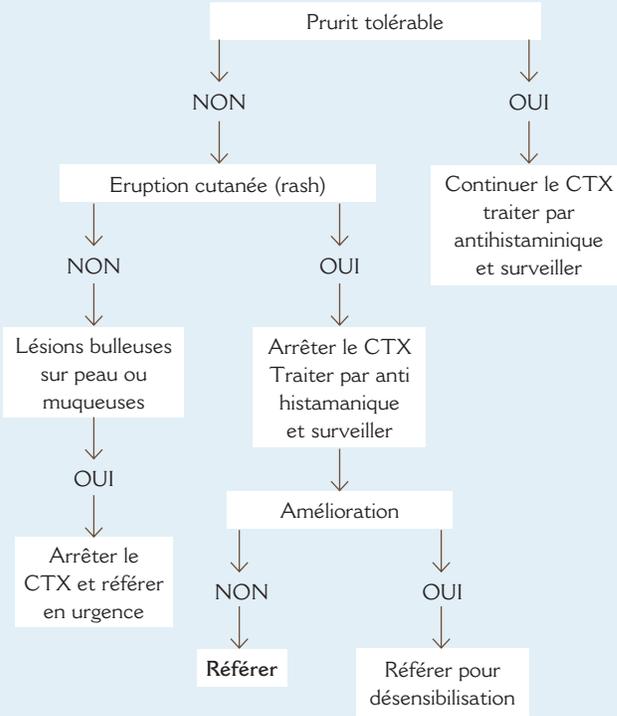
Si possible conseiller la réalisation systématique d'une NFS tous les trois mois, en surveillant particulièrement les polynucléaires neutrophiles.

Gestion des éventuels effets secondaires du traitement

Effets secondaires cutanés

Voir «Algorithme effets secondaires cutanés du CTX», page suivante.

Algorithme n° 11.1 : Effets secondaires cutanés du CTX



Le premier signe est le prurit il doit attirer l'attention mais pour un patient sous ARV c'est un signe fréquent sans rapport souvent avec le CTX

PO = Per os (par la bouche)

Effets secondaires hématologiques

En cas de baisse significative et inquiétante des polynucléaires, des plaquettes ou de l'hémoglobine sous cotrimoxazole :

- arrêter le cotrimoxazole jusqu'à ce que les chiffres soient revenus aux chiffres antérieurs ;
- traiter d'autres causes éventuelles de l'anomalie ;
- réintroduire le traitement, avec surveillance hebdomadaire de la NFS ;
- interrompre le traitement si les chiffres baissent une deuxième fois en dessous du seuil et adresser la personne à un centre de référence.

Effets secondaires hépatiques

En cas d'ictère, interrompre le cotrimoxazole jusqu'à disparition des signes cliniques et chercher la cause.

Si une autre étiologie explique l'ictère, reprendre le cotrimoxazole après guérison de cette cause.

Les IST (infections sexuellement transmissibles)

Définition

Ce sont toutes les maladies et infections dont la transmission se fait lors de rapports sexuels.

Autrefois appelées MST ou maladies vénériennes, la définition a été étendue aux infections pour tenir compte des affections qui se présentent sous 2 formes : une phase sans manifestation clinique d'infection et une phase de maladie (VIH, syphilis).

Ces affections peuvent aussi être transmises par voie sanguine ou, plus rarement, par l'intermédiaire d'objets.

Elles se développent d'abord sur les organes génitaux puis leur extension est souvent régionale (adénopathies inguinales) ou générale (VIH, syphilis).

Toutes les IST, sauf l'infection par VIH, sont étudiées dans ce chapitre

Objectif du soin

L'objectif est de guérir l'IST (quand existe un traitement éliminant l'agent causal) ou de la soigner pour éviter les complications (lorsque les seuls médicaments disponibles ne peuvent pas détruire tous les agents étiologiques).

Une préoccupation majeure du soignant est la prévention de la contamination du ou des partenaires et de la recontamination du patient.

L'infirmier a un rôle majeur de sensibilisation et d'information du patient et de ses partenaires

Gestes et surveillance infirmiers

Gestes

- Ne pas juger ;
- Rassurer éventuellement le patient ;
- Expliquer que les signes ne disparaîtront pas avant 2 ou 3 jours ;
- Dialoguer sur les prises de risque du patient ;
- Discuter sur la nécessité de consulter le, la ou les partenaires ;
- Recommander l'abstinence sexuelle pendant 8 jours ;
- Sensibiliser à la prévention, à l'usage du préservatif ;
- Informer sur le bon usage du préservatif.

Dans tous les cas il faut

- Proposer un dépistage VIH
- Informer sur la nécessité de faire le test (les IST favorisent l'infection VIH)
- Donner toutes les informations pratiques pour effectuer le test
- Revoir le patient après la réalisation du test

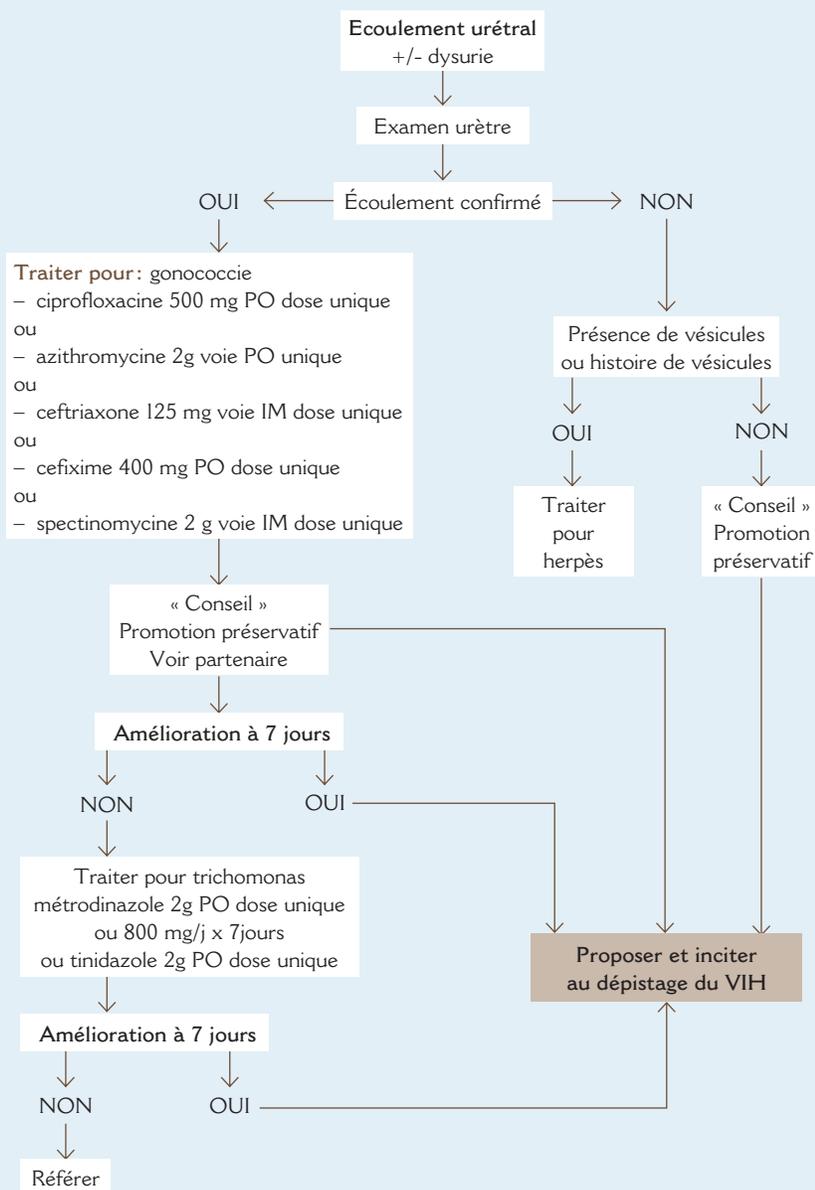
Surveillance

Examiner le patient 3 jours et 10 jours après pour vérifier la disparition des signes.

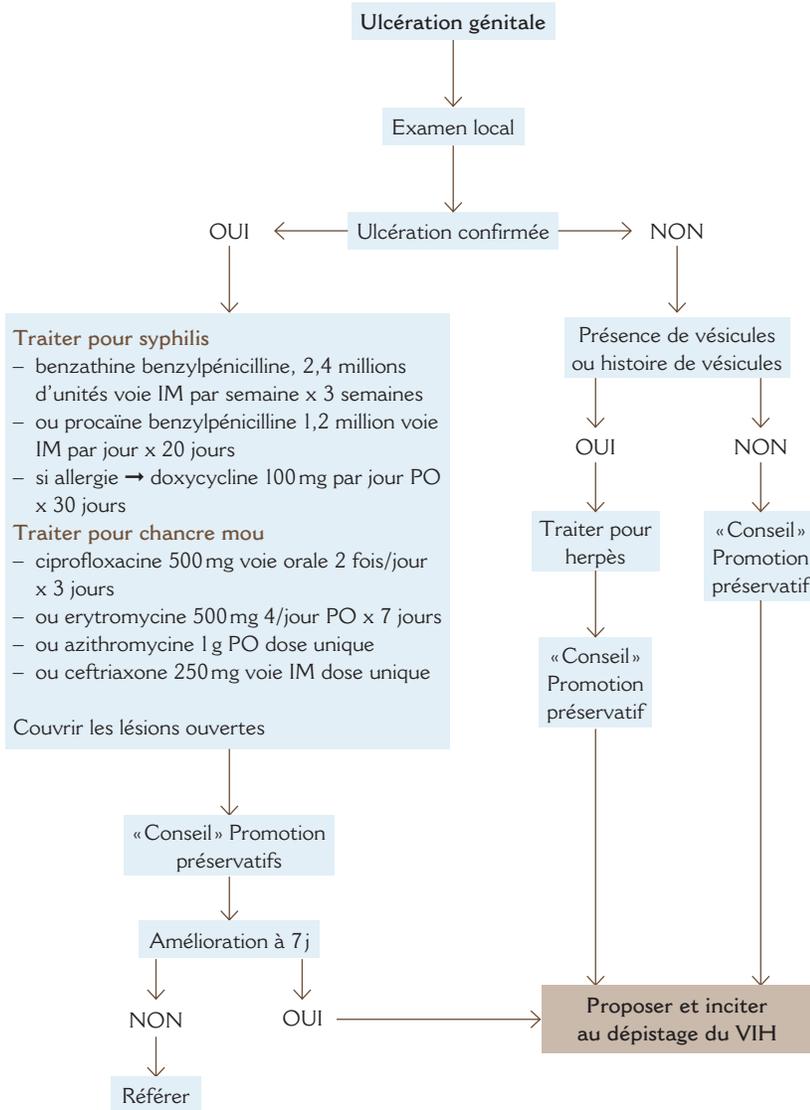
Convoquer le, la ou les partenaires le plus vite possible.

Les algorithmes suivant reprennent le document de l'OMS sur la prise en charge des IST.

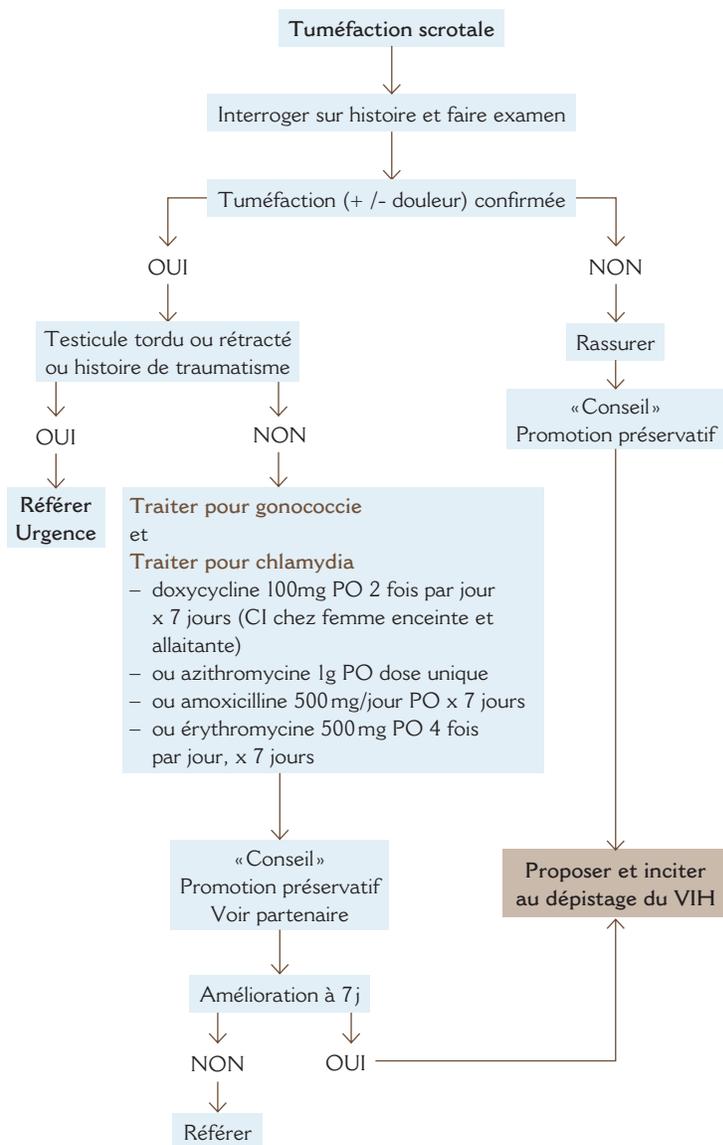
IST n° 12.1 : Écoulement urétral



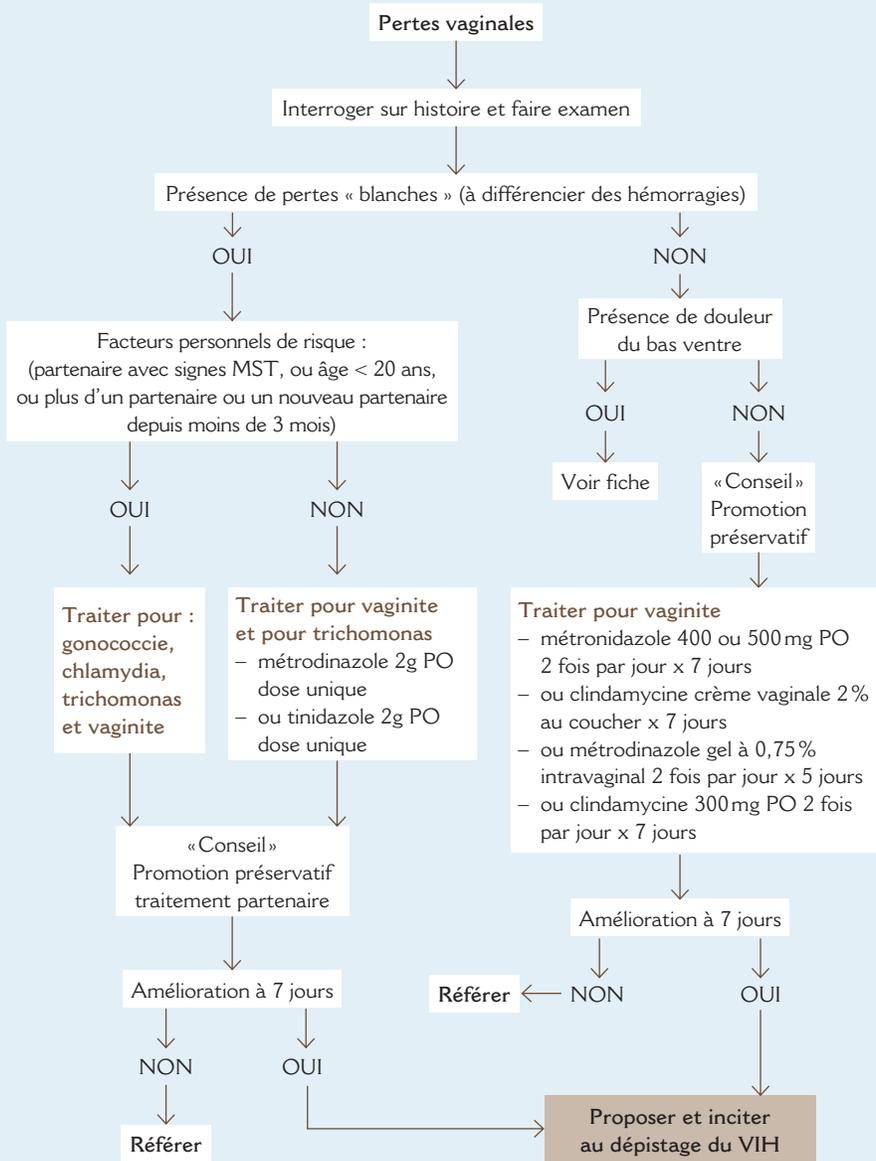
IST n°12.2 : Ulcération génitale



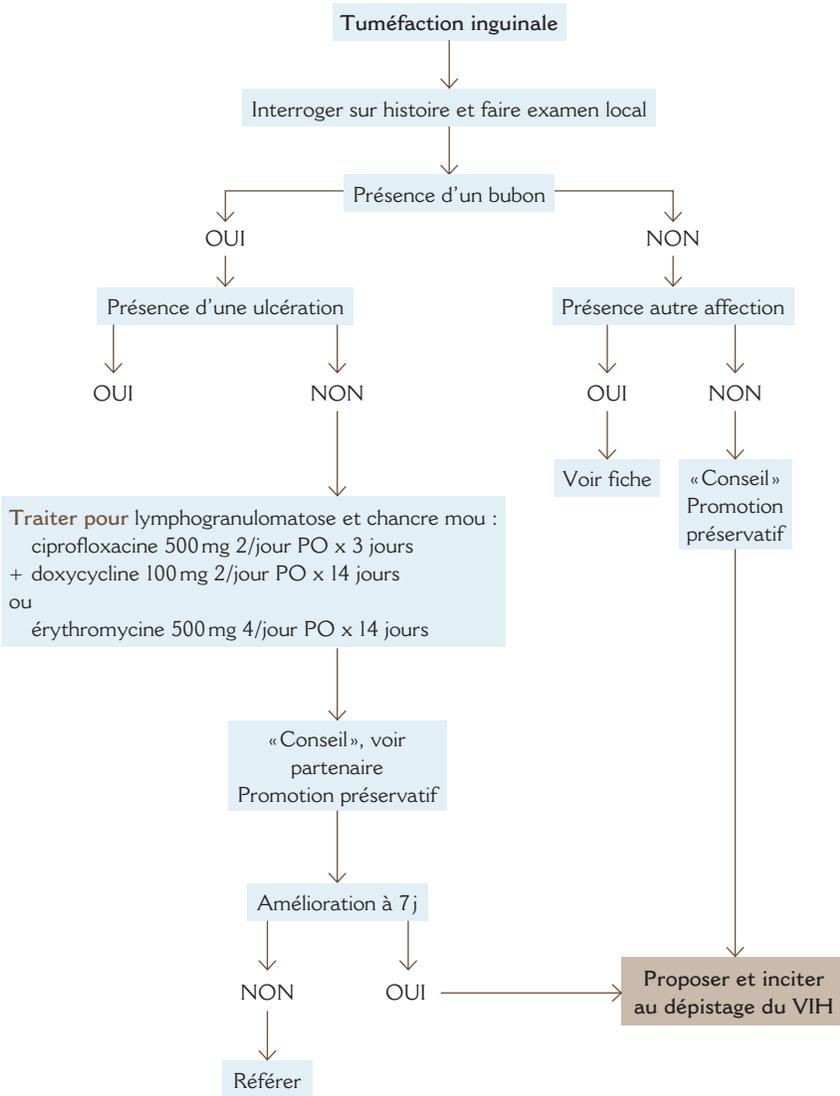
IST n° 12.3 : Tuméfaction scrotale



IST n° 12.4 : Pertes vaginales



IST n° 12.6 : Tuméfaction inguinale (bubon)



Cas particuliers - Traitements recommandés

Conjonctivite gonococcique néo natale

- ceftriaxone 50 mg/Kg voie IM dose unique
- ou
- spectinomycine 25 mg/Kg dose unique

Conjonctivite gonococcique adulte

- ceftriaxone 125 mg voie IM dose unique
- ou
- ciprofloxacine 500 mg voie orale dose unique

Chlamydia chez femme enceinte

- érythromycine 500 mg 5 fois par jour x 7 jours
- ou
- amoxicilline 500 mg 3 fois par jour x 7 jours

Syphilis

Chez la femme enceinte

- érythromycine 500 mg 4 fois par jour x 15 jours ou 30 jours si syphilis tertiaire

Syphilis congénitale

- benzylpénicilline aqueuse 100 000 à 150 000 U/Kg/jour voie IV (50 000 toutes les 12 heures) x 10 jours
- ou
- procaine benzylpénicilline 50 000 U/Kg une fois par jour voie IM X 10 jours

Granulome vénérien (donovanose)

- azithromycine 1 g voie orale le 1^{er} jour ; 500mg le jour suivant

ou

- érythromycine 500mg voie orale 4 fois par jour x 7 jours

ou

- doxycycline 100mg oral x 2 jours

Herpès génital

- aciclovir 200mg voie orale 5 fois par jour x 7 jours

- aciclovir 400mg voie orale 3 fois par jour x 7 jours

- famciclovir 250mg voie orale 3 fois par jour x 7 jours

Chez le nouveau-né :

- aciclovir 10mg/Kg voie IV 3 fois par jour x 10 à 20 jours

Crête de coq

- Traitement par azote liquide ou nitrate si possible sinon,

Application de :

- Crème de podophyllotoxine 0,3% deux fois par jour x 3 jours puis arrêt de 4 jours et reprise 4 fois ou,
- Crème de imiquinol 5% avant le coucher 3 fois par semaine x 16 semaines

Candidose

- clotrimazole ovule 500 mg une fois

ou

- nystatine 100 000 unités voie intravaginale x 14 jours

Gale

- lindane 1% lotion à appliquer sur tout le corps, rincer 8 heures après

ou

- permethrine crème à 5%

ou

- benzylbenzoate lotion à 25% à appliquer le soir x 2 nuits en changeant de vêtements

Poux

- lindane 1%

ou

- permethrine 1%

Médicaments des infections opportunistes (IO)

Le traitement spécifique des infections opportunistes (IO) sera initié dans les centres spécialisés.

Vous aurez, dans la plupart des cas, à suivre ces traitements qui sont longs, et les patients viendront vous voir pour des conseils et des encouragements. Il est donc souhaitable de connaître ces traitements.

La plupart des ces IO présentent des signes qui font l'objet du chapitre 2, où figurent les algorithmes établis à partir des signes les plus fréquents. Ces algorithmes vous permettront également de prescrire des traitements symptomatiques. Le tableau ci-dessous reprend les traitements spécifiques des IO ainsi que les signes qui s'y rapportent.

IO	Algorithmes correspondants	Traitement spécifique
Candidose buccale	lésions buccales	kétoconazole, fluconazole, violet de gentiane, nystatine suspension
Candidose vaginale	IST (pertes)	nystatine cp gynéco, clotrimazole cp gynéco
Cryptococcose neuroméningée	mal de tête syndrome méningé	amphotéricine B, fluconazole
Diarrhée aiguë due à salmonelles ou autres germes	diarrhée aiguë	CTX, ciprofloxacine, SRO, codeïne, lopéramide, albendazole, métronidazole, antispasmodique
Diarrhée chronique à coccidies ou sporidies	diarrhée chronique	CTX, métronidazole, albendazole, SRO, hyoscine, codeïne, lopéramide
Eruptions cutanées, prurigo, abcès	lésions cutanées (prurigineuses et tuméfiées)	crotamiton, dexchlorphéniramine, cloxacilline
Herpès récidivant, zona	lésions cutanées (vésiculeuses)	violet de gentiane, éosine aqueuse, acyclovir
Pneumocystose	toux aiguë fièvre	CTX, atovaquone, disulone, terpine codéinée, paracétamol
Pneumonies banales	toux aiguë fièvre	amoxicilline, CTX, AAS, paracétamol, terpine codéinée
Sarcome de Kaposi	lésions cutanées (tuméfiées) lésions buccales	bléomycine, doxorubicine, vincristine
Toxoplasmose	mal de tête fièvre	pyriméthamine, sulfadiazine, dexaméthazone, sulfadoxine, AAS,
Tuberculose	toux chronique	prise en charge au centre anti-tuberculeux

Affections classantes

Il est souvent fait mention de patient symptomatique, notion qui rend le patient éligible au traitement ARV, c'est pourquoi nous vous donnons 2 tableaux qui vous permettront de classer vos patients et de les adresser rapidement au service spécialisé quand vous pensez qu'ils peuvent bénéficier de ce traitement ARV.

Quand penser à une infection par VIH?
IST actuelle ou dans les antécédents récents
Signes cutanés <ul style="list-style-type: none"> ulcération génitale dermatite prurigineuse généralisée zona herpès chronique ou récidivant infections cutanées récidivantes tumeurs cutanées bleuâtres (Kaposi)
Signes gastro intestinaux <ul style="list-style-type: none"> muguet (candidose buccale ou oro pharyngée) déglutition difficile diarrhées
Signes neurologiques <ul style="list-style-type: none"> céphalées convulsions raideur de la nuque paralysies démence
Signes respiratoires <ul style="list-style-type: none"> toux chronique essoufflement qui s'aggrave
Signes généraux <ul style="list-style-type: none"> fièvre perte de poids ganglions augmentés de volume
Tuberculose confirmée (toutes formes)

Classification clinique du SIDA de l'adulte	
Signes majeurs	perte de poids de + 10 % en un mois diarrhée durant depuis plus de 15 jours fièvre prolongée (>38°C pendant 3 semaines)
Signes mineurs	toux depuis + 2 semaines candidose buccale herpès chronique ou récidivant zona ganglions (+ de 1) augmentés de volume fatigue chronique dermatite prurigineuse généralisée
Diagnostiques médicaux indicatifs	tuberculose sarcome de Kaposi toxoplasmose cérébrale cryptococcose méningée pneumocystose rétinite à cytomégalo virus
Sérologie VIH positive + 1 signe majeur ou, 2 signes mineurs ou, 1 diagnostic indicatif = malade SIDA devant être traité par ARV	

Il est aussi possible de se référer à la classification OMS (cf. annexe 4).

Le traitement par anti-rétroviraux (ARV) (ou HAART en anglais)

Définition

Il s'agit de prescrire à un patient infecté et immunodéprimé des médicaments spécifiques anti-rétroviraux.

Ces médicaments agissent spécifiquement contre le virus VIH mais ils ne peuvent pas détruire tous les virus présents dans l'organisme,

- d'une part parce que le virus VIH se modifie rapidement et développe des mécanismes de défense contre les ARV,
- d'autre part parce que des virus VIH se trouvent dans des sites protégés dans l'organisme humain et que les ARV ne peuvent pas les atteindre.

Il n'est pas possible pour le moment d'arrêter le traitement comme on peut le faire avec les autres maladies bactériennes ou parasitaires, il faut le maintenir indéfiniment.

Au total... Le traitement ARV est un traitement pour toute la vie (comme le diabète ou l'HTA), un traitement lourd (plusieurs prises par jour et des effets secondaires), nécessitant une bonne adhérence pour être efficace et demandant un suivi complexe.

Objectif du soin

L'objectif est de traiter le patient pour :

- diminuer le nombre de virus dans l'organisme = baisser sa charge virale (CV)
- reconstituer les défenses immunitaires à base cellulaire (augmenter le nombre de lymphocytes CD4)
- améliorer l'état clinique (reprise de poids et des activités, diminution du nombre des infections opportunistes et associées).

Le traitement ARV n'est pas la seule intervention médicale à mener contre le VIH.

Avant de passer aux ARV ;

- il est nécessaire de traiter les infections opportunistes (pour cela il faut suivre les algorithmes du chapitre précédent),
- il faut faire une prophylaxie au cotrimoxazole (voir fiche),
- il faut soutenir le patient pour qu'il mène une vie saine avec une alimentation équilibrée (voir fiche plus loin).

Gestes et surveillance infirmiers

Initier un traitement ARV

L'infirmier en périphérie même s'il ne peut ni initier la mise en traitement ARV, ni prescrire ces ARV (ceci est réservé aux services spécialisés), peut et doit :

- s'assurer du statut du patient en vérifiant la qualité du dépistage effectué ;

- suivre la clinique de son patient et le référer si celui-ci présente une affection «classante» (voir encadré) qui lui permet de bénéficier des ARV ;
- éventuellement faire faire un comptage régulier de CD4 pour que le patient puisse bénéficier des ARV si le taux descend sous le seuil défini dans le protocole national (le seuil recommandé par l'OMS est $< 350 \text{ CD4/mm}^3$);
- référer si nécessaire ;
- aider le patient à gérer sa nouvelle vie ;
- s'assurer du soutien de la famille et de la communauté, créer si nécessaire la base de ce soutien ;
- discuter avec le patient de son hygiène de vie et de son alimentation ;
- participer à l'information du patient pour son traitement (éducation thérapeutique) ;
- aider le patient qui a débuté son traitement à soutenir l'observance ;
- s'assurer qu'un bilan biologique de base a été réalisé avant la mise sous traitement; ce bilan de base comprend l'Hb, les transaminases et les CD4.

Le rôle de l'infirmier en périphérie est primordial du fait de sa proximité, en effet le patient le verra plus souvent que le médecin ou l'infirmier du centre spécialisé. Le patient passe 20 à 30 minutes dans ce centre tous les mois ou tous les 2 mois, alors qu'il a la possibilité de venir au dispensaire presque tous les jours.

Bases du traitement ARV

Les centres spécialisés

Sont des structures de santé qui fonctionnent, en hospitalisation, en hôpital de jour ou en traitement ambulatoire

Ces structures doivent garantir approvisionnement, stockage, distribution et dispensation des ARV de qualité et de façon permanente.

Initiation du traitement ARV

Sur une base clinique chez tous les patients symptomatiques

Après comptage des CD4 chez les patients asymptomatiques

Si les lymphocytes CD4 sont $< 350/\text{mm}^3$

Certaines circonstances associées peuvent conduire à relancer la mise sous traitement ou à modifier sa composition.

Les ARV ne suppriment pas tous les virus, ils doivent donc être pris toute la vie

Quels médicaments ?

Il y a plusieurs types de médicaments selon leur site d'action sur le virus.

Les inhibiteurs nucléosidiques (IN) ils se substituent à un acide aminé de la reverse transcriptase

Les inhibiteurs non nucléosidiques (INN) ils bloquent le fonctionnement de la reverse transcriptase par un autre moyen

Les inhibiteurs de la protéase (IP), ils bloquent cette enzyme nécessaire à la fabrication des virus dans la cellule

Les inhibiteurs de la fusion du virus à la cellule ou de l'intégration du virus dans la cellule. D'autres médicaments seront disponibles dans l'avenir.

Quel traitement ?

Une trithérapie dans tous les cas soit,

- 2 IN + 1 IP :
- 2 IN + 1 INN :
- 3 IN

Il existe des associations à éviter comme AZT + D4T, ou D4T + DDI

Suivre un traitement ARV

Au plan de l'efficacité il faut surveiller 3 critères

- la clinique : poids, maladies opportunistes et associées
- l'état immunitaire : l'immunodépression doit s'atténuer ou disparaître (Nb de CD4)
- la charge virale lorsque celle-ci est disponible qui représente le nombre de virus dans l'organisme donc le résultat direct des effets du traitement.

Au plan de la tolérance, le traitement ARV ayant de nombreux effets secondaires il faut surveiller un certain nombre d'organes pouvant être lésés par les ARV avec un examen tous les mois au début, tous les 3 mois ensuite.

Pour la surveillance clinique et biologique, il faut orienter la recherche des signes et les examens biologiques en fonction des molécules utilisées.

- signes cliniques
 - si AZT : rechercher une anémie
 - si NVP ou EFU : rechercher des signes cutanés ou une toxicité hépatique.
- signes biologiques
 - si AZT : Hb
 - si EFV : transaminases

Effets secondaires des ARV	
Nom	Effets secondaires
INTI	
AZT (zidovudine)	Anémie +++
ddl (didanosine)	Diarrhée Toxicité pancréatique Neuropathie périphérique
d4t (stavudine)	Neuropathie périphérique +++ Toxicité pancréatique Lipodystrophie +++
abacavir	Intolérance cutanée Signes généraux d'hypersensibilité Fièvres, nausées, vomissements
INNTI	
NVP (névirapine)	Eruption cutanée Toxicité hépatique
EFV(efavirenz)	Eruption cutanée Troubles neurosensoriels : vertiges, cauchemars ...+++ Toxicité hépatique
IP	
Toutes	Augmentation de la glycémie Elévation des lipides : - Tryglycérides - Cholestérol total - LDL cholestérol Lipodystrophie Diarrhée

Toute apparition confirmée de ces signes et de toute anomalie biologique doit faire référer le patient au service qui lui a prescrit les ARV.

Pour l'observance, chaque rencontre avec le patient doit être l'occasion de discuter avec lui de la façon dont il suit les prescriptions (voir plus loin fiche « observance »), des problèmes qu'il a pour supporter son traitement et des relations qu'il entretient avec son entourage.

Le suivi du traitement se réalise sur trois plans : efficacité, tolérance et observance.

Co-infection VIH – Tuberculose

Définitions

Généralités sur la tuberculose (TB)

La tuberculose est une maladie contagieuse due à *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch (BK). Elle peut atteindre tous les organes, mais touche essentiellement l'appareil respiratoire.

La contamination se fait par voie aérienne.

Le réservoir du BK est le malade tuberculeux pulmonaire à microscopie positive : le BK est visible à l'examen au microscope d'un étalement de crachats coloré par la méthode de Ziehl.

Le dépistage et le traitement des patients contagieux sont la base de la lutte contre la TB.

Le premier contact avec le BK constitue la primo-infection tuberculeuse. Elle se traduit par un virage de la réaction tuberculique (intradermoréaction à la tuberculine, IDRT). Dans 90 % des cas, cette primo-infection reste latente, dans les 10 % restants, elle se manifeste par des signes cliniques et radiologiques.

Il existe deux formes majeures de TB :

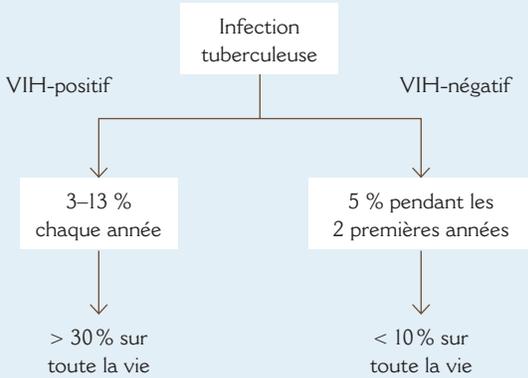
- la TB pulmonaire avec :
 - soit une microscopie positive, très contagieuse,
 - soit une microscopie négative, forme 7 fois moins contagieuse dont le pronostic est plus favorable.
- la TB extra-pulmonaire, qui atteint différents organes, de diagnostic difficile mais non contagieuse.

Interactions VIH/BK

L'interaction se fait dans les deux sens :

1. le BK augmente la réplication du VIH et donc la TB qui accélère l'évolution de l'infection par le VIH.
2. l'immunodépression due au VIH diminue la capacité du sujet à contenir l'infection par le BK ou à prévenir une nouvelle contamination.

Le risque de développer une TB est de 3 à 13 % par an pour une personne séropositive au VIH alors qu'il est de 10 % sur toute la vie pour une personne séronégative.



La positivité de l'examen bacilloscopique est moins fréquente chez les sujets infectés par le VIH ayant un taux de CD4 inférieur à 200/mm³.

Les réactions aux médicaments sont plus fréquentes chez les patients co-infectés.

La réponse IDRT est plus faible chez les patients co-infectés.

Les patients ayant des bacilles dans leurs crachats doivent être isolés de ceux infectés par le VIH et non tuberculeux

Soins et suivi infirmiers

L'infirmier a un rôle majeur pour dépister le plus précocement possible :

- la tuberculose chez tous les sujets, et en particulier chez les patients infectés par le VIH,
- une infection par le VIH chez tous patients tuberculeux.

Il est vivement recommandé de proposer à tout patient tuberculeux ancien, nouveau ou possible, un test de dépistage du VIH (et de l'y inciter).

Dans un second temps, l'infirmier est un acteur incontournable pour orienter le patient en vue du diagnostic et du traitement et pour l'aider à suivre le mieux possible son traitement : gestion des effets secondaires, observance au quotidien, prévention, etc.

Dépistage de la TB

Quand suspecter la TB?

La TB doit être suspectée devant tout malade ayant une toux accompagnée ou non d'expectorations et durant depuis 3 semaines.

Cette toux peut être accompagnée de sang dans les crachats, douleurs, difficultés respiratoires, perte de poids et d'appétit, sueurs nocturnes, fatigue et fièvre.

La suspicion est renforcée par certains signes radiologiques et par la notion d'un contact proche avec un tuberculeux.

Ce constat n'est pas différent chez un patient séropositif avec plus de 350 CD4 par mm³, c'est-à-dire non immunodéprimé.

Comment réaliser le dépistage?

La bacilloscopie est l'examen essentiel : elle consiste à examiner au microscope un frottis de crachat du patient coloré par la méthode de Ziehl Nielsen.

Il est préconisé de réaliser 3 frottis consécutifs sur les crachats recueillis :

- lors de la première consultation ;
- le lendemain matin au lever, dans un crachoir remis au malade ;
- lorsque celui-ci revient avec le prélèvement du lendemain matin.

La production de crachats doit se faire au cours d'un effort de toux succédant à une inspiration profonde.

Si le malade ne peut pas se déplacer, les crachats peuvent être transportés dans un délai de 5 jours s'ils ont été conservés au froid.

Les autres examens n'ont que très peu d'intérêt.

Traitement

Le choix du traitement dépend du statut bactériologique, de la localisation des lésions et des antécédents thérapeutiques.

Les nouveaux cas à traiter sont :

- les patients avec BK dans les crachats (TPM+),
- certains patients avec bacilloscopie négative (TPM-),
- les patients avec TB extra-pulmonaire sur décision du médecin.

Les cas à retraiter sont les suivants :

- rechutes : malades déjà traités et déclarés « guéris » ;
- échecs : nouveaux malades traités et avec crachats positifs après 5 mois ;

- reprises : malades ayant interrompu leur traitement durant plus de 2 mois.

Les principes du traitement :

- toujours une association d'au moins 3 antituberculeux ;
- régimes standardisés (le choix dépend du guide national) ;
- traitement en 2 phases : une initiale intensive et une de continuation ;
- surveillance du traitement (tous les jours au début) ;
- traitement quotidien et régulier ;
- contrôle de l'efficacité du traitement ;
- l'hospitalisation n'est nécessaire qu'en phase initiale pour les patients qui ne peuvent pas être pris en charge en ambulatoire.

Les principaux médicaments sont

- isoniazide (H)
- rifampicine (R)
- pyrazinamide (Z)
- éthambutol (E)
- streptomycine (S)

Schéma pour tous les nouveaux cas

4 antituberculeux (RHEZ) pendant deux mois puis 2 antituberculeux (RH) pendant quatre mois (2 RHEZ/4 RH).

a) Phase initiale

- 2 mois de quadrithérapie RHEZ (isoniazide + rifampicine + éthambutol + pyrazinamide)

- Prise quotidienne le matin 1 heure avant de déjeuner.
- Hospitalisation avec prise quotidienne sous contrôle d'un agent de santé (DOT)*.
- Examen de crachats à l'issue de cette période.

b) Phase de continuation

- Si BK absent : 4 mois de bithérapie RH (isoniazide + rifampicine)
- Si BK positifs : un mois supplémentaire RHEZ puis 4 mois avec RH
- Examen de crachats à la fin du 5^e mois
- Si négatif : finir les 6 mois
- Si positif = échec.

Schéma de retraitement

2 RHSEZ/1 RHEZ/5 RHE

- a) Phase initiale une prise quotidienne + 1 injection de S (hospitalisation)
- Examen de crachats à la fin du 3^e mois

b) Phase de continuation

- Si BK négatif : 5 mois de RHE
- Si BK positif : 1 mois RHEZ puis 5 mois RHE

** Cette supervision quotidienne est la «DOT» ou, en français, «traitement directement observé». Les médicaments doivent être pris sous le contrôle visuel d'un agent de santé ou d'un accompagnateur formé. Cette stratégie, recommandée tant que le traitement comporte de la rifampicine, exige une organisation particulière : soit convocations du patient au centre de suivi, soit visites à domicile.*

Principaux effets secondaires mineurs des antituberculeux		
Médicaments	Effets	Mesures
isoniazide	Insomnie, euphorie Douleurs articulaires Sécheresse de la bouche	Vérifier posologie (5 mg/Kg/j) Contrôler l'heure de prise
rifampicine	Urines colorées Eruption cutanée Gastralgies Dyspnée	RAS Traitement signes
streptomycine	Vomissements Réaction cutanée locale	Réduire dose de ¼ gramme
pyrazinamide	Anorexie Fièvre Eruption cutanée Arthralgies Goutte	Traitement des signes AINS Allopurinol
éthambutol	Nausées Eruption cutanée Goutte	Traitement des signes AINS Allopurinol

Principaux effets secondaires majeurs des antituberculeux		
Effets	Médicament responsable	Mesures
Hypersensibilité généralisée	Tous	Arrêt du traitement Hospitalisation immédiate Traitement approprié
Hémorragies, anémie hémolytique	rifampicine streptomycine	Arrêt total et définitif
Hépatite ictérique	isoniazide pyrazinamide rifampicine	Arrêt du traitement Surveillance Reprise avec posologie R = 5-8 mg/Kg, H = 4-5 mg/Kg
Vertiges, bourdonnements d'oreilles	streptomycine	Arrêt total et définitif
Atteinte du nerf oculaire	éthambutol	Arrêt total et définitif
Anurie	rifampicine	Arrêt total et définitif

Chimioprophylaxie

C'est la protection d'un sujet non malade mais récemment exposé à la contagion. Le traitement est destiné à enrayer la progression de l'infection par le BK vers la maladie.

L'INH à la dose de 5 mg/Kg pendant 6 mois constitue une prophylaxie efficace. Néanmoins, cette stratégie n'est pas généralisable elle n'est envisageable que pour :

- les nourrissons dont la mère a une TPM +
- les enfants de 5 ans et moins vivant dans un foyer avec un sujet TPM +.

Interactions VIH/BK

Clinique

Avant le stade SIDA, chez un patient ayant plus de 200 CD4/mm³, la clinique et la radiologie sont semblables à celles des patients séronégatifs. La fréquence des TEP est similaire. L'IDRT est positive dans 2/3 des cas.

Quand la tuberculose survient chez un sujet infecté par le VIH, on constate les manifestations suivantes :

- les localisations extra-pulmonaires sont plus fréquentes, en particulier ganglionnaires, pleurales, péricardiques, méningées et multifocales ;
- la tuberculose miliaire est fréquente ;
- à la radio : il existe souvent de grosses masses médiastinales, les opacités sont souvent au lobe inférieur, les cavités sont rares, les épanchements fréquents ;

- les localisations inhabituelles existent : cerveau, paroi abdominale ;
- la recherche de bacilles peut être négative ;
- le test IDR peut être négatif ;
- la fièvre et l'amaigrissement sont plus fréquents, la toux l'est moins.

Le traitement (voir algorithme plus bas)

Il est aussi efficace que chez les patients non infectés par le VIH.

Les rechutes et réinfections sont plus fréquentes.

La mortalité est plus élevée.

Il existe des interactions entre rifampicine et divers ARV

La décision de traiter est prise par un médecin du centre antituberculeux ou du centre de traitement ARV.

Rappelons que la survenue d'une TB chez un sujet infecté par le VIH le classe dans le stade 3 de l'OMS, ce qui doit lui permettre de bénéficier du traitement ARV.

Le syndrome de restauration immunitaire survenant dans les premiers mois du traitement ARV peut prendre l'allure d'une aggravation de la TB, il faut référer.

Le BCG

Il peut provoquer une bécégite (réaction inflammatoire au vaccin).

Il ne doit pas être pratiqué :

- chez un adulte infecté par le VIH,
- chez l'enfant infecté et immunodéprimé.

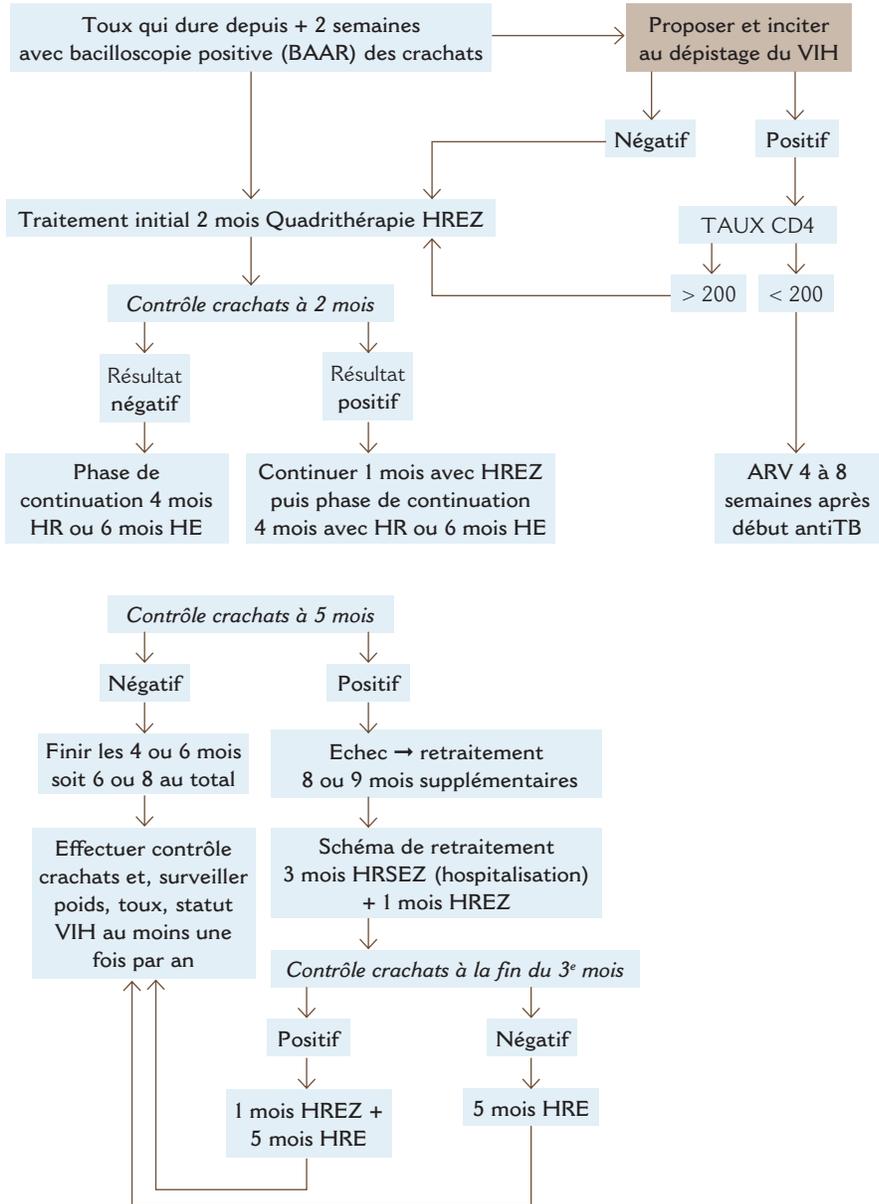
Un enfant né de mère séropositive peut être vacciné comme les autres sauf s'il a une diarrhée ou une toux à répétition. Le BCG peut être pratiqué chez des enfants nés de mère VIH+ et qui sont asymptomatique.

Chimioprophylaxie

La prophylaxie par l'INH réduit le risque de tuberculose maladie et la mortalité chez les patients infectés par le VIH.

La décision sera prise après un examen clinique et radiologique et une IDRT réalisés par les médecins du centre anti-tuberculeux ou du centre VIH/SIDA.

Algorithme n° 13.1: traitement standardisé tuberculose



Pour lutter contre la co-infection tuberculose/VIH, il faut :

réduire la transmission du VIH par :

- la prévention primaire ;
- le conseil et le dépistage volontaires de qualité ;
- un traitement ARV.

réduire la transmission de la tuberculose par :

- l'amélioration du dépistage de la tuberculose ;
- une DOT bien faite.

réduire la réactivation de la tuberculose chez les personnes VIH-positives par :

- le traitement antituberculeux préventif.

réduire la progression du VIH et l'incidence de la tuberculose par :

- le traitement antirétroviral.

04

Prendre
en charge
globalement

Ce chapitre apporte des outils pour une prise en charge globale et pour assurer une continuité des soins.

Effets secondaires des ARV : quelques conseils simples

En cas de diarrhées

Si le médicament doit être pris lors des repas, le prendre à la fin du repas. Et, de manière générale,

- boire de l'eau de cuisson du riz ou de feuilles de goyavier ou de carottes ;
- éviter les produits laitiers, les boissons alcoolisées ou les boissons gazeuses ;
- vous pouvez boire du coca après avoir enlevé le gaz (remuer dans le verre avec une cuillère) ;
- manger du riz et des féculents (ajouter de la poudre de manioc, du tapioca) ;
- boire en quantité suffisante : plus que les pertes occasionnées par la diarrhée ;
- ne pas prendre de « pansements digestifs » : charbon, maalox, smecta, phosphalugel qui empêchent l'absorption des ARV.

En cas de nausées

Si le médicament doit être pris à jeun

- s'il n'y a qu'une prise le prendre avant de se coucher
- s'il y a deux prises décaler la prise du soir au moment du coucher et prendre celle du matin 12 heures avant.

Si le médicament doit être pris au moment des repas, le prendre à la fin du repas.

Il est possible de l'accompagner d'un soda à base de cola non glacé et dont on a enlevé le gaz.

De manière générale,

- éviter la consommation de tabac, café, alcools;
- manger léger;
- éviter les produits laitiers;
- ne pas rester à jeun (manger un morceau de pain ou de «to»).

En cas de sécheresse cutanée

- utiliser du karité sur la peau;
- boire 1,5 litres d'eau par jour minimum;
- ne pas utiliser de savons détergents;
- prendre de la vitamine E.

En cas de cheveux cassants

- utiliser un shampoing pour bébés;
- ne pas utiliser de shampoing sec;
- faire des coupes courtes;
- prendre vitamines E et A.

En cas d'ongle incarné

- faire des bains de permanganate de potassium ou eau de Javel diluée.

En cas d'ongles cassants ou dédoublés

- faire comme pour les cheveux cassants

En cas de troubles du sommeil

- éviter les excitants après 16 heures (café, thé);
- dîner sans alcools, boissons gazeuses, graisses;
- prendre des tisanes calmantes.

Conseils en alimentation pour une personne infectée par VIH

Etre séropositif n'impose pas de régime particulier mais il importe de se nourrir de façon équilibrée pour :

- renforcer son immunité ;
- garder ses muscles ;
- limiter certains effets indésirables des traitements.

Les personnes infectées par le VIH ont des besoins énergétiques plus importants.

Ces besoins sont de 10 % supérieurs à ceux d'une personne non infectée lorsque le malade est encore dans une phase asymptomatique et peuvent être augmentés de 20 à 30 % en phase d'état.

Pour atteindre une efficacité maximum du traitement ARV, il convient d'avoir une alimentation équilibrée et suffisante (recommandation difficile à appliquer pour des malades subissant des contraintes économiques fortes).

L'infirmier doit si possible, encourager l'utilisation d'aliments très caloriques et riches en protéines afin de limiter la perte pondérale.

Information sur l'hygiène : laver, éplucher, se laver les mains...

L'idéal est de faire 3 repas équilibrés dans la journée.

Aliments riches en calories et en protéines (liste non exhaustive)

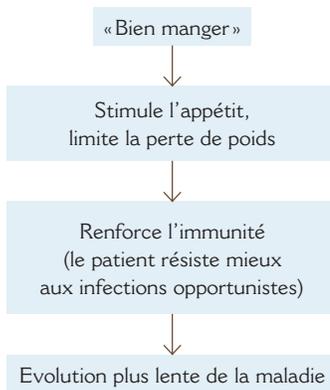
avocat, noix de coco, lait en poudre entier, yaourt ou lait fermenté, produits à base de soja, fromage, viande, poisson, volaille, fruit sec, céréales, œufs, haricot en grain, lentilles, pomme de terre, patates douces, bananes, manioc, millet, sorgho, riz, maïs

Les objectifs infirmiers

sont les suivants :

- Maintenir le poids corporel ;
- Remplacer les vitamines et les minéraux perdus ;
- Maintenir les activités quotidiennes.

Au total,



Actions et surveillance infirmiers

Évaluer la perte de poids

- Peser la personne une fois par semaine toujours le même jour.
- Noter son poids et la date sur une feuille spéciale qui sera gardée pour permettre à l'infirmier de suivre l'évolution de la maladie (pour un adulte moyen, une perte de 10 % du poids corporel soit environ 6-7 kg en un mois est une perte de poids sérieuse = signe de maladie VIH).
- Observer si les vêtements deviennent amples.

Reprendre du poids

- Augmenter la quantité et la fréquence des repas.
- Manger plus de féculents (riz, maïs, millet, sorgho, blé, pain, patates douces, manioc et banane).
- Augmenter la consommation de haricots secs, de denrées à base de soja, de lentilles, de pois, d'arachides...
- Inclure tous les types de viande, volaille, poisson et œufs aussi souvent que possible.
- Manger entre les repas.
- Si possible, il faut encourager la personne à continuer ses activités quotidiennes (ménage, travail agricole).

Les cas particuliers

S'il y a trop de graisses ou sucre dans le sang

Il faut éviter les régimes stricts, ils entraînent un amaigrissement rapide qui fragilise la santé.

Suivre des conseils de base :

- Limiter le sucré (confiseries, sodas, gâteaux) surtout hors des repas ;
- Utiliser des édulcorants et des boissons allégées en sucres ;
- Limiter les boissons alcoolisées ;
- Eviter les graisses animales : beurre, crème, charcuterie ;
- Eviter le fromage, préférer les yaourts, les fromages blancs ;
- Pour la cuisson utiliser des graisses végétales (maïs, palmes, soja, arachides) ;
- Consommer du poisson, y compris les poissons gras (thon, sardines, maquereau) ;
- Et, pratiquer de l'exercice...

En cas de lipodystrophies

- En parler au médecin ;
- Suivre les conseils ci-dessus ;
- Ne pas chercher à maigrir ou à grossir ;
- Continuer à manger équilibré avec suffisamment de protéines (œufs, poissons).

En cas de perte de poids

- En parler au médecin ;
- Enrichir l'alimentation surtout en protéines (œuf, jambon, poissons) ;
- Fractionner les repas, faire des pauses collations, manger ce qu'on aime, ce qui passe bien, manger en compagnie ;
- Si on souffre de nausées : manger tiède ou froid, dans un lieu sans odeur, arroser les aliments avec du citron ;

- Les compléments alimentaires ne sont qu'un plus, ils ne suffisent pas à se nourrir ou à guérir, de plus ils sont chers et vous avez de meilleures dépenses à faire.

Si ballonnements ou diarrhées

- Manger lentement, en mâchant bien.
- Les aliments qui favorisent ces troubles varient d'une personne à l'autre, les remplacer par des aliments de la même famille.

Les 7 familles d'aliments

Famille	Intérêts	Combien?	Et encore
Fruits et légumes	vitamines, anti-oxydants, sels minéraux, fibres	autant que supporté	frais ou cuits ou en jus tout est bon
Féculeux (pain, riz, pâtes, blé, manioc, légumes secs*)	énergie, protéines végétales	à chaque repas	
Laitages (lait, yaourt, fromage)	calcium, protéines	3 par jour	les fromages sont + gras que yaourts
Viandes, poissons, œufs	protéines	2 par jour	poissons et œufs mieux que viandes
Matières grasses ajoutées	0	limiter graisses animales, pas de fritures	préférer graisses végétales
Produits sucrés		limiter	
Boissons	Eau nécessaire	eau (et jus) à volonté	limiter boissons sucrées et alcoolisées

* les légumes secs sont les haricots, pois, niébé, etc. (niébé, pois ailé et haricots africains sont les plus riches en protéines).

** limiter les boissons gazeuses ou les remuer avec une cuillère avant de boire pour enlever le gaz.

Prise en charge de la douleur chez les patients VIH+

Définitions

La douleur est une réaction sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire.

Plus de 50 % des personnes HIV+ en souffriraient au cours de la maladie.

Les douleurs peuvent être de plusieurs origines : musculaires, en lien avec les pathologies opportunistes, dues au VIH lui-même...

La douleur aiguë est récente et transitoire, elle est un signal d'alarme.

La douleur chronique - douleur maladie - conditionne la qualité de vie car elle retentit sur le sommeil, l'appétit, le vécu quotidien, affectif et social...

Objectif

La gestion de la douleur constitue une priorité dans la prise en charge globale d'un patient VIH +.

L'objectif final est d'améliorer la qualité de vie.

Actions et surveillance infirmiers

Du fait de son caractère subjectif la douleur est parfois difficile à évaluer, en effet, elle est un signe clinique que l'infirmier ne peut pas voir.

C'est pourquoi, dans le but d'objectiver la douleur, il est nécessaire pour l'infirmier de posséder des outils d'évaluation standardisés.

L'infirmier doit évaluer la douleur pour proposer une réponse thérapeutique adaptée à chaque malade.

Evaluer la douleur

L'évaluation est un élément clef dans la bonne gestion de la douleur. En effet, de sa qualité dépend l'efficacité du traitement.

L'infirmier doit faire décrire par le patient le siège et le type de la douleur.

Pour évaluer l'intensité de la douleur, il dispose de moyens simples :

- L'échelle verbale simple (EVS) : l'infirmier demande au patient de quantifier sa douleur en employant des mots précis. Cette échelle est cotée de 0 à 3.

- 0 = pas de douleur NON
- 1 = douleur modérée UN PEU
- 2 = douleur importante BEAUCOUP
- 3 = douleur très intense ENORMEMENT

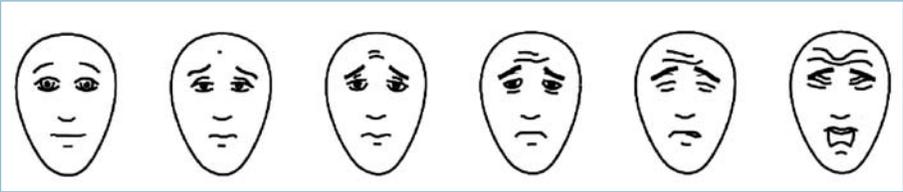
- L'infirmier peut également utiliser les doigts de sa main en les montrant au patient :

- 0 doigt = pas de douleur
- 1 doigt = douleur légère

- 2 doigts = douleur moyenne...
- jusqu'à 5 doigts lorsque la douleur est maximale.

L'échelle des visages (échelle UPSA)

On demande au patient d'indiquer le visage qui exprime le mieux sa douleur. Cette échelle est particulièrement utile chez l'enfant.



Il existe plusieurs types de douleurs.
Le patient VIH + peut souffrir de douleurs aiguës et/ou de douleurs chroniques.

FIG. 6. Echelles des visages : douleurs d'intensité croissante.

L'infirmier évalue également le retentissement de la maladie pour connaître la capacité du patient à exécuter des actes courants, pour apprécier les progrès au cours d'un traitement il existe un indice utilisé dans le monde entier qui est l'indice de Karnofsky (annexe 5),

Utiliser les antalgiques

Les médicaments luttant contre la douleur ou antalgiques ne sont pas tous identiques. Il n'ont pas tous la même force et doivent être administrés selon le type de la douleur et son intensité. En effet, on ne peut pas donner à un patient qui souffre beaucoup le même traitement qu'à un autre qui souffre seulement un peu.

Les antalgiques sont classés en trois niveaux (ou paliers) selon leur action :

- Niveau I : antalgiques non morphiniques → douleurs faibles et modérés
 - acide acétyl salicylique (AAS) et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
 - paracétamol
- Niveau II : agonistes morphiniques faibles → douleurs modérées à intenses
 - dextropropoxyphène
 - codéine
 - tramadol
- Niveau III : agonistes morphiniques → douleurs très intenses
 - morphiniques.

*Pour les douleurs peu intenses :
antalgiques de niveau I*

a) AAS

La posologie maximale est de 2 à 3 g par 24 h (non recommandée chez l'enfant)

Attention

L'AAS (aspirine) peut faire saigner le patient.

L'infirmier doit surveiller si des saignements apparaissent :

- dans la bouche (notamment sur les gencives);
- dans le nez;
- dans les selles.

L'AAS ne doit pas être utilisé en cas de suspicion de dengue (risques hémorragiques).

b) Paracétamol

La posologie est de 3 g maximum par 24 h.

*Pour les douleurs modérées :
antalgiques de niveau II*

a) dextropropoxyphène

1 à 2 comprimés par prise à 8 heures d'intervalle.

b) dextropropoxyphène associé au paracétamol :

400mg de paracétamol et 30mg de dextropropoxyphène par gélule; jusqu'à 6 gélules par jour en 3 à 4 prises.

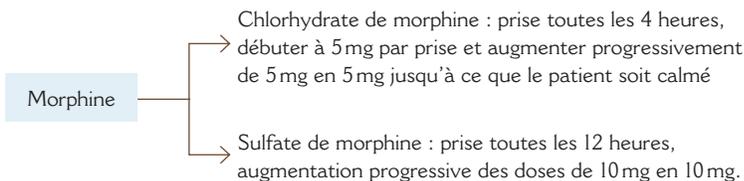
NB il est possible que le dextropropoxyphène ne soit plus disponible dans *certain*s pays.

c) codéine et paracétamol

30mg de codéine et 500mg de paracétamol par comprimé; 2 à 6 comprimés par jour en 3 à 4 prises.

Effets secondaires : nausées, vomissements, constipation...

*Pour les douleurs intenses :
antalgiques de niveau III*



La morphine peut être administrée par voie rectale avec une seringue **sans aiguille** que l'on introduit doucement dans l'anus.

Attention

La prise de morphine peut entraîner, au bout de quelques jours de traitement, des nausées et des vomissements qui peuvent être calmés par des neuroleptiques faibles comme le métoclopramide.

L'administration d'une dose de morphine trop élevée peut provoquer une insuffisance respiratoire.

L'infirmier doit surveiller :

- la fréquence respiratoire (amplitude, régularité);
- le pouls (en cas de détresse respiratoire, le pouls est augmenté = tachycardie);
- la tension artérielle (hypotension).

Si le patient éprouve des difficultés respiratoires = réduire les doses de morphine

La morphine peut également être responsable de sécheresse buccale et de constipation. L'infirmier doit penser à maintenir une bonne hydratation, et peut réaliser des soins de bouche afin d'améliorer le confort du malade.

Ne pas oublier les autres traitements

Il faut utiliser les traitements symptomatiques des vomissements, des diarrhées, des lésions cutanées ou buccales, du manque de sommeil, de l'anxiété.

La prise en charge psychologique doit accompagner ces traitements avec une écoute, un dialogue apportant un soutien et décider une orientation vers les services spécialisés si nécessaire.

L'infirmier doit toujours penser à mettre en œuvre des «petits moyens» aidant à lutter contre la douleur :

- Contact avec le patient (le toucher) ;
- Massage doux (muscles et membres inférieurs) ;
- Friction des zones d'appui (prévention de la survenue d'escarres chez les personnes alitées) ;
- Hydratation et graissage de la peau ;
- Positions antalgiques adaptées (utilisation de coussins, de drap aux points d'appui...);
- Soins de confort.

La parole comme moyen de lutte :

L'infirmier doit écouter les plaintes du patient et adopter une attitude calme et empathique. Il doit permettre au patient d'exprimer ses douleurs et ses craintes.

La prise en charge de la douleur chez un patient inquiet et tendu sera plus difficile. C'est pourquoi, le soignant devra rassurer et apaiser le malade par des paroles bienveillantes.

Le traitement antalgique devra être mis en place après une évaluation de la douleur et sera réadapté grâce à des évaluations régulières.

L'observation et l'écoute sont indispensables pour une prise en charge de qualité.

La douleur ne doit pas être sous-estimée par l'infirmier

L'observance

Définitions

«Un bon traitement»

Quand des médicaments sont prescrits à un patient, c'est pour être efficaces. Le prescripteur va donc utiliser des molécules qui ont prouvé leur efficacité contre une maladie donnée après des essais thérapeutiques bien menés.

Il faut aussi que ce traitement soit bien supporté par le patient c'est à dire qu'il ne doit pas provoquer des effets secondaires cliniques ou biologiques insupportables ou plus dangereux que la maladie que l'on veut soigner. Donc un bon traitement, c'est aussi un traitement bien toléré avec des risques calculés.

Cela ne suffit pas. Un traitement efficace et bien toléré que le malade ne prend pas n'est pas un bon traitement.

Quand un patient prend correctement le traitement prescrit, on dit qu'il est observant ou qu'il adhère à son traitement.

Les médicaments ARV

Les antirétroviraux ne peuvent pas guérir le patient de la maladie mais ils agissent de manière favorable pour ralentir son évolution et améliorer la qualité de vie du malade.

Pour prévenir l'apparition de phénomène de résistance aux médicaments, le traitement ARV doit être suivi sans interruption et une combinaison de trois antirétroviraux (trithérapie), doit être utilisée.

L'observance

L'observance peut être définie comme «le degré de concordance entre les recommandations du médecin et les comportements des malades» ou «l'adéquation des pratiques de prise de traitement aux indications médicales».

L'observance comporte 4 composantes :

- l'observance médicamenteuse : c'est bien sûr la plus importante. En plus du nombre de prises, il faut penser à évaluer le respect des doses, des

horaires, des recommandations diverses (avant ou après les repas par exemple), les interactions médicamenteuses ;

- l'observance des règles hygiéno-diététiques, c'est-à-dire les régimes, l'arrêt du tabac ou de l'alcool par exemple ;
- l'observance du suivi médical, c'est-à-dire le respect du rythme des consultations ou des bilans ;
- L'observance des comportements de prévention.

Objectifs

L'observance est une nécessité, elle a pour but d'augmenter l'adhésion du malade à la prise en charge de sa maladie.

En ce qui concerne les traitements ARV, le seuil d'efficacité du médicament exige que le patient prenne entre 90 et 95 % des doses prescrites.

Mais, l'observance ne doit pas se limiter au seul fait que le patient prenne ou non son traitement. L'observance doit être comprise dans une dimension plus large qui est celle de l'adhésion thérapeutique. Le patient ne doit pas subir le traitement antirétroviral, mais au contraire être acteur du soin et participer activement à la démarche de soin.

Cette observance va se mettre en place à partir de contrats négociés avec le patient, un contrat thérapeutique, un contrat d'hygiène de vie et un contrat de prévention des contaminations.

Actions et surveillance infirmiers

Le contrat thérapeutique

Evaluer l'observance

L'observance est un phénomène difficilement mesurable pour lequel on dispose d'indicateurs divers dont aucun n'est indiscutable. Il n'existe pas de méthode standard pour l'évaluation de l'observance. En fait, la technique la plus simple est souvent la plus efficace.

Le mieux est de demander au patient combien de fois il a oublié une prise de médicaments dans les sept derniers jours.

Reconnaître les déterminants de l'observance

En général l'observance est déterminée par les facteurs suivants :

- la complexité de la posologie ;
- les effets secondaires des médicaments ;
- le défaut d'informations sur les conduites à tenir en cas d'apparition de troubles : nausées, vomissements et diarrhée ;
- le coût du traitement et les frais annexes ;
- la mauvaise qualité de la relation soignant/soigné ;
- l'absence de prise en charge psychosociale ;
- la stigmatisation des individus VIH + et la persistance de préjugés autour de la maladie ;
- l'isolement social et la non implication de l'entourage dans la démarche de soin.

En Afrique il faut ajouter :

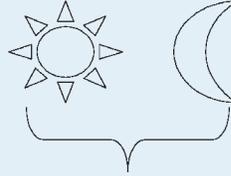
- les ruptures de stocks en médicaments ;
- l'éloignement des centres de prise en charge ;
- le manque de personnel soignant qui complique les rendez vous ;
- la concurrence des systèmes de santé traditionnels ou des religions plus prégnante que dans les autres pays.

Informez les patients du contenu des traitements ARV dont

- leurs avantages ;
- leur durée ;
- leurs inconvénients ;
- les moyens de soulager ces inconvénients ou de les prévenir ;
- le détail de la posologie ;
- des informations précises sur les modalités de prise en charge (lieux, horaires, personnel soignant, etc.).

Les bénéfiques du traitement par ARV
<ul style="list-style-type: none"> - Améliore la qualité et l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH/sida ; - Permet au malade de pouvoir continuer à travailler et ainsi percevoir un salaire ; - Contribue à faire reculer les préjugés sociaux en matière de VIH ; - Encourage aux comportements de prévention ; - Diminue le risque de contamination.

Ces informations sont données oralement et répétées. Elles doivent aussi être relayées par des documents écrits que le patient emporte chez lui. S'il est illettré il est possible d'utiliser des schémas dessinés et qui seront expliqués.

Exemple

Soit = 1 comprimé le matin et 1 le soir

«Eduquer» le patient

Les informations ne doivent pas être seulement fournies de «bas en haut». Il faut que le patient adhère à son traitement. Il faut donc examiner avec lui :

- les raisons personnelles qu'il a de se soigner
- ce qu'il connaît de la maladie et du traitement
- dialoguer avec lui pour trouver les meilleurs moyens pour faciliter les prises (horaires, moyens de se souvenir, prévision des périodes difficiles, etc.)
- engager un contrat de traitement entre le patient et l'infirmier.

Si un patient ne prend pas son traitement de manière régulière, l'infirmier s'attachera à comprendre et analyser les raisons de cette non observance et s'abstiendra d'émettre tout jugement de valeur envers le malade.

Les objectifs infirmiers du contrat thérapeutique

- Expliquer au malade l'importance de la prise régulière du traitement et les conséquences de la non prise ;
- S'assurer que le malade possède le traitement en quantité suffisante ;
- Savoir reconnaître les effets secondaires du traitement.

Le contrat d'hygiène de vie

Le SIDA est une maladie chronique, les observations ont montré que les comportements diététiques, la volonté de mener des activités physiques et sociales ont un rôle déterminant dans l'évolution de la maladie.

Ecouter, informer, expliquer les règles hygiéno-diététiques font partie du projet de soins.

Se préoccuper des maladies associées et le cas particulier du jeûne, des conduites addictives (alcool, tabac, drogues) et en discuter.

Le contrat anti-contamination

Ecouter, informer, expliquer les règles de non contamination des partenaires, la nouvelle vie sexuelle.

Expliquer le cas particulier de la procréation, les risques lors de l'accouchement et de l'allaitement pour les femmes.

Enfin, le soignant luttera autant qu'il le pourra contre la stigmatisation et la discrimination des malades et de leur entourage par des informations justes auprès des populations.

RAPPEL**Instructions concernant la dispensation des médicaments par voie orale**

- Expliquer au patient pourquoi il doit prendre ses médicaments ;
- Lui expliquer comment faire ;
- Expliquer les effets secondaires et comment les prendre en charge ;
- Lui demander de prendre la première dose devant vous dans le but d'évaluer s'il a bien compris vos instructions ;
- Insister sur la fréquence, la quantité et les horaires de prise ;
- Expliquer ce qu'il doit faire s'il oublie une dose ;
- Rassembler les médicaments, les compter, les emballer (emballage différent suivant le type de médicaments), noter sur chaque lot les informations nécessaires sous forme de dessin que vous aurez pris le temps d'expliquer au patient.

Soutien psychosocial des PVVIH

Qu'est ce que le soutien psychosocial face à une PVVIH ?

- C'est traiter la personne comme « une personne qui a une maladie » et pas comme « un malade tout court ».
- C'est une approche globale qui nécessite un travail en réseau avec d'autres personnes et d'autres professionnels et un accompagnement psychologique, économique, social et culturel.
- C'est « FAIRE AVEC » c'est-à-dire accompagner le patient en le considérant comme partenaire actif dans sa prise en charge médicale et s'adapter à lui.

L'infirmier doit :

- **préparer** la personne avant un test de dépistage en l'aidant à réfléchir sur ce que sa vie sera si le test est négatif (prendre des précautions futures) ou s'il est positif et dans ce cas comment elle peut envisager sa vie en PVVIH;
- **établir un contact avec le patient** en se rapprochant ou se laissant approcher par lui;
- **écouter** les inquiétudes et questionnements, **entendre** les émotions, **respecter** les paroles du patient et l'échange et **soutenir** le patient dans le deuil de sa bonne santé, à se rendre compte de ce qui se passe en lui-même, à maîtriser les déterminants de sa maladie et ainsi à continuer à avancer en lui donnant des moyens pratiques pour faire face;
- **garder la confidentialité**;
- **favoriser l'approche familiale**, essentielle pour l'observance pour que la famille, une fois au courant ne rejette pas le membre PVVIH, et puisse aider à la bonne observance;
- **faire des visites à domicile pour** rencontrer les personnes isolées, recenser les difficultés éprouvées et le degré d'acceptation de la maladie et du traitement par le patient, et veiller à ce qu'il ne soit pas rejeté par les membres de sa famille.

Comment soutenir la PVVIH et/ou sa famille ?

- **informer** sur le VIH et le Sida, la progression de la maladie et comment vivre au mieux en étant VIH au quotidien;
- **encourager** à solliciter des rendez vous avec le personnel médical afin d'exposer des questions et des objectifs;

- **offrir un espace de médiation** : convivialité, disponibilité, capacité d'empathie, respect du non jugement, dans une vision assez large du counseling allant bien au-delà du conseil pré et post test.

Quelle est la finalité du soutien psychosocial d'une PVVIH?

Pour un soutien psychosocial efficace du patient, l'infirmier doit veiller à ce que la PVVIH ait un **soutien affectif et social permanent** de sa famille, sa communauté, ses pairs et d'autres PVVIH, cela lui permettra de se sentir suffisamment rassuré et en sécurité pour faire face et aller au-delà de sa maladie sans la cacher.

L'infirmier doit :

- **considérer** la PVVIH comme **un acteur** de la dynamique de soin ;
- **renforcer et faciliter les ressources et capacités du milieu familial** : informer, partager et communiquer.

Quels sont les facteurs psychosociaux à prendre en compte face à une PVVIH?

Il est nécessaire de prendre en compte certains facteurs psychologiques et sociaux afin d'accompagner de façon adaptée une PVVIH.

Pour cela, l'infirmier doit chercher à :

- **évaluer** le niveau de stigmatisation et/ou d'exclusion provoquées par la maladie et le traitement, le deuil et l'abandon qui amènent la déstructuration voire l'éclatement familial, la déstabilisation du couple et la détérioration des relations avec les pairs ;

- **rester vigilant**, du fait du traumatisme dû à l'annonce de la séropositivité, aux comportements défensifs pour y faire face (dépression, déni, stupeur, agressivité, etc.) et aux conséquences psychologiques (angoisse de mort, de solitude, de dégradation corporelle et de l'image de soi, perte de l'estime de soi)
- **encourager** la personne directement car plus une personne est actrice dans le processus de soin, plus l'adhérence au traitement sera facilitée.

Cas particulier des enfant infectés par VIH

L'infirmier peut être amené à accompagner l'enfant dans un service spécialisé et à parler avec les parents de la manière d'annoncer la maladie.

Il doit donc veiller à ce que cet enfant puisse continuer à se construire en ayant des repères.

Pour cela, l'infirmier doit :

- **être honnête** avec l'enfant qui demande des informations et des explications sur sa maladie. Ces explications doivent être adaptées à son stade de développement et calquées sur les questions d'enfant. L'enfant doit connaître son diagnostic dès que son comportement ou ses questions traduisent une recherche en ce sens. Ce diagnostic ne peut être révélé qu'avec l'accord des parents ou des tuteurs.
- **protéger** l'enfant d'un trop plein d'informations sur sa maladie qui peuvent être incompréhensibles, du sentiment de culpabilité (le VIH/Sida n'est pas la résultante d'une mauvaise action de sa part) ;

- **favoriser le retour à une certaine routine quotidienne** : les personnes de son entourage ne doivent pas changer leur manière de s'en occuper ; l'enfant doit, si possible, aller à l'école ou participer à d'autres activités régulières, avoir une hygiène de vie habituelle (repas et heures de sommeil), continuer à s'amuser, à célébrer son anniversaire et les fêtes habituelles, à pouvoir partager ses inquiétudes avec un groupe de pairs.
- Un enfant contaminé peut vivre normalement avec le reste de sa fratrie.

Cas particulier de l'adolescent VIH +

Les adolescents sont très vulnérabilisés par le VIH-Sida par ses conséquences psychosociales, d'autant plus que cette période de leur vie peut être très complexe.

L'infirmier peut-être amené à soutenir un adolescent infecté par VIH qui est initialement confié à un service spécifique et qui peut manifester une mauvaise observance du traitement ou du suivi, expression d'une souffrance psychologique et/ou d'une protection contre la stigmatisation.

L'infirmier doit alors :

- **l'accompagner** dans le deuil de sa bonne santé **et l'aider à faire face à ses angoisses et troubles** (troubles de l'image corporelle, questionnements sur la sexualité et la reproduction, angoisse de mort, questions et angoisses autour du secret du diagnostic, du tabou associé au virus, de l'avenir) ;
- **l'impliquer** dans les activités de guérison, dans la mise en place des stratégies d'adhésion au traitement et dans la création d'un groupe de pairs d'AVVIH ;

Cas particulier de la transmission mère enfant

L'infirmier doit :

- **soutenir la femme pendant la grossesse et continuer à l'accompagner après la naissance** pour qu'elle se sente en confiance et pour qu'elle ait l'information nécessaire autour de la prise en charge du VIH au cours de sa grossesse et pour qu'elle vive au mieux la grossesse, la naissance et la maternité ;
- **encourager** la femme à parler avec son conjoint de sa séropositivité pour que la relation entre le couple soit positive à l'arrivée du bébé et favoriser le bon développement de l'enfant, de la parentalité et pour que le père ait une possibilité de se faire aussi dépister.

Le soutien communautaire (pour les patients affectés ou infectés par VIH)

Définition

«Faire le lien entre la structure de soin et l'environnement du patient»

Le soutien communautaire comporte toutes les actions entreprises pour renforcer la prise en charge du patient VIH. Celui-ci, en plus d'une prise en charge médicale, recevra un soutien psychologique et social de la structure de soin. Sa prise en charge sera alors globale.

L'infirmier s'attachera à créer un lien entre la structure de soin et l'environnement de vie du patient, permettant son intégration dans la communauté et diminuant l'impact négatif de la maladie dans sa vie quotidienne.

Objectifs

- Diminuer l'impact de la maladie dans la vie d'une PVVIH en favorisant son intégration à la communauté, et en renforçant ses liens avec son entourage.
- Cibler au mieux les besoins du patient par une connaissance de son environnement, et favoriser ainsi une meilleure adhésion au traitement.
- Lutter contre les préjugés en favorisant l'intégration du malade dans la communauté et une meilleure connaissance de la problématique VIH/sida.

Actions et surveillance infirmiers

Identifier les patients à risque

L'infirmier doit être capable de repérer les patients les plus vulnérables. Quelques signes doivent l'alerter :

- un patient venant seul ;
- un patient en mauvais état de santé (amaigrissement, rechute, taux de CD4 en baisse...);
- un patient non originaire de la région.

Organiser la prise en charge

L'infirmier doit référer à l'équipe médicale tout nouveau patient vulnérable et vérifier pour un ancien patient qu'il est bien suivi par l'équipe médicale. Il doit décider avec celle-ci de la stratégie à adopter.

Le soutien communautaire suppose un travail d'équipe, celui-ci reposant sur une collaboration des membres de la structure de soins et de la communauté.

A chaque fois que cela est possible, des relais communautaires ou médiateurs devraient travailler au sein de la structure de soin.

Différentes activités peuvent être mises en place par l'infirmier afin de faire le lien entre la structure de soins et l'environnement du malade :

Visites à domicile

L'infirmier peut effectuer des visites au domicile d'une PVVIH. Celles-ci vont lui permettre de connaître ses conditions de vie et d'apporter une réponse adaptée aux difficultés qu'il pourrait rencontrer (isolement social, dénuement...). Ces visites sont également l'occasion de dispenser des soins simples au malade et de lui éviter un déplacement dans la structure de soins.

Il faut veiller avec le patient à ce que ces visites assurent une totale discrétion sur le statut de la personne. Ces visites peuvent être discriminatoires, sauf si elles se font aussi pour d'autres malades, elles ne peuvent se faire qu'avec l'accord de la personne. Parfois la visite peut se faire dans un lieu neutre, autre que le domicile du patient.

L'infirmier pourra, lors de ces visites sensibiliser l'entourage du malade à sa prise en charge, afin que la famille de ce dernier prenne le relais des soins prodigués dans la structure de soins. Les visites sont également l'occasion de sensibiliser et d'éduquer les familles et les communautés, et de favoriser ainsi des changements de comportement.

Groupes de parole

L'infirmier doit inciter le malade à intégrer un groupe d'auto support ou groupe de paroles. Si la structure de soins n'en dispose pas, l'infirmier, accompagné si possible par des acteurs sociaux (psychologue, sociologue, animateur, etc.), peut travailler à la mise en place d'une telle activité.

L'infirmier doit également se mettre en relation avec les associations de PVVIH ou de lutte contre le VIH/SIDA existantes, et les inciter à intervenir dans la structure de soins.

Ces groupes permettront au patient d'échanger avec d'autres malades, de se sentir moins isolé. L'infirmier peut également pousser la famille des PVVIH à y participer, et ainsi à échanger leur point de vue sur la maladie.

Repas communautaires

L'infirmier peut initier dans la structure de soins l'éducation nutritionnelle des malades. Il peut leur prodiguer des conseils alimentaires simples à mettre en œuvre, utilisant des produits locaux et de saison. Il peut également contacter les partenaires existant dans le pays, et leur proposer la mise en place de sessions culinaires destinées aux malades et à leur entourage, débouchant sur un repas en

commun. Cet échange est encore l'occasion de lutter contre les discriminations en favorisant les rencontres entre les malades et la communauté.

Le soutien communautaire suppose donc un travail en lien avec les membres de la structure de soins, mais également avec tous les partenaires intervenant dans la lutte contre le VIH/Sida. L'infirmier doit donc mener un travail de recherche dans son pays, et identifier les structures d'aide aux malades, les associations existantes, qui contribuent à la diffusion d'une information claire sur la maladie, et qui luttent ainsi contre la discrimination dont peuvent être victimes les PVVIH.

Pour favoriser le bien être du patient, l'infirmier doit :

- Etablir une relation de confiance avec la PVVIH et savoir faire preuve de discrétion
- Etre capable de se mettre à la place du malade, et lui apporter le réconfort dont il a besoin
- Encourager la PVVIH à accepter l'infection comme une composante de sa vie
- Respecter les croyances du patient
- Savoir reconnaître ses limites, et référer le malade vers d'autres structures de soins quand cela s'avère nécessaire.



Annexes

Annexe 1

La flottille de l'espoir

Il s'agit d'une méthode de sensibilisation utilisée depuis la fin des années 80 qui peut être lue individuellement, en groupe avec commentaires d'un animateur ou qui peut être le cadre pour animer des séances de sensibilisation à la prévention du sida.

Le sida apparu comme une rivière en 1985 est devenu une inondation dramatique qui déferle sur le monde et l'Afrique en particulier.

L'eau monte inexorablement il n'est pas possible actuellement d'endiguer l'inondation mais il est possible d'échapper à la noyade.

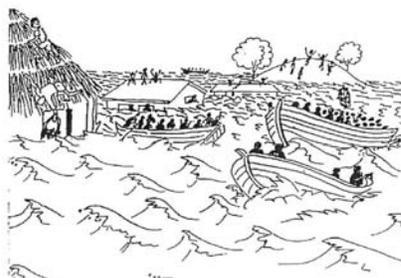
Si vous êtes intéressés sachez que ONUSIDA (Afrique) a confectionné des sacoches contenant tout le matériel d'animation.

Si vous le souhaitez, vous pouvez communiquer avec
Bernard Joinet
PO Box 9330 Dar es Salam
(Tanzanie)
ou missionnaires d'Afrique,
1 rue du bois des Chênes,
94336 Bry sur Marne.
bjoinet@wanadoo.fr

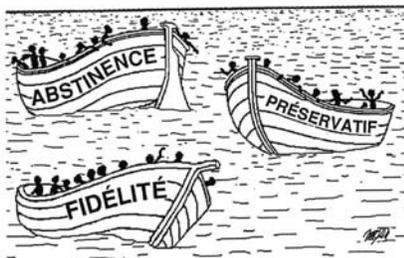
1985



Pour échapper à l'inondation il faut monter sur des bateaux

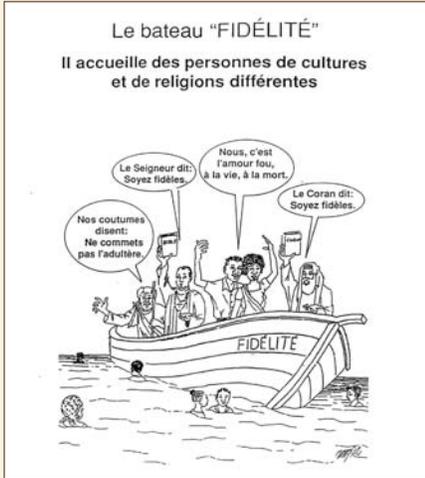


Il existe trois sortes de bateaux : un appelé « abstinence », le second « fidélité » et le troisième « préservatif » ou « moyen technologique moderne de protection » ou « canot de sauvetage en caoutchouc ».

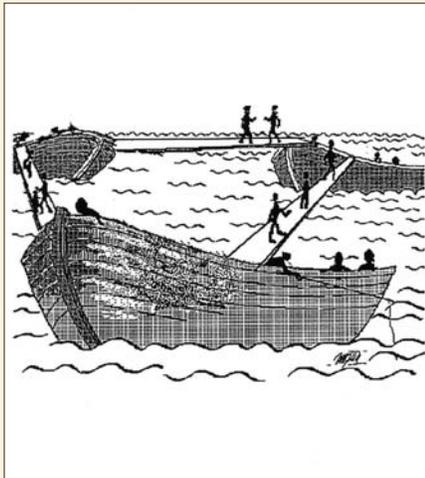


Le Bateau "ABSTINENCE"
reçoit beaucoup de passagers,
certains à vie, d'autres pour une nuit
seulement





L'important est de savoir changer de bateau il est possible que les circonstances de la vie fassent que le bateau choisi ne soit plus utilisable ou supportable ; alors on change.



Annexe 2

Le counseling

Le counseling est un dialogue qui a pour but d'aider une personne à évaluer sa situation actuelle, à gérer ses émotions, et à trouver des solutions constructives.

Les objectifs du counseling

1 - Donner des informations adéquates et correctes sur l'infection par le VIH

- informer sur la transmission et la prévention du VIH, le diagnostic et le traitement
- expliquer où la personne peut trouver l'aide médicale et autre aide nécessaire selon le cas.

2 - Aider la personne à gérer les craintes associées au diagnostic de l'infection à VIH

- peur du décès, solitude, angoisse, sentiment de faute, désespoir...

3 - Aider la personne et son entourage à créer et maintenir un lien.

4- Aider la personne à réfléchir sur son comportement et ses attitudes

- violence, agressivité, suicide, démission, vengeance, ...

5- Aider la personne à envisager la maladie et les conséquences afférentes

6- Aider la personne à gérer les moments de crise

- problèmes financiers, perte d'un partenaire, d'un enfant, du travail, rejet social.

Un bon counseling nécessite les attitudes suivantes

Neutralité

Il convient d'accepter la personne, avec ses problèmes, sans la juger ou la moraliser.

Il est important de ne jamais condamner une personne.

Confidentialité

Il est essentiel de respecter la confidentialité.

Aucune information, partagée avec la personne ne peut être divulguée.

Empathie

Le conseiller doit essayer de comprendre la personne, et de se mettre à sa place.

Disponibilité

Le conseiller doit être disponible et avoir un contact facile.

Au total il est important de

- Considérer chaque patient comme une personne unique, il n'existe pas de «recettes générales»;

- Essayer d'évaluer les connaissances et les représentations de la personne sur l'infection à VIH;
- Donner une information exacte, adaptée et accessible à la personne;
- Ecouter attentivement la personne;
- Laisser la personne parler de ce qui la préoccupe;
- Encourager la personne à parler sincèrement de ses sentiments et comportements;
- Savoir que la communication non verbale (gestes, silences) est importante et influe sur le message;
- Vérifier régulièrement si la personne et le conseiller donnent le même sens aux messages échangés en faisant reformuler;
- Aider la personne à trouver des solutions constructives.

Annexe 3

L'infection et la maladie dues au VIH

Histoire de l'infection

L'infection par le VIH est le résultat de l'introduction et du développement du VIH dans certaines cellules de l'organisme. Dans le cas du VIH les cellules atteintes sont essentiellement des lymphocytes, chargés de la défense immunitaire.

Le VIH pénètre dans ces lymphocytes en se fixant à un signal présent à la surface des cellules, essentiellement le marqueur CD4 (et d'autres moins importants). Le VIH s'attaque donc d'abord aux lymphocytes T (en particulier CD4 ou T4) qui sont les lymphocytes chargés de la défense cellulaire du corps humain. Ces lymphocytes détruisent directement bactéries, virus et parasites et présentent ces agents aux lymphocytes B qui produisent les anticorps qui sont des protéines fabriquées par l'organisme pour le protéger (l'immuniser).*

En se multipliant le VIH va entraîner la destruction de ces lymphocytes CD4 et provoquer une immunodépression cellulaire. Cette dépression va affaiblir les défenses contre les infections et favoriser l'apparition de nombreuses infections opportunistes.

Les infections opportunistes sont des infections qui, naturellement, ne se manifestent pas par des signes cliniques (ne rendent pas malade) mais qui deviennent pathogènes lorsque les défenses de l'organisme sont affaiblies. Ce sont, par exemple la pneumocystose, les sporidioses, certaines candidoses. La tuberculose peut être inclus dans ce cadre, car en Afrique presque tout le monde est infecté par le bacille de la tuberculose (BK) et l'immunodépression due au VIH va multiplier le nombre de cas de tuberculose maladie (voir chapitre co infection VIH Tuberculose).

* Dans le cas du VIH, les anticorps ne protègent pas.

Le cycle du virus

Le virus est attiré par le signal marqueur des cellules (le CD4), il fusionne avec la paroi puis pénètre dans la cellule, grâce à une enzyme spéciale qu'il transporte avec lui la reverse transcriptase. Il se transforme en ADN et s'intègre au noyau de la cellule qui va se mettre à fabriquer du virus en donnant les ordres nécessaires à ses organes de fabrication dont la protéase. Un nouveau virus va donc être fabriqué et il sort vers une autre cellule.

Les VIH ne survivent pas en dehors des cellules qui les hébergent plus de quelques heures, ils doivent rapidement trouver une autre cellule. La transmission du VIH d'un sujet à un autre se fait par la transmission de cellules infectées.

Evolution du VIH dans l'organisme

En se multipliant le VIH va détruire de plus en plus de lymphocytes CD4, les défenses immunitaires vont diminuer et le nombre d'infections se multiplier. La maladie SIDA et le décès sont en général dus aux infec-

tions associées ou aux maladies opportunistes (maladies tumorales). Le VIH peut causer des désordres directement au niveau de certains organes, du cerveau en particulier.

Pour suivre l'évolution de la maladie on dispose outre de la clinique de 2 types d'examen de laboratoire

Le premier consiste à compter le nombre de lymphocytes CD4 présents dans le sang circulant, cet examen est un bilan de la situation immunitaire.

Le second consiste à calculer combien de virus existent dans l'organisme. On cherche en fait le nombre de virus circulants en comptant le nombre de copies du virus qui sont dans le sang, ou en évaluant la quantité de ARN ou ADN viral dans le plasma. Ce sont la charge virale (CV) et la quantification de l'ARN pro viral ou de l'antigène P24 (constituant du virus).

Les deux indices évoluent toujours en sens inverse : quand le nombre de CD4 baisse la CV augmente et inversement.

Les ARV (antirétroviraux)

Ils ont été mis au point pour s'opposer aux diverses phases de multiplication virale, actuellement ils en existent 5 types.

- anti reverse transcriptase ou anti inverse transcriptase (bloque l'enzyme R transcriptase nécessaire aux rétrovirus) *

- anti protéase (IP) : bloque l'action de synthèse de nouveaux virus

- anti fusion : bloque la fusion du virus à une nouvelle cellule

- anti intégrase : le virus ne peut plus entrer dans le noyau

- anti corécepteurs.

** ces anti reverse transcriptases peuvent être nucléosidiques (IN) ou non nucléosidiques (INN)*

Annexe 4

Classification OMS en stades cliniques et conduite à tenir

	stade clinique 1	stade clinique 2	stade clinique 3	stade clinique 4
poids	pas de perte de poids	perte de poids < 10%	perte de poids > 10%	cachexie
symptômes (signes) ou diagnostics	pas de symptômes ou seulement adénopathie persistante	crevasses autour des lèvres dermite prurigo zona dans 5 dernières années infections à répétition des voies respiratoires supérieures ulcère buccal récidivant	candidose buccale leucoplasie chevelue diarrhée > 1 mois fièvre > 1 mois infections sévères répétées (pneumonies) tuberculose pulmonaire tuberculose ganglionnaire gingivite ulcéranse	candidose oesophagienne herpès > 1 mois lymphome maladie de Kaposi cancer du col pneumocystose tuberc. extra pulmonaire méningite cryptococcique encéphalite VIH rétinite à CMV toxoplasmose cérébrale leishmaniose viscérale
prophylaxie	rien	cotrimoxazole	cotrimoxazole autre si justifiée	cotrimoxazole autre si justifiée
traitement ARV	uniquement si CD4<200 envisager si CD4 entre 200 et 350	uniquement si CD4<200 ou si lymphocytes totaux<1200/mm ³ envisager si CD4 entre 200 et 350	traiter si >1 signe (sans compte CD4) traiter si CD4<200	traiter ++

Annexe 5

Indice de KARNOFSKY

L'indice de KARNOFSKY est utilisé pour apprécier de manière objective, l'évolution de l'état général d'une personne atteinte par le VIH.

Il permet d'évaluer de manière simple les manifestations d'autonomie ou de dépendance du patient et d'adapter la prise en

charge à la situation particulière de chacun.

Cet outil, à condition qu'il soit utilisé régulièrement par l'infirmier permet d'établir un suivi de la progression de la maladie et de l'efficacité des traitements.

En outre, il peut être envisagé comme un support pour la mise en place d'un véritable plan de soins.

100%	Normal, pas de signes de maladie.
90%	Peut mener une activité normale, symptômes ou signes mineurs de la maladie. Totalement autonome.
80%	Peut mener une activité normale mais avec effort, symptômes ou signes mineurs. Totalement autonome.
70%	Peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale. Autonome, mais à stimuler.
60%	Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses besoins. Semi-autonome.
50%	Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents. Semi-autonome.
40%	Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers, dépendant.
30%	Sévèrement handicapé, dépendant.
20%	Très malade, soutien actif, absence totale d'autonomie.
10%	Moribond, processus fatal progressant rapidement.

Annexe 6

Les plantes médicinales

Plantes	Bénéfices pour les malades infectés par le VIH	Mode d'emploi
Aloès	soulage la constipation	Faire bouillir et boire la décoction. Doit être utilisé en petites quantités, arrêter immédiatement si crampes ou diarrhées
Calendula	fonction anti-inflammatoire	En tisane, pour favoriser la digestion
Cardamome	facilite les fonctions digestives, soulage les nausées, les vomissements et agit sur la perte d'appétit	Ajouter aux aliments durant la cuisson ou la préparer en tisane
Cannelle	stimule l'appétit et l'appareil digestif, favorise le transit intestinal	Ajouter aux plats ou en tisane, en particulier la tisane de cannelle au gingembre
Clou de girofle	stimule l'appétit, aide les digestions difficiles, soulage les nausées et les vomissements	Utilisé dans les soupes, les ragoûts, les jus de fruits chauds et les tisanes
Coriandre	stimule l'appétit et réduit les flatulences	ajouter les feuilles dans les plats
Eucalyptus	a une fonction anti-bactérienne pour l'appareil respiratoire	préparer une tisane à partir des feuilles ou avec de l'extrait
Ail	actions anti-bactérienne et antifongique au niveau de l'appareil intestinal. Facilite la digestion.	en tisane
Gingembre	améliore la digestion, a un effet énergisant, stimule l'appétit, soulage nausées et vomissements	utiliser dans les plats ou en tisane
Citron	a des propriétés anti-bactériennes et facilite la digestion	ajouter du jus de citron dans les aliments ou les boissons

Citronnelle	a un effet calmant, apaise la digestion et calme le stress	à boire en tisane
Menthe	a un effet anti-inflammatoire et facilite la digestion	à boire en tisane ou en gargarisme pour les maux de bouche. Mastiquer des feuilles de menthe pour faciliter la digestion
Neem	fait baisser la température	prendre une brindille fraîche de neem, ôter les feuilles et la faire bouillir, boire en infusion. L'écorce peut également être mastiquée
Persil	réduit les coliques intestinales et ouvre l'appétit.	manger cru ou cuit avec les aliments
Menthe poivrée	agit contre les nausées. Réduit les coliques (douleurs abdominales et crampes)	en infusion, faire bouillir les feuilles environ 10 minutes ou ajouter dans les plats.

Dans tous les cas, si vous prenez des plantes médicinales, parlez-en au médecin ou à l'infirmier qui vous suit.

Attention

Les plantes doivent être utilisées en petites quantités. Une consommation trop importante pourrait entraîner des effets secondaires comme des nausées, des vomissements ou la diarrhée. Ne pas utiliser de plantes que l'on ne connaît pas.

Les informations fournies ici venant d'un document de la FAO sont issues de constats et non d'essais scientifiques.

Annexe 7

Formulations et posologie du Cotrimoxazole chez le nourrisson et l'enfant vivant avec le VIH ou exposé au VIH

Dose quotidienne recommandé	Suspension (5ml de sirop 200 mg/40mg)	Comprimé pédiatrique (100 mg/20 mg)	Comprimé adulte «dose simple» (400 mg/80 mg)	Comprimé adulte «double dose» (800 mg/160 mg)
< 6 mois: 100 mg SMX/20 mg TMP	2,5 ml	1 comprimé	¼ comprimé; peut être mélangé avec des aliments ¹	—
De 6 mois à 5 ans : 200 mg SMX/40 mg TMP	5 ml ²	2 comprimés	½ comprimé	—
6 ans à 14 ans 400 mg SMX/80 mg TMP	10 ml ²	4 comprimés	1 comprimé	½ comprimé
> 14 ans : 800 mg SMX/160 mg TMP	—	—	2 comprimés	1 comprimé
Fréquence – 1 fois par jour				

1. Le fractionnement des comprimés en quarts n'est pas considéré comme étant une bonne pratique. On ne doit y recourir que lorsque que l'on ne dispose pas de sirop.

2. Les enfants de ces groupes d'âge (6 mois-14 ans) peuvent avaler des comprimés écrasés.

Index

- accident d'exposition au sang (AES) 44-46, 48
- acide nucléique (voir ADN et ARN)
- adénopathie 87-88, 122, 198
- ADN 196, 207-209
- affection classante 135, 139
- agent pathogène 12-13, 20, 207, 209-210
- algorithme (ordinogramme) 8, 51-52, 57-59, 66, 68, 75-76, 80-86, 90, 93, 96-97, 102-103, 106, 111, 119-120, 123, 133-134, 138, 152, 154
- allaitement
- artificiel 42-43
 - maternel 18, 41-43
 - mixte 42
- allergie 23-25, 116, 118, 125
- antalgique 56, 98-99, 101
- anticorps 14, 18, 32, 37, 195
- anti-émétique 92
- antigène 12, 110, 196
- antirétroviral (ARV) 7, 28, 114, 119, 137, 155, 172-173, 197
- Anurie 104, 150
- ARN 196, 207
- bacille de Koch (BK) (bacille tuberculeux) 143-144, 147, 149, 151, 195
- bécégite (BCG) 153
- besoin alimentaire 160, 164
- CD4 (ou TD4) 12, 14-15, 114-115, 117, 138-141, 145-146, 151, 154, 184, 195-196, 198, 207
- nombre des 12, 15, 115, 117, 138-141, 145-146, 151, 154, 195
- centre antituberculeux (CAT) 134, 152-153
- céphalée 52, 57, 66, 68, 93, 99, 107, 135
- charge virale (CV) 18, 138, 141, 196, 207, 210
- circoncision 15, 17, 26-28
- classification OMS 136, 198
- co-infection 18, 143, 155
- comportement 16, 20, 27-30, 36-37, 172-173, 175, 177, 181, 186, 193-194
- condom 21-22, 24, 31
- confidentialité 7, 33-36, 179, 194
- conseil 23-24, 30, 39, 43, 48, 58, 72-73, 76, 78, 95, 104, 119, 124-129, 133, 155, 158, 160, 163, 186
- consentement 34
- conséquence psychologique 181
- consultation prénatale (CPN) 39-40
- contrat thérapeutique 173-174, 176
- convulsion 99-100, 108, 135
- cotrimoxazole (CTX) 57, 59, 66, 75-76, 114-119, 121, 128, 138, 198, 202-203, 208
- counseling 33-34, 39, 180, 193
- couple sérodiscordant (séro-différent) 16, 24
- cytopénie 116
- dépistage 20, 29-30, 32-34, 36-37, 39-40, 57, 59, 65, 67, 75-76, 80-83, 85-86, 90, 93, 96-97, 103, 106, 123-129, 138, 143, 146, 154-155, 179
- déshydratation 69, 70-71, 75-76, 91
- diarrhée 42, 52, 66, 69-71, 74-76, 97, 134-136, 142, 153, 158, 164, 170, 174, 198, 200-201
- dispensation 140, 178

- douleur, évaluation de la 55, 67, 74-75, 85, 94-101, 104, 108, 126-128, 146, 150, 165, 167-169, 201
- dyspnée (tirage costal) 54
- éducation thérapeutique 139
- effets secondaires 7, 141, 146, 172, 176, 178
- cutanés 119, 120
 - des antalgiques 169
 - des antituberculeux 150
 - des ARV 137, 141, 142, 158
 - des médicaments 174
 - des plantes médicinales 201
 - gestion des 119, 146
 - hématologiques 121
 - hépatiques 121
 - surveillance des 48, 74
- épidémiologie 11-12
- éruption cutanée 119, 134, 142, 150, 210
- EVS (échelle verbale simple) 166
- fenêtre sérologique 14, 37
- fidélité 21, 24, 191
- fièvre 45, 52, 54, 56-58, 60-61, 63-66, 68, 75, 81, 85, 90, 93, 99-100, 103, 106, 116, 119, 134-136, 142, 146, 150, 152, 198
- flottille de l'espoir 22, 29, 190
- ganglion 52, 87, 89, 90, 135-136
- gel 28, 127
- groupe de parole 186
- herpès 68, 86, 125, 198, 207-209
- histoire naturelle 47
- immunité 114, 160-161, 209
- immunodépression 18, 70, 115, 117, 141, 144, 195, 209
- infection opportuniste (IO) 12, 69-70, 114-115, 133, 138, 161, 195, 209
- infection par VIH 36, 135
- intradermoréaction à la tuberculine (IDRT) 144-145, 153
- infection sexuellement transmissible (IST) 15, 26, 79, 122-123
- Karnofsky (indice de) 167, 199
- lésion cutanée 52, 77, 119, 134, 170
- de la bouche 88, 94
- lipodystrophie 142, 163, 209
- liquide céphalo-rachidien (LCR) 109-111
- lymphocyte 12, 14, 109, 114, 138, 140, 195-196, 198, 207, 209
- méningite 66, 100, 108-110, 198
- miction 67, 104
- maladie sexuellement transmissible (MST) 88, 122, 127
- nausée 52, 63, 69, 91-93, 99-100, 107, 142, 150, 158, 163, 169, 170, 174, 200-201
- NFS 118-119, 121
- nodule 83, 89, 94, 97
- observance 42, 139, 143, 146, 171-174, 176, 179, 182
- oligurie 61
- PEPFAR 22
- personne infectée par le VIH 114
- perte de poids 71, 90, 135-136, 146, 161-163, 198
- PL 111
- plante médicinale 200-201

pneumocystose 56, 115, 134, 136, 195, 198, 209
 préservatif 16, 21, 27, 124-129
 – féminin 25-26, 29
 – masculin 22-24, 26, 29
 prévention 11-12, 19-21, 26, 28-30, 37, 190, 193
 – de la transmission mère-enfant (PTME) 38-41
 – primaire 12, 20, 21
 – secondaire 12, 20
 – tertiaire 13, 20
 prise en charge
 – psychologique 170
 – globale 7, 8, 157, 165
 prophylaxie 28, 45, 47-48, 114-116, 118, 138, 151, 153, 198
 protection maternelle et infantile (PMI) 40
 PSI 29
 PUS (précautions universelles de soins) 45-46
 PVVIH (personne vivant avec le VIH) 178-179, 184-185, 20

 rupture 23, 175

 santé de la reproduction (SR) 29
 séronégatif 16, 151
 séropositif 16, 18, 146, 160, 210
 SIDA (AIDS) 6-7, 12, 14, 17, 26, 32, 36-37, 136, 151, 153, 175, 177, 179, 181-182, 184, 186-187, 190, 196
 source VIH 47
 soutien
 – communautaire 183, 185, 187
 – psychosocial 178, 180
 sujet
 – infecté 13, 151, 152
 – réceptif 13
 symptôme 52, 198-199

 syndrome
 – méningé 52, 66, 99, 102, 107-109, 111, 134
 – de restauration immunitaire (IRIS) 56, 152, 209

 taux de TME 18
 ténofovir 28, 210
 TEP, TPM-, TPM+ 147, 151
 toux 52-53, 55-59, 66, 68, 134-136, 146-147, 152-154
 toxoplasmose 103, 111, 115, 134, 136, 136, 198
 traitement
 – ambulatoire 140, 148
 – post-exposition 21
 transmission mère-enfant (TME) 11, 15, 18-20, 38-39, 183
 trithérapie 42-43, 140, 172, 209
 troubles urinaires 52, 104, 106

 VIH 6-8, 12-21, 26-28, 30, 32-33, 36-39, 41, 45-49, 195, 203, 207-209
 virus des hépatites B et C (VHB, VHC) 45, 210
 visite à domicile 149, 179, 185-186
 vomissement 52, 63, 69, 72, 75, 91, 93, 99-101, 107, 142, 150, 169-170, 174, 200-201

Glossaire

Abacavir : ABC : ARV analogue nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI)

Aciclovir : antiviral contre herpès

Acide folique : vitamine B9 prévient les anémies

Acide nucléique : chaîne de nucléotides qui contient les informations de base de tout être vivant ; ADN (hélice de 2 chaînes de nucléotides dont le sucre est le désoxyribose) et ARN (1 chaîne dont le sucre est le ribose)

ACT : bithérapie antipalustre associant l'artémisine

Adhésion : adhésion est la capacité du patient à adopter une démarche active, à faire sien le traitement et à en devenir partie prenante

Agent pathogène : organisme qui introduit dans un sujet provoque une infection et/ou une maladie il peut s'agir d'un virus, microbe, champignon ou parasite

Aménorrhée : absence de règles

Amprénavir : ARV inhibiteur de la protéine virale (IP)

Analogue nucléosique de la transcriptase inverse : INTI (remplace un nucléoside dans l'ARN du VIH)

Analogue non nucléosique de la transcriptase inverse : INNTI

Anémie : baisse de la teneur en hémoglobine du sang (s'accompagne d'une baisse du nombre de globule rouge)

Anticorps : protéines produites par les lymphocytes B qui neutralisent les antigènes (sauf pour VIH)

Antigène : tout élément étranger pénétrant dans l'organisme

AVVIH : autochtone vivant avec le VIH

AZT : zidovudine (INTI)

Candidose : affection due à un champignon de la famille des candida, c'est une mycose

CCR 5 : co-récepteur du VIH pour les cellules CD4

CD4 : protéine de surface de certaines cellules humaines, surtout les lymphocytes T4

CV : charge virale, évaluation par PCR du nombre de virus dans la circulation sanguine

Cholestérol : constituant des parois des cellules et de certaines hormones. Celui lié aux HDL quitte les organes pour être détruit dans le foie, celui lié aux LDL vient de l'alimentation.

Condylome : tuméfaction sur les muqueuses génitales ressemblant à une verrue et due à un *Papilloma virus*

Cotrimoxazole (CTX) : association de sulfaméthoxazole et triméthoprime

d4T : stavudine

ddC : zalcitabine

ddI : didanosine (INTI)

EFV : éfavirenz (INNTI)

FTC : emtricitabine (INTI) proche de la lamivudine

Enfuvirtide : inhibiteur de fusion

Ferritine : protéine permettant le stockage du fer

Fluconazole : traitement de la cryptococcose

Ganciclovir : antiviral contre CMV

Générique : médicament ayant les mêmes qualités que le produit de marque. Tout médicament

peut être remplacé par son générique s'il existe

GP 120 et GP 41 : protéines de membrane du VIH

Herpès groupe : famille comportant herpès simplex (HSV1), herpès labial (HHV 1), herpès sexuel (HHV2), cytomégalovirus (CMV), virus du zona varicelle (VZV)

IDR : test cutané à la tuberculine si positif prouve une infection tuberculeuse

IMC : indice de masse corporelle, utilisé chez les adultes pour évaluer le poids corporel (poids en Kg/taille en m au carré)

Indinavir : inhibiteur de protéine (IP)

Inhibiteur de fusion : empêche la fusion entre l'enveloppe du virus et la paroi cellulaire

Inhibiteur d'entrée : empêche l'attachement du virus à la membrane cellulaire

Inhibiteur d'intégrase : inhibe l'intégration de l'ADN pro viral à l'ADN de la cellule

IO: Infection opportuniste : infection apparaissant quand l'immunité a diminué

IP : Inhibiteur de la protéase : bloque la synthèse des protéines virales

INTI : inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse

INNTI : inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

SRI ou IRIS: ensemble des manifestations cliniques, de nature inflammatoire, survenant quelques semaines après la mise en route d'un traitement anti-rétroviral (ARV)

Kaposi : maladie proliférative apparaissant lors de l'immuno-dépression, c'est donc une IO, elle est liée à une infection par le virus herpès 8

Lamivudine ou 3TC (INTI)

Lipodystrophie : trouble métabolique des graisses dû à certains traitements ARV

Lopinavir/r : IP associé avec petite quantité de ritonavir (r)

Lymphome : prolifération des lymphocytes = IO

Multithérapie : association de plusieurs médicaments (2 ; 3 ou

4) pour lutter contre une infection (bithérapie, trithérapie, quadrithérapie) le contraire est une monothérapie

Mutation : modification des composants génétiques d'une cellule

Nelfinavir : IP

Névirapine : NVP (INNTI)

Observance: respecter son traitement (posologie, horaires des prises, intervalles entre les prises)

PCR : technique de biologie moléculaire de très grande sensibilité pour détecter des protéines

Pneumocystose : parasitose IO se manifestant par une pneumonie

PO: Per Os: voie orale

Porteur sain : personne infectée par un agent pathogène mais ne présentant pas de signe clinique, elle peut être par contre contaminante (contagieuse)

Protéase : enzyme présente dans le VIH et nécessaire à la production de nouveaux virus

Provirus ou ADN proviral : copie en ADN du virus

PvVih : personne vivant avec le VIH

Rash : éruption cutanée d'apparition rapide dans les jours qui suivent le début d'un traitement (réaction d'hypersensibilité)

Récepteur : molécule présente dans la paroi des cellules et qui est reconnue par l'agent pathogène

Réplication : mécanisme de reproduction des virus (fabrication de virus identiques)

Réservoir : lieu de stockage des virus non accessibles aux ARV (sanctuaire)

Résistance : capacité pour un agent pathogène de se reproduire ou se développer en présence des médicaments destinés à l'origine à le supprimer

Ritonavir : IP utilisée pour booster les autres IP

Saquinavir : IP

Sarcome : voir Kaposi

Séroconversion : apparition dans le sang d'anticorps en réponse à un antigène

Séropositif : personne dont le sang contient des anticorps dirigés contre un agent pathogène

Séroprévalence (taux) : nombre de séropositifs sur une population de référence

Souche : ensemble d'individus ayant une ancêtre commun

Spermicide : substance utilisée comme contraceptif et détruisant les spermatozoïdes

Stavudine : voir D4T (INTI)

Stress : toute agression ou tension s'exerçant contre l'organisme

Surinfection : nouvelle infection par un agent pathogène différent

TDR : test de diagnostic rapide

Ténofovir : TDF (INTI)

Transcriptase inverse (TI) ou reverse transcriptase (RT) : enzyme nécessaire à la transcription de l'ARN des rétrovirus en ADN

VHA; VHB; VHC : virus de l'hépatite A; B ou C

Virémie : présence de virus dans le sang, sa mesure se fait par la quantification de la charge virale (CV)

Zalcitabine : ddC (INTI)

Zona : infection par le virus varicelle zona (VZV), se traduit par des éruptions douloureuses le long du trajet d'un nerf

Bibliographie

BRIAN GW ET AL. The potential impact of male circumcision on HIV in sub saharan Africa. PLOS medicine Jul 2007, 3; 1082-1040. Consultable sur www.plosmedicine.org

Développement et santé (association pour la formation permanente) publie 4N° par an de sa revue du même nom avec des articles de formation pour les infirmiers des PED. Il y a eu 5 numéros spéciaux sur le SIDA dont un sur la PTME, un sur l'observance et un sur l'éducation thérapeutique. Tous les articles sont disponibles sur le site www.devsante.org

TOURETTE TOURGIS C. REBILLON M. - Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/SIDA. De la théorie à la pratique. Comment dire.

MARCHAND C. GAGNAYRE R. Recommandations pour la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique pour les patients atteints d'infection par le VIH dans des pays à ressources limitées. Format santé. Fondation GSK (informations sur le site de la Fondation GSK; www.fondation-gsk.org)

ONUSIDA Rapport de l'épidémie dans le monde 2008. www.unaids.org

TRANSCRIPTASE SUD. Revue proposant des analyses d'articles sur le SIDA dans le Sud www.lecrips-idf.net; www.vih.org

SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES STANDARDISÉS À L'USAGE DES INFIRMIERS DES FORMATIONS SANITAIRES DE BASE. (1998) Ministère de la santé République gabonaise avec appui de l'Union Européenne.

OMS Grand programme SIDA (1993) Guide pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'adulte. (WHO/GPA/IDS/ICS/91-6).

GUIDE DE SOINS INFIRMIERS POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH. République de Cote d'Ivoire (1998). PNLs/MST/TUB.

GUIDE POUR LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'INFECTION À VIH CHEZ L'ADULTE. Niveau centre de santé. (2002) République du Sénégal. CNLS.

GUIDE NATIONAL DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA. Niveau Hôpital de district. (2006) République du Cameroun. Ministère de la Santé publique.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE DU VIH/SIDA EN AFRIQUE (2008) IMEA-RESAPSI.

L'accompagnement psychologique et social des personnes vivant avec le VIH/SIDA (2007), ESTHER www.esther.fr

WTO/OMS «Guidelines for the management of sexually transmitted infections» (2001) Genève www.who.int

WHO/OMS «TB/HIV. A clinical manual» (WHO/HTM/TB2004-329) 2^o édition (2004) www.who.int

Autres sites utiles :

www.croix-rouge.fr

www.sidaction.org

www.catie.ca

www.sida-info-service.org

www.unicef.org

www.actions-traitements.org

www.gispe.org

