



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

**MODULE DE FORMATION
SUR L'EDUCATION
THERAPEUTIQUE DES
PERSONNES VIVANT AVEC
LE VIH**

A L'USAGE DES PRESTATAIRES

Programme Nationale de Lutte contre les IST/SIDA

EDITION 2013

PREFACE

L'avènement des thérapies antirétrovirales a transformé l'histoire naturelle de l'infection à VIH en maladie chronique nécessitant un traitement prolongé, ainsi qu'une bonne observance.

La complexité des traitements, leurs effets secondaires et les risques liés à l'émergence des résistances virales, ont justifié la mise en place de ce programme d'éducation des Personnes Vivant avec le VIH.

L'Education Thérapeutique du Patient est un processus continu, intégré dans les soins. Elle comprend des activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins et l'hospitalisation. Elle vise à aider le patient et ses proches à connaître la maladie et son traitement, avec la collaboration du personnel soignant. L'objectif est d'aider les patients à avoir une mode de vie saine et de vivre le plus sereinement possible en améliorant sa qualité de vie.

L'Education Thérapeutique est pratiquée par le personnel soignant, afin d'améliorer la prise en charge effective des Personnes Vivant avec le VIH.

Le Ministère de la Santé Publique à travers le Programme National de Lutte contre les IST/Sida, et en collaboration avec l'Agence Japonaise de Coopération Internationale ou JICA, a élaboré un manuel de formation sur l'éducation thérapeutique des Personnes Vivant avec le VIH. Ce manuel aborde les notions de base sur l'infection à VIH, l'éducation thérapeutique et l'éducation nutritionnelle du Patient Vivant avec le VIH. Ce document servira de référence pour tous les prestataires, à tous les niveaux aussi bien du secteur public que privé, et contribuera à améliorer la qualité de la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH.

Il est destiné aux formateurs intervenant dans le domaine de la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH, aux prestataires des Centres de Traitement et des Soins en Prévention de la Transmission Mère-Enfant tant des Hôpitaux que des Formations Sanitaires de base, et aux partenaires œuvrant dans la lutte contre le VIH et le Sida.

J'adresse mes vifs remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation du présent document.

Le Ministre de la Santé Publique



Docteur Johanita NDAHIMANANJARA

SOMMAIRE

ACRONYMES.....	2
INTRODUCTION.....	4
MODULE A : INFECTION A VIH.....	6
Session 1 : Contexte épidémiologique de l'infection à VIH.....	8
Session 2 : Revue sur l'infection à VIH.....	12
Session 3 : Les antirétroviraux.....	45
MODULE B : EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PVVIH.....	53
Session 1 : Généralités sur l'éducation thérapeutique des PVVIH.....	55
Session 2 : Les étapes de la démarche éducative.....	61
MODULE C : EDUCATION NUTRITIONNELLE.....	80
Session 1 : Généralités sur la nutrition et l'infection à VIH.....	82
Session 2 : Alimentation du nouveau-né exposé au VIH.....	92
ANNEXES.....	97
Annexe I : Le schéma thérapeutique selon le protocole national de prise en charge médicale des PVVIH à Madagascar.....	98
Annexe II : Altérations métaboliques qui accompagnent les infections aiguës au cours de l'infection à VIH.....	100
Annexe III : Rôle de certaines vitamines et de certains minéraux dans le corps et sources de nutriments.....	101
Annexe IV : Fiche d'éducation thérapeutique – guide de remplissage.....	104
REMERCIEMENTS.....	120
PRINCIPALES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	124

ACRONYMES

ABC	Abacavir
AgHBs	Antigène de surface de l'hépatite B
Ac antiHBS	Anticorps dirigé contre l'antigène de surface de l'hépatite B
ADN	Acide désoxyribonucléique
AES	Accident d'Exposition au Sang
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ARV	Antirétroviral
ARN	Acide ribonucléique
AZT	Zudovidine
CDI	Consommateur de drogue injectable
CPN	Consultation Périnatale
CMV	Cytomégalovirus
CV	Charge Virale
dl	Décilitre
DDI	Didanosine
EBV	Epstein Barr Virus
EFV	Efenvirenz
ELISA (Eng)	Enzyme-linked immunosorbent assay
ETP	Education Thérapeutique
FCV	Frottis cervico vaginal
FTC	Emtricitabine
gp	Glycoprotéine
Hb	Hémoglobine
HHV8 (Eng)	Human Herpesvirus – 8
HSH	Homme ayant des rapports Sexuels avec Homme
INTI	Inhibiteur nucléosidique de la Transcriptase Inverse
INNTI	Inhibiteur non nucléosidique de la Transcriptase Inverse
IP	Inhibiteur de protéase
IST	Infection Sexuellement Transmissible

IVL	Injection intraveineuse lente
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
LNR	Laboratoire National de Référence
LPV/R	Lopinavir/Ritonavir
LT CD4	Lymphocyte T CD4
LT CD8	Lymphocyte T CD8
NFS	Numération Formule sanguine
NVP	Névirapine
MIO	Médicaments des Infections Opportunistes
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies sur le sida
ONN	Office National de Nutrition
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCMIE	Prise en charge intégrée de la maladie des enfants
PTME	Prévention de la transmission mère enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
PCR	Polymerase Chain Reaction
RPR	Rapid Plasma Reagin test
sida	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquis
TARV	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TDF	Ténofovir
TDS	Travailleur de sexe
TME	Transmission Mère Enfant
TPHA	Treponema pallidum hemagglutination assay
TPI	Traitement Présomptif Intermittent

INTRODUCTION

Dans le domaine de l'infection par le VIH, l'utilisation des trithérapies antirétrovirales a transformé le pronostic de l'infection et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. L'infection à VIH est devenue une maladie chronique. De nouvelles problématiques liées à cette caractère chronique de la maladie sont apparues et notamment celle de la qualité de l'observance thérapeutique par les patients.

L'observance des thérapies antirétrovirales constitue l'un des enjeux majeurs du succès du traitement. Dans les pays à ressources limitées, les obstacles à l'observance sont récurrents et dépendent encore plus des contextes politique, économique et social.

De nombreux facteurs influencent le degré d'observance du patient: la complexité des traitements, les représentations et les connaissances que le patient possède sur sa maladie, les compétences qu'il développe pour gérer son traitement de façon autonome, son état psychologique ou sa manière de faire face à la maladie, la qualité de son environnement social, ses moyens économiques, mais aussi les moyens mis en œuvre par les soignants pour accompagner et aider le patient dans sa prise en charge thérapeutique.

Pour aider le patient à gérer au quotidien son traitement, l'aider à tendre vers un état d'observance, un programme d'éducation thérapeutique a été développé.

L'éducation thérapeutique est définie comme un ensemble d'activités d'information, de conseil et d'apprentissage permettant au patient de mobiliser des compétences et des attitudes afin qu'il vive le mieux possible sa vie avec sa maladie et son traitement. L'action d'éducation thérapeutique transforme et améliore les relations soignants-soignés par la modification des rôles qu'elle induit : le patient devient un partenaire actif et compétent pour sa prise en charge ; le soignant revêt le rôle d'accompagnateur, il facilite son apprentissage et potentialise les compétences du patient.

EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PVVIH

OBJECTIF GENERAL DE LA FORMATION

A la fin de la formation, le prestataire devrait être capable de planifier et mettre en œuvre des séances d'éducation thérapeutique aux personnes vivant avec le VIH.

OBJECTIFS INTERMEDIAIRES :

A la fin de la formation, chaque fois qu'il prend en charge une PVVIH, le prestataire devrait être capable de :

1. Aider le patient et sa famille à comprendre la maladie et le traitement,
2. Eduquer le patient à l'observance du traitement et à la gestion des effets secondaires aux médicaments,
3. Assurer le suivi du patient et de l'expliquer sur les moyens de la protection et de la transmission du VIH,
4. Prodiguer un conseil et une éducation nutritionnels adaptés et spécifiques aux personnes vivant avec le VIH.

MODULE A

L'INFECTION A VIH



INTRODUCTION

La lutte contre l'infection à VIH reste toujours l'une des priorités de l'Etat Malagasy afin de maintenir le taux de prévalence de l'infection à VIH à moins de 0,5 % dans la population générale (Source : Revue à mi-parcours du plan d'action de Madagascar pour une réponse efficace aux IST, au VIH et au sida, 2007-2012). L'une des stratégies principales est l'optimisation de la prise en charge aussi bien préventive que curative.

L'échec thérapeutique constitue un problème majeur qui empêche l'atteinte de cet objectif aussi bien de la part du prestataire que du patient.

Les actions à entreprendre ne peuvent donc se concevoir sans apporter aux prestataires et aux patients des connaissances sur les notions de base concernant l'infection, l'éducation thérapeutique, les moyens de prévention, la prise en charge proprement dite et le suivi, afin d'optimiser toute participation dans l'accompagnement/soutien des patients. De l'autre côté, l'observance au traitement s'avère incontournable pour l'efficacité du traitement.

Ainsi, l'éducation thérapeutique semble être impérative pour essayer de pallier à cet échec de prise en charge globale.

OBJECTIF GENERAL

A la fin du module, les participants devraient être capables de maîtriser les éléments de l'infection à VIH qui vont leur être utiles dans l'éducation thérapeutique.

CONTENU :

Session 1 : Contexte épidémiologique de l'infection à VIH

Session 2 : Revue sur l'infection à VIH

Session 3 : Les antirétroviraux

DUREE : 470 minutes

SESSION 1

CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH

BUT

Le but de cette session est d'imprégner les prestataires dans le contexte épidémiologique du VIH sur le plan mondial et à Madagascar.



OBJECTIFS DE LA SESSION :

A la fin de la session, le prestataire devrait être capable de :

1. Décrire la situation mondiale et africaine de l'infection à VIH,
2. Décrire les aspects épidémiologiques des IST et VIH à Madagascar.



SESSION 1 : CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH A MADAGASCAR

Le premier cas d'infection par le VIH a été enregistré en 1987 et les deux premiers cas de sida en 1988 (Source : LNR, 1995). Madagascar figure aujourd'hui parmi les pays en situation d'épidémie concentrée selon la définition de l'OMS/ONUSIDA, avec un niveau bas de prévalence, soit moins de 1% chez les femmes enceintes, alors que ce taux était supérieur à 15% dans plusieurs pays de l'Afrique Australe déjà en 2005. (Source : Analyse du profil épidémiologique et des déterminants de l'infection à VIH, septembre 2008: recherche opérationnelle).

I- SITUATION DE L'INFECTION A VIH 2010 (Rapport ONUSIDA2011)

A. Situation mondiale

- Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 34 millions [31,6-35,2 millions], le pourcentage de femmes est de 50%.
- Le nombre de personnes nouvellement infectées est estimé à 2,7 millions [2,4- 2,9 millions] dont 390 000 enfants [340 000- 450 000].
- Le nombre de personnes décédées de causes liées au sida est de 1,8million [1,6- 1,9 million].

B. Situation en Afrique en 2010 (Rapport ONUSIDA2011)

Afrique subsaharienne :

- L'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée par le VIH. En 2010, près de 68% de toutes les PVVIH résidaient en Afrique subsaharienne, une région qui ne présente que 12% de la population mondiale.
- L'Afrique subsaharienne est à l'origine de 70% des nouvelles infections, soit 1,9 million [1,7-2,1 millions].

II- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES IST ET DU VIH A MADAGASCAR

Tableau 1 : Séroprévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes

Syphilis			VIH+		p
Résultats	Effectif	%	N	%	
Positif	692	4,84	0	0,00	0,64*
Négatif	13 590	95,15	9	0,07	
Total	14 282		9	0,06	

Enquête de Sérosurveillance Nationale 2008-2009, Madagascar

Note: (*)= Non significatif

Tableau 2 : Séroprévalence globale de la syphilis active et du VIH chez les patients IST.

Tests de dépistage effectués	Effectif	Cas positifs	Prévalence (%)	IC 95%
Test de la syphilis	3406	222	6,5	[5,72 – 7,41]
Test du VIH	3406	11	0,32	[0,16– 0,58]

Enquête de Séroprévalence Biologique 2010, Madagascar

Tableau 3 : Séroprévalence globale de la syphilis active et du VIH chez les TDS

Test de dépistage	Effectif total	Résultats positifs	Prévalence (%)	IC 95%
Dépistage de la syphilis	2102	327	15,6	[14,0 – 17,2]
Dépistage du VIH	2102	6	0,29	[0,1 – 0,6]

Enquête de Séroprévalence Biologique 2010, Madagascar

Tableau 4 : Prévalences du VIH et de la syphilis chez les HSH par site

Sites	Effectif pondéré (N)	RPR + TPHA +	Prévalence de la syphilis (%)	IC (95%)	VIH +	Prévalence du VIH (%)	IC (95%)
Antananarivo	625	28	4,5	[2,9 - 6,1]	110	17,6	[14,5 - 20,5]
Toamasina	133	7	5,5	[1,5 - 9,5]	21	16,0	[9,6 - 22,4]
Mahajanga	107	7	7,0	[1,9 - 12,0]	10	9,0	[3,3 - 14,6]
Toliara	76	5	7,0	[1,3 - 13,0]	0	0,0	-
Antsiranana	56	3	4,5	[0,0 - 10,0]	6	10,0	[1,8 - 18,2]
Ensemble	99614	51	5,1	[3,7 - 6,5]	147	14,7	[12,5 - 16,9]

Enquête de Séroprévalence combinée Madagascar 2010

Tableau 5 : Situation des PVVIH dans les centres de traitement

		TOTAL
Suivi médical (file active)	Total	826
	Masculin	362
	Féminin	464
	Adultes	794
	Enfants	32
PVVIH sous traitement ARV	Total sous ARV	385
	Sous ARV selon protocole	243
Prophylaxie aux ARV (PTME)	Femme enceinte	106
	Nouveau né	48
PVVIH perdues de vue	Total	72
	Adultes	68
	Enfants	4
PVVIH décédées	Total	49
	Adultes	48
	Enfants	1

Rapport Mensuel d'Activités 2011, Ministère de la Santé Publique

Tableau 6 : Situation de la prévalence du VIH, Syphilis, Hépatite B, Hépatite C au niveau de 3 régions chez les Consommateurs de Drogues Injectables

	ANTANANARIVO	TOAMASINA	ANTSIRANANA
VIH	8,3%(3,2-15,8)	2,0% (0,1- 5,2)	1,4% (0,4-1,5)
SYPHILIS	5,5%(2,5- 9,0)	4,7% (0,9-10,5)	1,5% (0,2- 3,7)
HEP B	3,1%(1 ,1 – 5,6)	8,2% (2,7- 14,8)	7,9% (2,5- 15,5)
HEP C	8,7%(4 ,5- 13 ,7)	2,7% (0,2-7,0)	3,8% (1,1-7,2)

Enquête Nationale chez les CDI 2012, Madagascar

SESSION 2

REVUE SUR L'INFECTION A VIH

BUT

Le but de cette session est de faire connaître aux prestataires les réactions de l'organisme humain face à l'invasion du virus afin de renforcer leurs connaissances en matière d'infection à VIH.



OBJECTIFS DE LA SESSION :

A la fin de la session, le prestataire devrait être capable de :

1. Décrire les caractères virologiques du VIH,
2. Expliquer les 3 modes de transmission du VIH et les facteurs qui influenceraient la transmission du VIH,
3. Expliquer la physiopathologie de l'infection à VIH,
4. Décrire l'histoire naturelle de la maladie,
5. Décrire les mesures de prévention de l'infection à VIH,
6. Expliquer la conduite de la prise en charge de l'infection à VIH.



SESSION 2 : REVUE SUR L'INFECTION A VIH

I. VIROLOGIE

A. Les caractères virologiques du VIH

Le VIH ou Virus de l'Immunodéficience Humaine est un virus à ARN appartenant à la famille des rétrovirus.

Ces derniers possèdent plusieurs propriétés communes :

- une transcription inverse de l'ARN en ADN pour sa réplication,
- une évolution lente de la maladie qu'il provoque,
- une déplétion des défenses immunitaires de l'organisme infecté (immunodépression).

A.1. Types de virus

Il existe deux types de virus VIH :

- **VIH 1 :**
 - le plus répandu dans le monde,
 - le plus sensible aux ARV disponibles actuellement.
- **VIH 2 :**
 - retrouvé surtout en Afrique Occidentale,
 - d'une évolution clinique moins agressive.

Le VIH est caractérisé par une grande variabilité génétique. Il varie :

- d'une souche à une autre,
- d'un individu à un autre,
- dans l'individu même.

Il y a plusieurs variantes entraînant un flux continu d'échanges de souches d'où la difficulté de développer un traitement curatif et un vaccin préventif.

A.2. Morphologie

Le VIH se présente sous la forme d'une particule sphérique de 80 à 100nm de diamètre. Il est constitué de quatre éléments :

- **le génome** : est constitué par les deux molécules d'ARN identiques et les enzymes virales (transcriptase inverse, intégrase et protéase).

- **la capsid** : est située au centre de la particule virale, constituée par la protéine p24, renfermant les deux molécules de l'ARN et les enzymes virales.
- **la matrice** : tapisse l'intérieur de la particule virale, elle est constituée par la protéine p17.
- **l'enveloppe** : est un fragment de la membrane cytoplasmique de la cellule hôte qui est utilisé par le virus comme enveloppe avec la glycoprotéine d'enveloppe externe (gp 120) et la glycoprotéine transmembranaire (gp41).

II. MODES DE TRANSMISSION DU VIH ET LES FACTEURS INFLUENÇANT LA TRANSMISSION DU VIH

Il existe trois modes de transmission du VIH :

- transmission par voie sexuelle,
- transmission par la voie sanguine,
- transmission de la mère à l'enfant.

A. La transmission par voie sexuelle

C'est le mode de transmission le plus fréquent dans le monde et à Madagascar. Le risque de transmission du VIH lors de rapports sexuels avec un partenaire infecté par le VIH est en relation avec les facteurs suivants :

- le type de pratiques sexuelles,
- le degré d'infectiosité de la personne infectée et le degré de réceptivité du partenaire non infecté,
- le nombre de partenaires,
- le risque de vulnérabilité biologique.

A.1- Les types de pratiques sexuelles

- **Les pratiques sexuelles à haut risque** de transmission du VIH sont représentées par toute pénétration vaginale ou anale non protégée dont le risque est lié :
 - **Aux rapports vaginaux** : la femme est plus réceptive à l'infection à VIH que l'homme, ceci est expliqué par le fait que la surface de la muqueuse vaginale en contact avec l'inoculum est plus étendue.
 - **À la pénétration anale** : C'est le plus haut risque de transmission du VIH. Le risque de transmission, au sein de couples homosexuels ayant ce type de rapports, est environ cinq

fois plus élevé qu'au sein de couples n'ayant que des rapports sexuels avec pénétrations vaginales.

➤ **Autres pratiques sexuelles à risque potentiel :**

- **Le rapport oro-génital** : le risque de transmission du VIH par ce type de rapport est estimé être très faible.
- **Les jeux sexuels** impliquant la pénétration par un objet plus ou moins traumatisant et souillé (sang ou sécrétions génitales) pour les muqueuses.

A.2- L'infectiosité du partenaire infecté et la réceptivité du partenaire non infecté

Le degré d'infectiosité varie au cours de l'évolution de la maladie, elle augmente parallèlement avec l'atteinte immunitaire et la charge virale (quantité de virus dans le sang).

L'infectiosité semble être très élevée lors des rapports sexuels:

- **Au cours de la phase précoce de l'infection**, c'est à dire pendant la phase de primo-infection,
- **Quand il y a un saignement chez le partenaire :**
 - période de règles chez la femme,
 - un rapport sexuel traumatisant,
 - une plaie ou une ulcération/inflammation d'origine infectieuse (IST, vaginose bactérienne) ou non au niveau des muqueuses génitales ou anales.

A.3- Le nombre de partenaires (multi partenariat sexuel)

La possibilité de rencontrer un partenaire infecté par le VIH augmente avec le nombre de partenaires sexuels.

Certains facteurs socio-économiques (pauvreté et promiscuité) poussent à la prostitution qui favoriserait la propagation de l'infection à VIH.

A.4- Les facteurs de risque de vulnérabilité biologique des femmes :

- Surface génitale plus large par rapport à l'homme,
- Sécrétions génitales de l'homme plus riche en VIH augmentent la transmission.

B. La transmission par voie sanguine

La transmission par voie sanguine fait par :

B.1- Transfusion de sang et des dérivés sanguins.

Malgré les précautions pour réduire le risque de transmission du VIH telles :

- la sélection des donneurs de sang,
- le dépistage obligatoire de tous les dons de sang.

Il faut toujours tenir compte du risque résiduel de transmission lié à l'existence de la fenêtre sérologique.

B.2- Contact avec des matériels ou produits biologiques contaminés :

- utilisation des matériels contaminés en milieu de soin (bistouri, spéculum...),
- partage de seringue pour les usagers de drogue intraveineuse,
- certaines pratiques et culture (Tatouage, piercing, fatidrà...),
- manipulation de placenta, de liquides biologiques contaminés etc.

B.3- Accidents d'exposition au sang (AES)

Ce mode de transmission est constaté surtout chez le personnel soignant. Il est occasionné par :

- une blessure par des matériels piquants et tranchants souillés,
- un contact d'une muqueuse ou d'une peau présentant des lésions avec du liquide biologique infecté (liquide céphalorachidien, liquide pleural, liquide amniotique, sperme et sécrétions vaginales). La transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

C. La transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (TME)

Le VIH peut aussi être transmis par une mère à son enfant :

- pendant la grossesse,
- au moment du travail,
- au moment de l'accouchement,
- par le lait maternel.

Le risque global de transmission est égal à **35%** (un tiers)

Ce risque peut se décomposer comme suit :

- le risque estimé d'infection en cours de grossesse, de travail ou d'accouchement est estimé à 20% environ,
- le risque postnatal (après l'accouchement), par l'allaitement, est d'environ 15%,
- 20% seront infectés pendant la grossesse ou l'accouchement,
- 15% après la naissance.

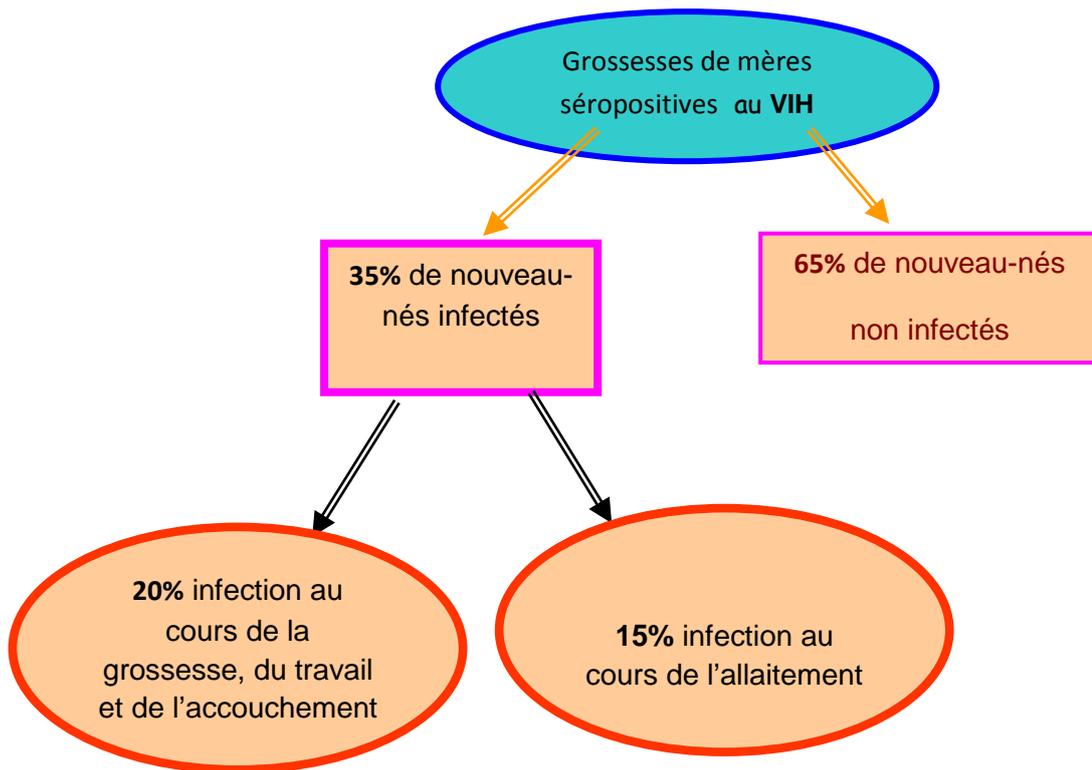


Schéma 1: Transmission du VIH de la mère à l'enfant

PCIME cours complémentaire sur le VIH/sida- Module 2. Classer et prendre l'enfant en charge pour le VIH/sida-OMS-Unicef 2008

C.1- Transmission au cours de la grossesse

La transmission mère-enfant a lieu surtout au cours du dernier trimestre de la grossesse, essentiellement durant les dernières semaines.

La transmission au deuxième trimestre est possible mais concerne des circonstances exceptionnelles notamment l'accouchement prématuré.

Cette transmission se fait :

- par voie ascendante à travers les muqueuses du fœtus,
- par voie transplacentaire lors du passage de cellules infectées ou de particules virales à travers la barrière placentaire.

C.2- Transmission au cours du travail et de l'accouchement

La transmission mère –enfant a lieu pendant la période péri partum dans 2/3 des cas.

Cette transmission est surtout due :

- au **passage du VIH du sang maternel infecté dans la circulation fœtale** lors de la contraction utérine pendant le travail,
- **au contact intra partum du fœtus avec le sang et les sécrétions maternelles** (présence de VIH dans les sécrétions cervicales et vaginales). Le risque de transmission est d'autant plus important que le délai entre la rupture de la poche des eaux et le dégagement du fœtus est long,
- **à une réaction inflammatoire au niveau du col induite par les contractions** : les leucocytes chargés de VIH qui y sont accumulés représentent un risque de transmission,
- **au passage dans le liquide amniotique de cellules chargées de virus** qui peuvent infecter le fœtus par la déglutition lors de la rupture de la poche des eaux.

C.3- Transmission au cours de l'allaitement maternel

Le risque de transmission est augmenté dans les cas suivants :

C-3-1 Chez la mère:

- un déficit immunitaire important et une charge virale plasmatique élevée, entraînent une charge virale élevée dans le lait. Ces situations sont observées :
 - au cours d'une infection à VIH récente (primo - infection),
 - en absence de prise d'ARV pendant la durée de l'allaitement.
- une infection au niveau des seins :
 - mastites,
 - abcès,
 - saignement du mamelon,
 - crevasses du mamelon,
 - autres états inflammatoires des seins.
- un mauvais état nutritionnel de la mère

C-3-2 Chez l'enfant :

- prématurité de l'enfant,
- présence de lésions buccales ou intestinales.

III. LES VOIES DE NON TRANSMISSION DU VIH

Le VIH ne se transmet :

- **ni par les gestes de la vie quotidienne** dont :

- la poignée de main,
- le baiser,
- le repas pris ensemble
- l’usage de :
 - WC,
 - Douche,
 - moyens de transports,
 - ustensiles de cuisine,
 - vêtements.
- la fréquentation des lieux publics, piscines, etc.
- **ni par certaines voies :**
 - les piqûres de moustiques,
 - les piqûres de puces.

IV. PHYSIOPATHOLOGIE DE L’INFECTION A VIH

A. Cellules cibles de VIH

Les cellules cibles sont celles qui présentent à leur surface la molécule CD4. Ce sont :

- les lymphocytes T CD4+,
- les monocytes / macrophages,
- autres cellules :
 - les cellules folliculaires dendritiques,
 - les cellules de Langerhans,
 - les microglies dans le cerveau.

Remarque :

Les lymphocytes T CD4+ et les macrophages sont les principales cellules de l’immunité :

- **le lymphocyte T CD4+** est le chef d’orchestre de la réponse immunitaire humorale et cellulaire.
- **le macrophage** : à part sa fonction phagocytaire dans la défense non spécifique, il est le responsable de l’initiation de la réponse immunitaire spécifique, cellule présentatrice de l’antigène.

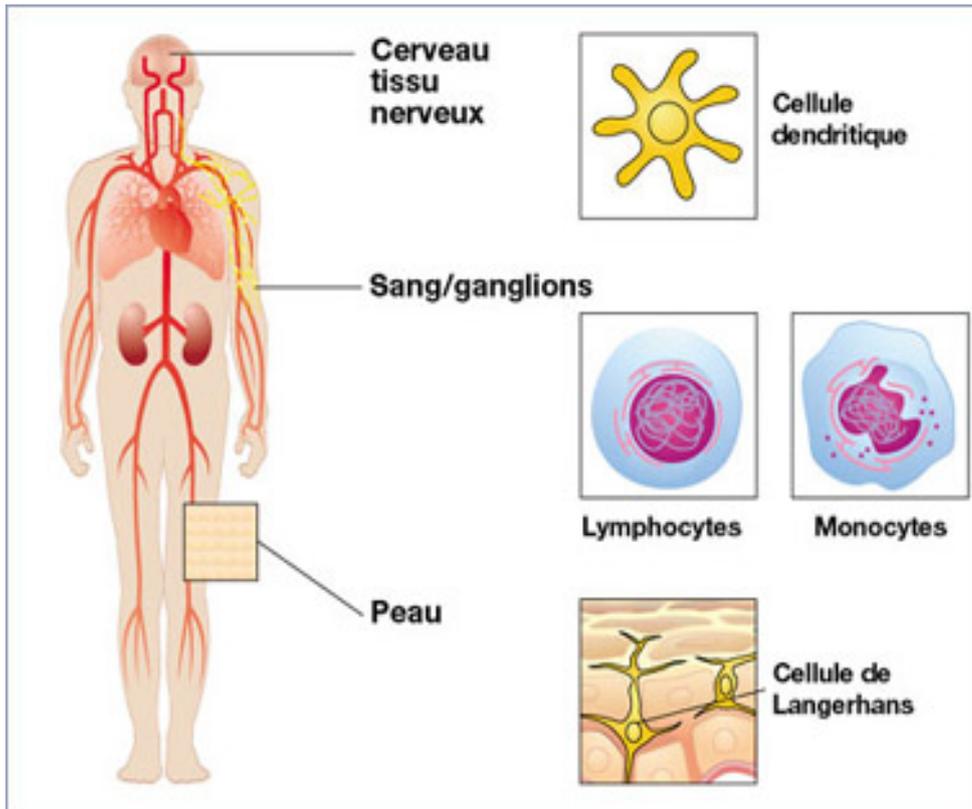


Schéma 2: Les cellules cibles du VIH

B. Réplication virale

Le VIH possède un cycle de vie qui lui permet de se reproduire : « **la réplication virale** ».

La réplication virale se fait suivant les étapes ci-après:

B.1- Fixation sur la cellule cible :

- Le VIH infecte les cellules qui présentent à leur surface un récepteur spécifique : **la molécule CD4**.
- Ces cellules cibles sont essentiellement des lymphocytes TCD4 et les macrophages.
- Le virus se fixe sur le récepteur CD4 de la cellule cible par sa protéine d'enveloppe gp 120.

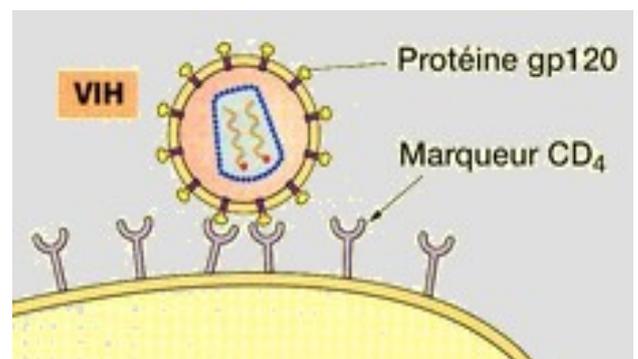


Schéma 3 : Fixation du VIH sur le récepteur CD4

- Après fixation, son enveloppe fusionne avec la membrane de la cellule avec le concours du corécepteur CCR5 du macrophage ou CXCR4 du lymphocyte.
- À la suite de cette fusion, le matériel viral se retrouve dans le cytoplasme de la cellule cible

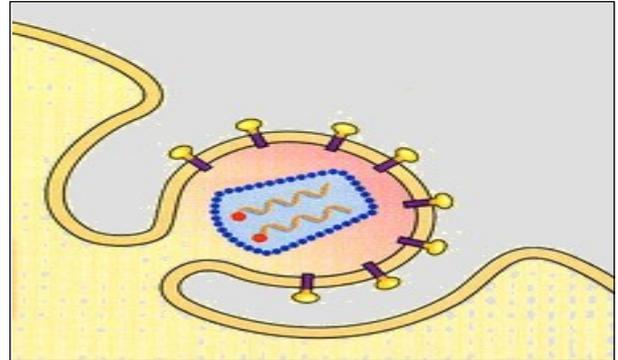


Schéma 4 : Pénétration du VIH dans le LTCD4

B.2- Décapsidation

Les enzymes protéolytiques du cytoplasme cellulaire vont digérer la capsidie virale permettant la libération de l'ARN et des enzymes viraux à l'intérieur de la cellule.

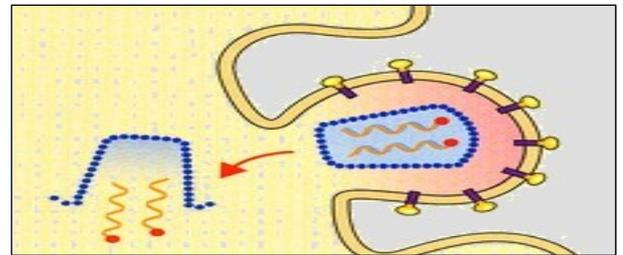


Schéma 5 : Décapsidation

B.3- Rétro transcription et intégration

- Dans le cytoplasme de la cellule, l'ARN du virus est transcrit en un double brin d'ADN (appelé ADN pro viral) par une enzyme virale, la transcriptase inverse.
- L'ADN pro viral passe dans le noyau de la cellule, et s'intègre au génome cellulaire grâce à une enzyme virale, l'intégrase.

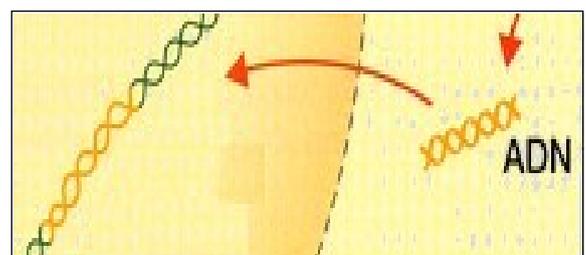
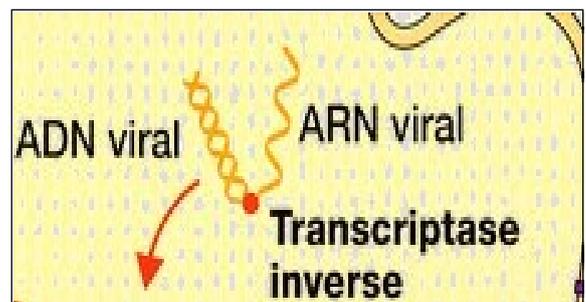


Schéma 6 : Transcription inverse et intégration

B.4- Traduction

Grâce à l'ARN polymérase cellulaire, il y aura traduction de l'ADN pro viral en ARN messagers et transcription pour la synthèse des protéines de structure et enzymes virales (capside, membrane, ARN viral et enzymes)

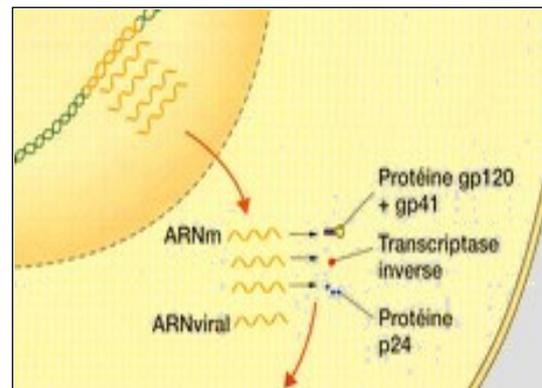


Schéma 7 : Traduction

B.5- Assemblage et bourgeonnement

Les protéines virales et l'ARN synthétisés s'assemblent vers la membrane cellulaire qui se met à bourgeonner pour former un nouveau virion

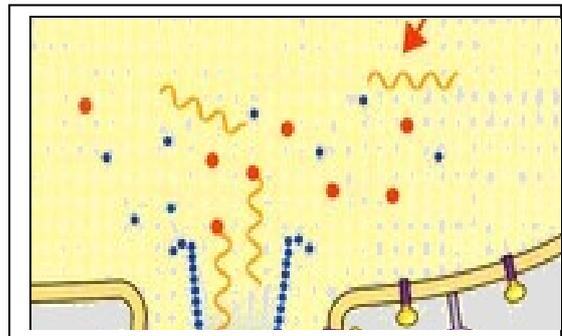


Schéma 8 : Assemblage et bourgeonnement

B.6- Libération

- Les particules de virus nouvellement formées se détachent de la cellule en emportant une partie de la membrane cellulaire, qui leur sert d'enveloppe.
- Une troisième enzyme virale, la protéase, organise le matériel contenu à l'intérieur de ces virions pour qu'ils deviennent de nouveaux virus infectieux, qui pourront alors infecter de nouvelles cellules CD4.

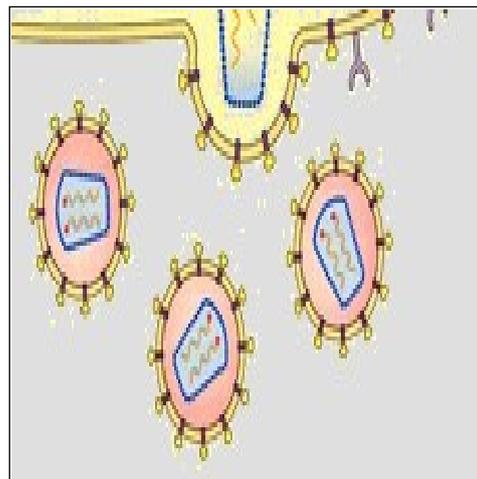


Schéma 9 : Libération des nouveaux virions

Le cycle de réplication est rapide et dure au moins 2 jours, à partir du moment où le virus infecte une cellule, jusqu'à la libération de nouveaux virus et l'infection d'une nouvelle cellule.

Chaque cellule infectée va produire plusieurs dizaines de nouveaux virus (environ 10^9 nouveaux virions circulants par jour) et entraîner la mort du lymphocyte après libération des virions.

La destruction du lymphocyte a deux origines :

- soit parce que celui-ci ne survit pas au bourgeonnement massif et à la libération de tous les virions,
- soit parce qu'il est détruit par d'autres cellules du système immunitaire. La destruction des lymphocytes aboutit à **l'immunodéficience**.

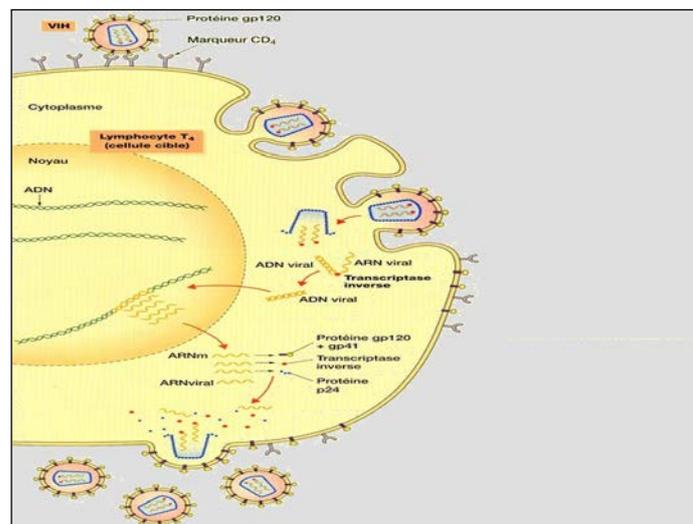


Schéma 10: Synthèse du Cycle de réplication virale

C- Le déficit immunitaire

Le déficit immunitaire au cours de l'infection à VIH est dû à 2 mécanismes :

- **le déficit quantitatif**, secondaire
 - à la destruction des LT CD4 après libération des virions,
 - au phénomène d'apoptose,
 - à l'effet cytotoxique : destruction des cellules infectées par des cellules cytotoxiques (les LTCD8),
 - au défaut de régénération.
- **le déficit qualitatif** : secondaire au défaut de fonctionnement des cellules infectées

La déplétion progressive en lymphocytes T CD4, marqueur pronostique essentiel de la maladie, constitue la principale manifestation immunopathologique induite par l'infection VIH. Il s'y associe une altération des fonctions auxiliaires des lymphocytes T CD4, apparaissant dès le début de

l'infection et une hyperactivation de l'ensemble du système immunitaire conduisant à l'épuisement progressif des fonctions immunes.

La lymphopénie TCD4 permet de prédire la survenue d'infections opportunistes et des cancers opportunistes.

Le déficit immunitaire est en même temps quantitatif et qualitatif.

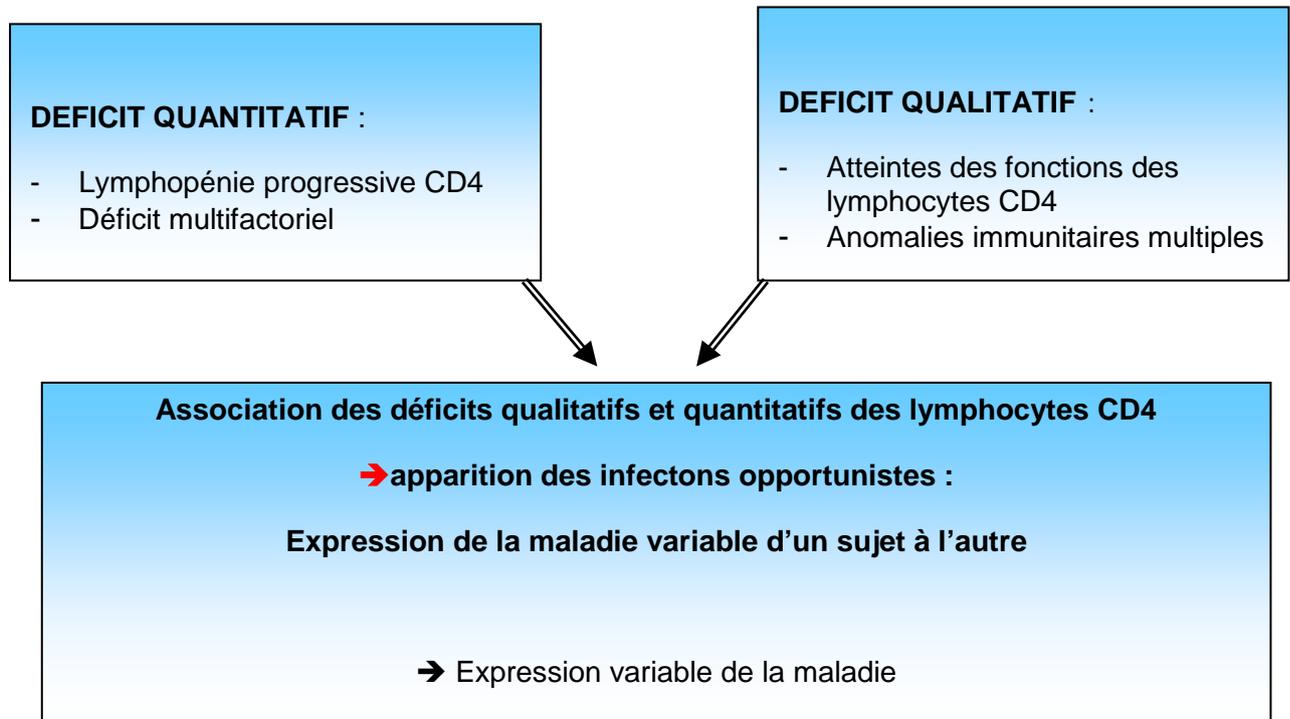


Schéma 11 : Déficit immunitaire au cours de l'infection à VIH

V. HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION A VIH

A. Les phases de l'évolution spontanée de l'infection à VIH

Chaque individu réagit de façon différente à l'infection à VIH. L'évolution spontanée de l'infection à VIH se fait en **trois phases** :

- la phase aiguë ou primo-infection, qui dure quelques semaines,
- la phase chronique, qui dure plusieurs années : en moyenne 5 - 7ans pour le VIH 1, 7-10 ans pour le VIH 2,
- la phase finale symptomatique, qui dure de quelques mois à peu d'années.

A.1- La primo-infection

C'est la période de 2 à 6 semaines après la contamination, environ 50% des cas présentent des manifestations cliniques, avec :

A-1-1 Un syndrome pseudo-grippal :

- fièvre à 40° (dans 90% cas),
- dysphagie,
- céphalées,
- myalgies,
- asthénie,
- amaigrissement.

A-1-2 Manifestations digestives :

- faites de diarrhées,
- parfois accompagnées de douleurs abdominales.

A-1-3 Manifestations neurologiques, moins rares (10% cas) avec :

- méningo-encéphalites,
- méningites lymphocytaires isolées, ou
- atteintes neurologiques périphériques.

A-1-4 Manifestations neurologiques :

- pharyngite (2/3 des cas), réalisant une angine
- éruption cutanée maculo-papuleuse (moitié des cas),
- ulcérations aphthoïdes cutanéomuqueuses principalement,
- adénopathies multiples, superficielles.

A-1-5 signes biologiques :

La numération de la formule sanguine peut montrer :

- une thrombopénie (75 % des patients),
- une lymphopénie.

La présence du syndrome pseudo-grippal et les signes suivants chez un patient, doit amener le prestataire à suspecter l'infection à VIH et proposer le dépistage du VIH.

Biologiquement la primo-infection correspond à une période de réplication virale intense (charge virale > 10⁶ copies/ml) avec une forte réponse cytotoxique, CD8 spécifique du VIH.

Elle est caractérisée par une chute rapide, transitoire et relative des CD4 atteignant la limite inférieure de la normale (500/mm³).

La sérologie du VIH est encore négative (fenêtre sérologique), tandis que le risque de transmission du VIH est très élevé.

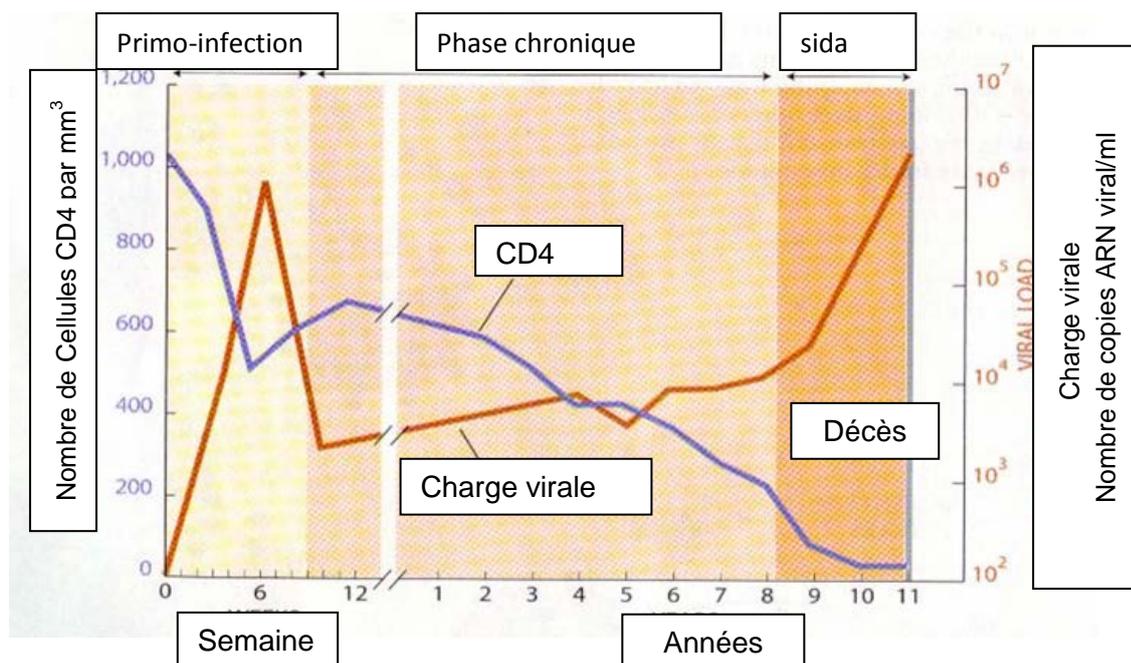


Schéma 12 : Histoire naturelle de l'infection

A.2- La phase chronique

Elle est caractérisée par une latence clinique, la personne ne présente aucun symptôme, c'est la phase de la « séropositivité » asymptomatique.

Le VIH se réplique activement mais à un niveau plus faible par rapport à la primo-infection, du fait de la réponse immunitaire.

On observe une diminution progressive du taux de lymphocytes CD4 jusqu'à des limites inférieures à la normale 350/mm³ (chez l'adulte, Taux CD4 normal =500 à 1500 par mm³)

Au fil du temps, la défense de l'organisme (système immunitaire) s'affaiblit, amenant le taux de CD4 jusqu'à 200/mm³ avec apparition de quelques symptômes à type de fatigue chronique, de perte de poids (amaigrissement), de diarrhées chroniques, de lésions au niveau de la peau.

La sérologie VIH est positive pendant cette phase, le patient est toujours contaminant.

A.3- La phase finale symptomatique

Du fait de la déplétion des lymphocytes CD4 jusqu'à leur disparition complète, la personne devient vulnérable à des infections opportunistes comme le zona, l'herpès, la candidose, la tuberculose, Toxoplasmose cérébrale etc...et à des cancers opportunistes comme le lymphome, le sarcome de kaposi, etc.

Biologiquement, la sérologie VIH reste positive, le taux des lymphocytes CD4 est très bas (inférieur 350/mm³), la charge virale est élevée (jusqu'à 75000copies/ml).

Tableau 7 : Récapitulatif des différentes phases de l'évolution de l'infection à VIH

	Primo infection	Phase chronique		Phase finale
		Début	Fin	
Signes Cliniques	Asymptomatique 50% cas	Asymptomatique	-Signes d'infection chronique- Autres signes : zona, candidose,...	Infections opportunistes
Sérologie	(-)	+	+	+
Diminution CD4	+++	+	++	+++
Augmentation charge virale	+++	+	++	+++
Traitement ARV	Non	Selon les cas	oui	oui

VIH édition 2007 Pierre- Marie, Girard, Christine Katlama, Gilles Pialoux, doin

Tableau 8 : Quelques exemples des infections opportunistes

Infections opportunistes bactériennes	Infections opportunistes parasitaires	Infections Opportunistes mycosiques	Infections opportunistes virales	Tumeurs opportunistes
<ul style="list-style-type: none"> → Tuberculose → Salmonelloses non typhiques → Mycobactérioses atypiques → Shigellose → Campylobactériose → Bactériose à Clostridium Difficile 	<ul style="list-style-type: none"> → Toxoplasmose cérébrale → Isosporose → Cryptosporidiose → Pneumocystoses 	<ul style="list-style-type: none"> → Candidoses → Cryptococcose → Histoplasmose 	<ul style="list-style-type: none"> → Herpès virose → Leucoencéphalite multifocale progressive 	<ul style="list-style-type: none"> → Sarcome de Kaposi → Lymphomes

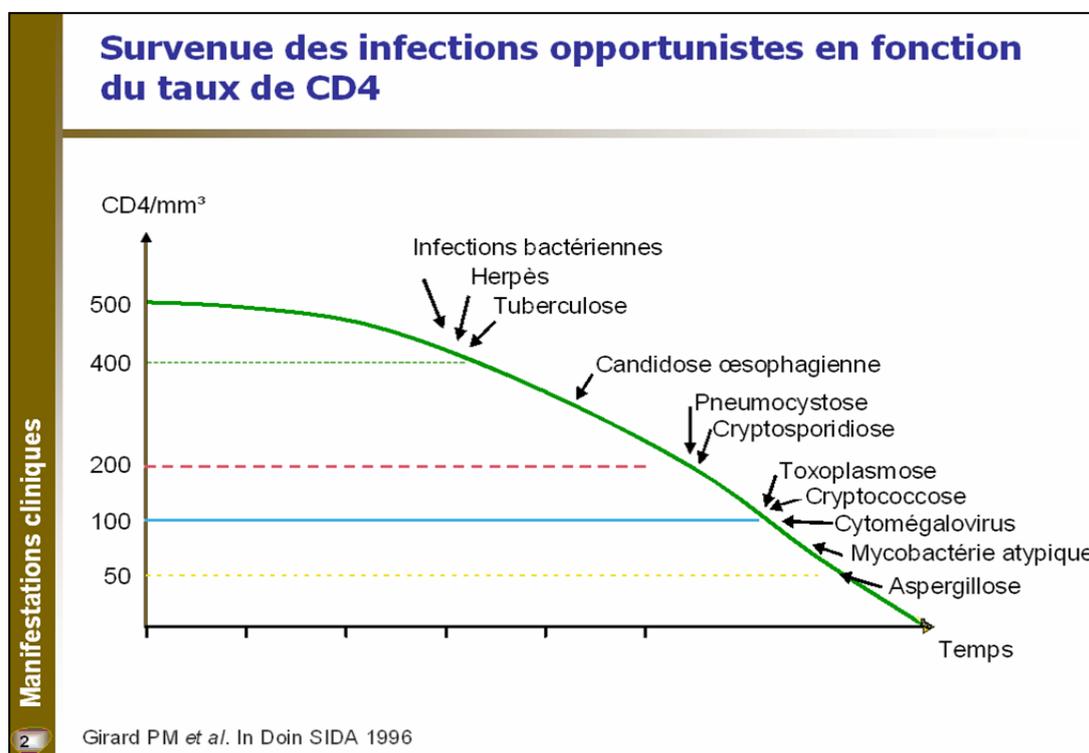


Schéma 13 : Corrélation de l'apparition des infections opportunistes et le taux de CD4

B. Les particularités de l'infection à VIH chez l'enfant

Chez l'enfant, la période asymptomatique de l'infection par le VIH est courte. Alors que quelques nourrissons deviennent symptomatiques durant les premières semaines de la vie, la plupart des enfants évoluent vers le sida avant d'avoir atteint l'âge de deux ans. Quelques-uns se maintiennent en bonne santé pendant plusieurs années.

Il existe deux formes au profil évolutif très différent : Une forme rapidement évolutive et une forme progressive.

B.1- La forme rapidement évolutive

Les premiers symptômes se manifestent entre 1 et 6 mois par des adénopathies, splénomégalie, hépatomégalie, des complications infectieuses (pneumopathies, diarrhées, candidoses bucco-pharyngées...), des signes neurologiques évocateurs de l'encéphalopathie VIH et un retard staturo-pondéral.

B.2- La forme progressive

Elle touche 70 à 80 % des enfants, la survie à 5 ans est meilleure. Elle est longtemps réduite à des signes non spécifiques, des adénopathies une parotidite et une hépato-splénomégalie qui débutent dans les premiers mois et ont tendance à régresser sous traitement pour disparaître le plus souvent. L'évolution est comparable au sida de l'adulte marquée par des complications infectieuses et des manifestations plus ou moins spécifiques. Tout au cours de l'évolution, deux ordres de manifestations vont s'intriquer : celles liées au déficit immunitaire (infections opportunistes et néoplasies (coïnfections) et celles liées au VIH lui-même. On peut observer :

- des infections bactériennes bénignes et fréquentes +++ (ORL et respiratoires, digestives et cutanées),
- une apparition progressive des infections opportunistes,
- une possibilité de néoplasie (rôle des coïnfections) à type de :
 - lymphomes non hodgkiniens (rôle de la coïnfection avec l'EBV),
 - sarcome de Kaposi (rôle de la coïnfection du HHV8).

VI. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH

Il existe deux méthodes de diagnostic de l'infection à VIH :

A. Méthode directe : Recherche du virus, selon deux méthodes :

A.1- La recherche d'Antigène p24 (Ag p24) par des techniques immuno-enzymatiques (test ELISA, test rapide) :

- L'Ag p24 est détectable environ 15 jours après la contamination et persiste 1 à 2 semaines avant de se négativer,
- Cette méthode est Infections Opportunistes utilisé pour le dépistage des nouveau-nés des mères séropositives entre le 15^{ème} et 21^{ème} jour.

A.2-Le dépistage du génome viral (ARN VIH Plasmatique ou ADN pro viral) par la technique PCR (Polymérase Chain Réaction)

- PCR : Les indications de la mesure de la charge virale plasmatique VIH :
 - bilan pré thérapeutique,
 - évaluation de l'efficacité d'un traitement antirétroviral,
 - bilan de surveillance des personnes infectées,
 - diagnostic précoce de l'enfant né d'une mère séropositive à partir de la 6^{ème} semaine.
- La charge virale est **variable** et peut atteindre des valeurs élevées :
 - jusqu'à 10^6 - 10^7 copies par ml de plasma,
 - avec un pic entre le 20^{ème} et 30^{ème} jour,
 - suivi d'une décroissance,
 - se stabilise en moyenne vers le 4-6^{ème} mois,
 - reste détectable tout au long de l'infection en l'absence de traitement antirétroviral.

B. Méthode indirecte : Recherche d'Anticorps anti VIH1 et 2 par des techniques immuno-enzymatiques (test ELISA, test rapide) :

- Utilisée pour le diagnostic de l'infection à VIH selon l'algorithme de dépistage nationale chez l'adulte et à partir de 18 mois chez l'enfant,
- Le dépistage du VIH se fait à partir du 3^{ème} mois après la contamination du faite de l'existence de la fenêtre sérologique.

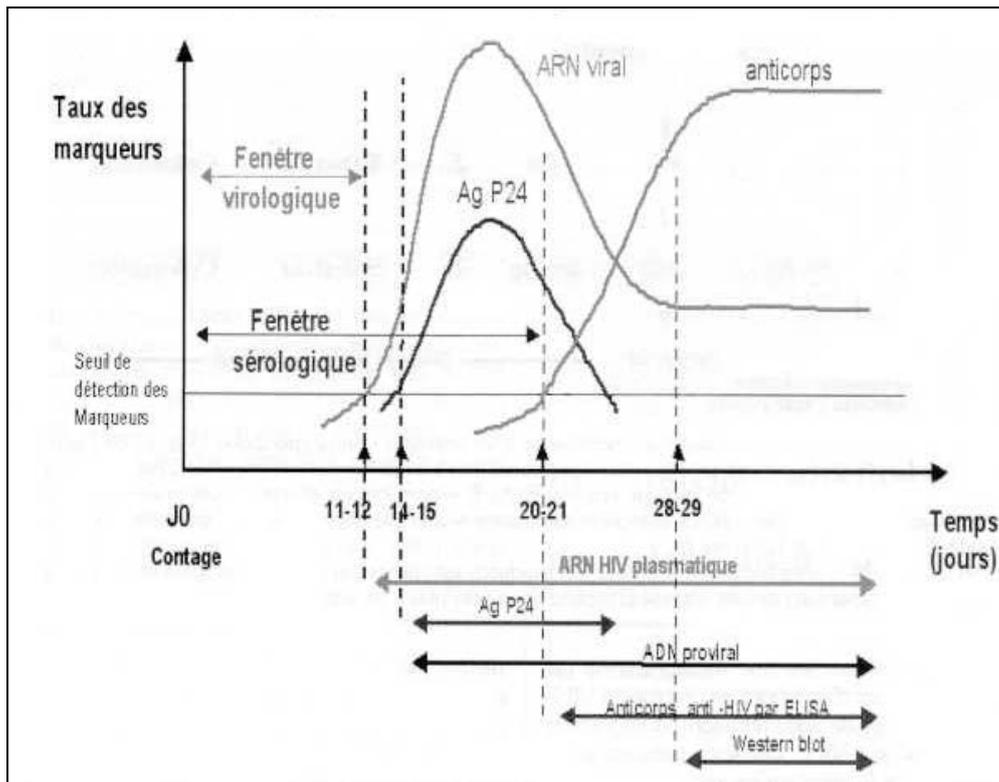


Schéma 14 : Cinétique des marqueurs biologiques de l'infection à VIH

VII. LES MESURES DE PREVENTION DE L'INFECTION A VIH

A. Prévention de la transmission sexuelle

- Promouvoir l'abstinence sexuelle,
- Promouvoir l'utilisation des préservatifs,
- Promouvoir la fidélité réciproque à un partenaire,
- Promouvoir le report de l'âge du premier rapport sexuel,
- Informer sur l'utilisation appropriée et correcte de préservatifs masculins ou féminins à chaque rapport sexuel par voie vaginale, anale ou orale,
- Prévenir, diagnostiquer et traiter précocement les infections sexuellement transmissibles (IST),
- Promouvoir le dépistage du VIH.

B. Prévention de la transmission par le sang

B.1- Sécurité transfusionnelle

- Dépistage systématique du VIH de toutes les poches de sang et de tous les produits sanguins,

- Sélection des donneurs de sang,
- Rationnaliser la prescription des dons de sang.

B.2- Application des mesures de précautions standards

Ce sont les précautions d'hygiène visant à assurer une **protection systématique de tous les patients et du personnel soignant vis à vis des risques infectieux.**

B-1-1 Mesures à appliquer en milieu de soins :

- Lavage des mains avant et après chaque soin et chaque acte technique,
- Port d'équipements de protection au cours de tous les actes médicaux : gants, blouse, ensemble chemisette, pantalon, sur chaussure, coiffe, masque et lunettes.

B-1-2 Gestion des matériels souillés

- Utilisation des boîtes de sécurité respectivement pour des objets tranchants et non tranchants,
- Traitement des matériels réutilisables : linges, matériels chirurgicaux, etc. (décontamination avec de l'eau de Javel diluée à 1/10, nettoyage, désinfection, stérilisation),
- Tri des déchets hospitaliers et incinération,
- Traitement des surfaces souillées (paillasse, lit) et sol : décontamination avec de l'eau de Javel diluée au 1/10, nettoyage,
- Transport de prélèvements de sang ou de liquide biologique dans des tubes ou des flacons hermétiques sous emballage étanche.

B-1-3 Mesures à prendre au laboratoire

- Considérer tout prélèvement comme étant « à risque » de transmission d'agents infectieux,
- Porter systématiquement des gants pour manipuler tubes et récipients contenant du sang ou autres produits biologiques, à la réception, durant les procédures opératoires et lors du lavage des matériels réutilisables,
- Ne pas pipeter à la bouche,
- Attendre 2 à 5 minutes après l'arrêt des centrifugeuses si le système n'est pas manuel, avant son ouverture,
- Porter un masque et des lunettes lorsqu'il y a risque de projection de sang,
- Ne pas fumer et manger au laboratoire,

- Ne pas garder les aliments dans les réfrigérateurs.

B-1-4 Les accidents d'exposition au sang (AES)

Un accident d'exposition au sang ou AES est un accident survenant par contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang, ou par piqûre avec une aiguille ou par coupure avec un objet tranchant ou par projection sur une muqueuse (yeux, bouche) ou par contact sur une peau lésée (plaie, eczéma, excoriation...).

Conduite à tenir en cas d'AES

a- Les premiers soins d'urgence

➤ En cas de piqûres et blessures:

- Nettoyer immédiatement la partie cutanée lésée à l'eau et au savon,
- Eviter de faire saigner,
- Rincer la plaie,
- Désinfecter avec de l'alcool à 70° ou des dérivés chlorés (DAKIN® ou eau de Javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10) ou de polyvidone iodée (BETADINE®) pendant au moins 5 minutes.

➤ En cas de projections sur les muqueuses et les yeux:

- Rincer immédiatement et abondamment à l'eau ou au sérum physiologique.

➤ En cas de contact direct du liquide biologique sur peau lésée:

- Nettoyer la partie exposée avec de l'eau et du savon,
- Désinfecter.

b- Évaluation des risques infectieux et prise de décision (traitement prophylactique ARV ou non) par un médecin référent

- **Appréciation du risque** en fonction du type de l'accident, de la profondeur de la blessure, du type du matériel incriminé. Les critères de risque les plus importants sont :

- piqûre profonde ou ayant saigné,
- sang visible sur instrument blessant,
- aiguille creuse ayant été utilisée en intraveineux ou en intra artériel direct,
- patient en phase aiguë ou terminale,
- charge virale élevée...

- **Recherche du statut VIH du patient ou du sujet source** est une priorité absolue afin de ne pas traiter inutilement les sujets non exposés tout en obtenant son accord.

c- Chimio prophylaxie

- A commencer dans les 48 heures après l'exposition, idéalement avant 4^{ème} heure et consiste à la prise d'une trithérapie antirétrovirale durant 4 semaines.
- A adapter en fonction du statut VIH du patient source:

➤ **Statut patient source connu:**

- **Statut VIH négatif:**

- Pas de traitement à moins qu'il y a risque de séroconversion ou de fenêtre sérologique

- **Statut VIH positif:**

- Faire la chimio prophylaxie par la prise de trithérapie antirétrovirale pendant 4 semaines (28 jours)

➤ **Statut patient source inconnu:**

- Entreprendre le traitement chimio-prophylactique le plus rapidement que possible 4 premières heures, d'une durée totale de 4 semaines

d-Suivi sérologique

Demander la sérologie VIH avant le 8^{ème} jour, puis au 3^{ème} et au 6^{ème} mois.

Remarque :

- Rappeler à la personne exposée qu'elle doit utiliser un préservatif lors de ses relations sexuelles tant qu'elle ne connaît pas son statut VIH.
- La recherche du statut VIH du patient source est une priorité absolue afin de ne pas traiter inutilement les sujets non exposés et de disposer de la souche virale.
Un traitement peut être débuté et arrêté rapidement si la sérologie VIH de la personne source est négative.
- Toutes les prestations de services (dépistage et mise en route du traitement ARV) doivent être pratiquées dans le respect des règles d'éthique et de déontologie.
- Le rôle du médecin est de :
 - évaluer le risque,

- conseiller le sujet exposé quant à l'intérêt ou non d'un traitement post-exposition, effets secondaires des ARV, incertitude sur l'efficacité de la prophylaxie.

Note:

Les mêmes mesures sont proposées en cas de viols ou de déchirure de préservatif chez un couple dont un partenaire est séropositif au VIH.

C. Prévention de la transmission mère/enfant

C.1- Prévention primaire

- Sensibilisation des futurs parents sur la prévention de l'infection à VIH,
- Promotion du dépistage volontaire du VIH,
- Dépistage du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN.

C.2- Prévention secondaire

Toute femme enceinte dépistée séropositive au VIH doit bénéficier des mesures suivantes pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

C-1-1 Un régime ARV pour améliorer la santé de la mère et la PTME

PERIODE DE DECOUVERTE	DEBUT DU TRAITEMENT
POUR LA MERE	
Avant la grossesse et déjà sous ARV	Continuer le même traitement si le régime ARV en cours n'est pas contre-indiqué pour la grossesse
Pendant la grossesse :	Initier la prophylaxie à partir de la 14^{ème} semaine d'aménorrhée, quel que soit le taux de CD4 Selon le protocole national en vigueur

POUR LE NOUVEAU NE

AZT+ 3 TC pendant 2 semaines si PTME bien conduit

4 semaines si PTME pas bien conduit

AZT : 2mg/kg/6 h 3TC : 2mg /kg /12 h

Selon le protocole national en vigueur

Protocole National de Prise En Charge médicale des PVVIH à Madagascar, 2009

Remarque :

- Respecter le protocole de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes séropositives par le SULFADOXINE PYRIMETHAMINE (TPI) en trois doses espacées de 1 mois.

C-1-2 Eviter les pratiques obstétricales traumatisantes

- Les touchers vaginaux itératifs: Ne procéder à un examen cervical que lorsqu'il est absolument nécessaire et le faire avec les conditions d'hygiène requises,
- La rupture artificielle des membranes,
- Toute manœuvre intempestive :
 - L'épisiotomie,
 - L'utilisation du forceps ou des ventouses.

En cas de travail prolongé, suivre l'évolution de l'accouchement par le biais du partogramme pour évaluer la nécessité d'une intervention précoce.

C-1-3 Soins du nouveau-né dans la salle d'accouchement

- Clamper le cordon, le couvrir d'une compresse et le sectionner immédiatement,
- Donner le bain dans de l'eau additionnée d'antiseptique : (Exemple : Chlorhexidine 1 c à s pour 10l d'eau),
- Désinfecter les yeux avec du collyre Bétadine,
- Essuyer la bouche et les narines,

- Sécher l'enfant, l'envelopper dans un linge chaud et sec,
- Administrer de la Vit K1 gouttes : 3mg/kg/jour = 3gouttes/kg/ jour
 - pendant : **7 jours**, puis
 - **1 fois par semaine** pendant 1 mois.

C-1-4 Administration d'ARV pour la mère pendant l'allaitement maternel

- **Si la mère a déjà reçu des ARV prophylactiques en trithérapie**, continuer le même régime prophylactique jusqu'au 12^{ème} mois, fin de la période de l'allaitement maternel, suivant les recommandations de l'OMS.
- **Si la séropositivité est découverte pendant la période du post partum**, administrer des ARV prophylactiques en trithérapie à la mère qui décide d'allaiter :

(AZT+3TC) + LPV/R

(1-0-1) (2-0-2)

C-1-5 Alimentation sans risques du nouveau-né (cf. Module C, Session 2)

C-1-6 Suivi de la mère et de l'enfant

- Suivi médical et soutien psychologique de la mère quel que soit son choix sur l'alimentation de son enfant,
- Suivi de la mère en tant que personne séropositive,
- Suivi du nouveau-né.

VIII- PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION A VIH

A. Prise en charge médicale

A.1- Bilan initial

- CD4/CD8,
- Charge virale,
- Tests de résistance : Test génotypique,
- Hémogramme avec taux d'hémoglobine,
- Ionogramme,
- Transaminases,
- Créatininémie,
- Protéinurie,
- Glycémie à jeun,

- Cholestérolémie,
- Triglycéridémie,
- Marqueurs de l'Hépatite virale B : Ag HbS, Ac anti-HbS,
- Sérologie hépatite virale C,
- Sérologie de la Syphilis : RPR, TPHA,
- Sérologie de la toxoplasmose,
- Test de grossesse chez la femme,
- Frottis vaginal pour le dépistage de HPV chez la femme,
- Radiographie pulmonaire,
- Des examens en fonction de l'état clinique : exemple, examen des crachats pour la recherche de BAAR à faire si le patient tousse, etc.

A.2- Suivi clinique et biologique

Tous les 3 à 4 mois : le patient doit faire une consultation auprès du médecin référent pour voir son état clinique et pour effectuer un bilan de suivi :

- Taux des CD4,
- En fonction de l'état clinique du patient :
 - Hémogramme,
 - Transaminases,
 - Créatininémie (clairance calculée),
 - Protéinurie,
 - Frottis vaginal chez la femme,
 - Radiographie pulmonaire.

Une fois par an, faire : sérologies hépatites, syphilis, toxoplasmose, CMV et FCV chez la femme.

A.3- Traitement par les antirétroviraux (ARV)

A-3-1 Initiation du traitement ARV

Le traitement ARV est à débiter :

- Chez l'adulte : $CD4 \leq 350 / mm^3$,
- Chez l'enfant : $CD4 \leq 25\%$ des lymphocytes totaux,
- Chez l'adulte et chez l'enfant, avec Stades III et IV de l'OMS quel que soit le taux du CD4.

A-3-2 Prescription des ARV

Actuellement, la prescription des ARV est réservée aux médecins référents et respecte le protocole national sur les schémas et les molécules utilisées.

L'objectif du traitement antirétroviral est de réduire au maximum (indétectable) et d'une façon durable, la charge virale plasmatique d'une personne infectée, afin de :

- garder le patient hors de la zone à risques d'infections opportunistes et de décès, tout en maintenant une qualité de vie optimale,
- améliorer et maintenir l'immunité du patient (TCD4 > 200/ mm³),
- limiter l'apparition de souches VIH résistantes.

Les patients sous ARV doivent subir périodiquement des suivis cliniques et biologiques (CD4, Charge virale) pour voir l'efficacité du traitement, l'observance du traitement, la tolérance au traitement.

A.4- Prophylaxie et traitement des infections opportunistes

A-4-1-Prophylaxie

La prophylaxie consiste à éviter l'apparition des infections opportunistes:

a) Les prophylaxies primaires au cours de l'infection à VIH

➤ Chez l'adulte

Taux de CD4	Prophylaxie	Molécules et posologie	Durée
> 200/ mm³	pas de prophylaxie		
≤ 200 / mm³	Pneumocystose	Cotrimoxazole 400/80 mg : 1cp/j	jusqu'à CD4 stable à 200 / mm ³ pendant au moins 3 mois
		Alternative moins efficace : Aérosol mensuel de Pentamidine 300 mg, Dapsone, Atovaquone	

< 100/ mm³	Toxoplasmose	Cotrimoxazole 400/80 mg : 1cp/ j	jusqu'à CD4 stable à 100 / mm ³ pendant au moins 3 mois
		Alternative moins efficace : Dapsone 50 mg/ j et Pyriméthamine 50mg/ sem /j	
<75/mm³	Infection à mycobactéries atypiques	Azithromycine 1200 mg/j une fois/ sem	jusqu'à CD4 stable à 100 / mm ³ pendant au moins 3 mois
		Alternative : Rifabutine	

- Pour une PVVIH avec un taux de CD4 $\leq 200 / \text{mm}^3$, débiter la prophylaxie de la **pneumocystose**
- Pour une PVVIH avec un taux de CD4 $\leq 100 / \text{mm}^3$, débiter la prophylaxie de la **pneumocystose et de la toxoplasmose**
- Pour une PVVIH avec un taux de CD4 $\leq 75 / \text{mm}^3$, débiter la prophylaxie de la **pneumocystose, de la toxoplasmose et de l'infection à mycobactéries atypiques**
- La reprise des prophylaxies est **indiquée en cas de chute des CD4 même sous ARV.**

La prophylaxie primaire est à arrêter 3 mois après CD4 > 200/ mm³.

➤ ***Chez l'enfant***

La prophylaxie par Cotrimoxazole est initiée à partir d'un taux de CD4 < 15 %.

La prophylaxie primaire est à arrêter 3 mois après CD4 > 25%.

➤ ***Chez le nouveau-né exposé au VIH***

Débiter la prophylaxie par Cotrimoxazole à la dose de **30mg/kg/j à partir de la 6^{ème} semaine jusqu'à la preuve de séronégativité**

b) La prophylaxie secondaire

Certaines maladies comme la toxoplasmose, le CMV, la cryptococcose nécessitent une **prophylaxie secondaire après le traitement curatif**.

En général, la prophylaxie secondaire consiste en la prise des **mêmes médicaments qu'au cours du traitement mais à demi-dose**.

L'arrêt de la prophylaxie secondaire peut se faire quand le taux de **CD4 est stable à 200 / mm³ pendant 6 mois successifs**.

A-4-2 Le traitement des principales infections opportunistes

La plupart des infections opportunistes répondent au traitement classique de ces infections, mais quelques unes se traitent seulement par les ARV.

❖ LA TUBERCULOSE

- Même schéma thérapeutique que chez les patients non infectés par le VIH,
- Initier le traitement anti-tuberculeux puis débiter le traitement ARV au bout du 15^{ème} jour,
- Tenir compte des interactions médicamenteuses (exemple : l'association Rifampicine et Inhibiteur de la Protéase est contre-indiquée).

❖ TOXOPLASMOSE CEREBRALE

➤ Traitement :

Traitement curatif de référence	Traitement curatif alternatif	Traitements associés
<p>PYRIMETHAMINE (Malocide®) 50 mg/j</p> <p>SULFADIAZINE (Adiazine®) : 100 mg /kg/j 6sem en 4 prises (soit 4-6g/j)</p> <p>ACIDE FOLINIQUE 25 mg/j</p>	<p>COTRIMOXAZOLE 75mg/kg/j</p> <p>voie parentérale : J₁-J₁₀ puis per os → J₁₁-J₂₁</p> <p>➔ Si allergie ou intolérance aux sulfamides :</p>	<p>- Anti-oedémateux cérébral : METHYL PREDNISOLONE : 40 mg en IV x 4 / j</p> <p>- Anti-convulsivant :</p> <p>*Si crise :</p> <p>CLONAZEPAM (Rivotril®): 1A à 1mg en IVL</p>

<p>→ En cas d'intolérance à la Sulfadiazine, remplacer par :</p> <p>CLINDAMYCINE (DALACINE®)</p> <p>1,6 à 2,4g/j</p>	<p>ATOVAQUONE</p> <p>1500 mg X 2/j → 3 sem</p>	<p>*Alternative :</p> <p>DIAZEPAM 10 mg en IVL</p> <p>*Traitement de fond :</p> <p>VALPROATE DE SODIUM : 25-30 mg/kg/j</p>
--	---	--

➤ **Prévention :**

Prévention primaire	Prévention secondaire
<p>Indication : CD4 < 200 / mm³</p> <p>COTRIMOXAZOLE FORTE (800/160)</p> <p>1cp/ j</p>	<p>Poursuite du traitement à demi-dose</p> <ul style="list-style-type: none"> - SULFADIAZINE (Adiazine ®) 2g/j - PYRIMETHAMINE (Malocide®) 25 mg/j <p style="text-align: center;">+</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACIDE FOLINIQUE 50 mg / semaine en une prise

N B : La prévention sera arrêtée si CD4 est > 200/ mm³ pendant une période plus de 6 mois.

❖ **PNEUMOCYTOSE**

➤ **Traitement :**

Traitement curatif	Traitement alternatif
<p>COTRIMOXAZOLE</p> <p>75 mg/kg/j* → 21j</p> <p>ACIDE FOLINIQUE 50 mg/jour</p>	<p>ATOVAQUONE</p> <p>750 mg x2/j → 21j</p>
<p><i>Si PaO₂ < 70% ou FR > 30/mn ou devant un tableau de détresse respiratoire :</i></p> <p><i>Ajouter Methyl prednisolone en IV : 1 mg/kg/j pendant 5-10 jours puis diminution progressive.</i></p>	

*sans dépasser 12 comprimés à 480 mg, ou 6 comprimés à 960 mg ou 12 ampoules par jour

➤ **Prévention :**

Prévention primaire	Prévention secondaire
<p><u>Indication</u> : $CD4 < 200 / mm^3$</p> <p>COTRIMOXAZOLE FORTE (800/160)1cp/ j</p> <p style="text-align: center;"><u>ou</u></p> <p>ATOVAQUONE 750 mg /j</p>	<p>COTRIMOXAZOLE FORTE (800/160)1cp/ j</p> <p style="text-align: center;"><u>ou</u></p> <p>DAPSONE Disulone ®)100 mg/j</p> <p style="text-align: center;"><u>ou</u></p> <p>ATOVAQUONE 750 mg /j</p>

N.B La prévention sera arrêtée si $CD4$ est $> 200/mm^3$ pendant plus de 6 mois.

❖ **HERPES ET ZONA**

Maladie	Traitement	Remarques
HERPES	VALACICLOVIR (Zelitrex®) 500 mg x 2/j → 5 j	

❖ **CYTOMEGALOVIRUS (CMV)**

Traitement curatif	Traitement d'entretien
<p>Pour toutes atteintes neurologiques, rétinites, digestives, pulmonaires :</p> <p style="text-align: center;">GANCICLOVIR</p> <p>5 mg/kg x 2/j en IV → 15-21 j suivi d'un traitement d'entretien</p>	<p style="text-align: center;">VALGANCICLOVIR</p> <p>900 mg/j par voie orale</p>

Le traitement d'entretien sera arrêté si $CD4$ est $> 100/ mm^3$ pendant plus de 6 mois.

❖ CANDIDOSE

Maladie	Traitement
CANDIDOSE ORO-PHARYNGEE	Traitement curatif : FLUCONAZOLE 50 mg à 100mg per os → 7 à 10 j

La prophylaxie secondaire sera arrêtée si taux de CD4 >200 /mm³ depuis plus de 6 mois sous traitement antirétrovirale efficace.

D. Prise en charge psychosociale

➤ Etapes :

- Engagement : Acceptation du patient à s'engager dans un centre ou une association de prise en charge psychosociale,
- Exploration : Le patient exprime ses sentiments et la façon dont il vit sa situation,
- Compréhension : la confiance est établie entre l'intervenant social et le patient,
- Construction de projet : le patient accepte sa situation, se sent stable et peut envisager un projet de vie.

➤ Paquet d'interventions :

- Soutien psychologique,
- Soutien socio-économique,
- Soutien pour la réinsertion socioprofessionnelle,
- Soutien juridique,
- Soutien spirituelle,
- Conseil et/ou éducation nutritionnels,
- Réinsertion scolaire,
- Référence et contre-référence.

SESSION 3

LES ANTIRETROVIRAUX

BUT

Cette session permet aux participants de maîtriser les connaissances de base sur les traitements ARV.



OBJECTIFS DE LA SESSION :

A la fin de la session le prestataire devrait être capable de :

1. Décrire le but et les indications des ARV,
2. Expliquer les mécanismes d'action des ARV,
3. Donner la classification des ARV,
4. Expliquer les effets secondaires et les interactions médicamenteuses des ARV,
5. Expliquer les facteurs de risques de résistances aux ARV (primaire et secondaire).

SESSION 3 : LES ANTIRETROVIRAUX

I-BUT ET INDICATIONS DES ARV

L'objectif du traitement antirétroviral est de réduire au maximum (indétectable) et d'une façon durable, la charge virale plasmatique d'une personne infectée, afin de :

- garder le patient hors de la zone à risques d'infections opportunistes et de décès, tout en maintenant une qualité de vie optimale,
- améliorer et maintenir l'immunité du patient ($\text{TCD4} > 200 / \text{mm}^3$),
- limiter l'apparition de souches VIH résistantes.

Les indications des ARV doivent se conformer aux normes internationales dont celles de l'OMS,

- Chez l'adulte : $\text{CD4} \leq 350 / \text{mm}^3$,
- Chez l'enfant : $\text{CD4} \leq 25\%$ des lymphocytes totaux,
- Chez l'adulte et chez l'enfant, avec Stades III et IV de l'OMS quel que soit le taux du CD4.

II- LES MECANISMES D'ACTION DES ARV

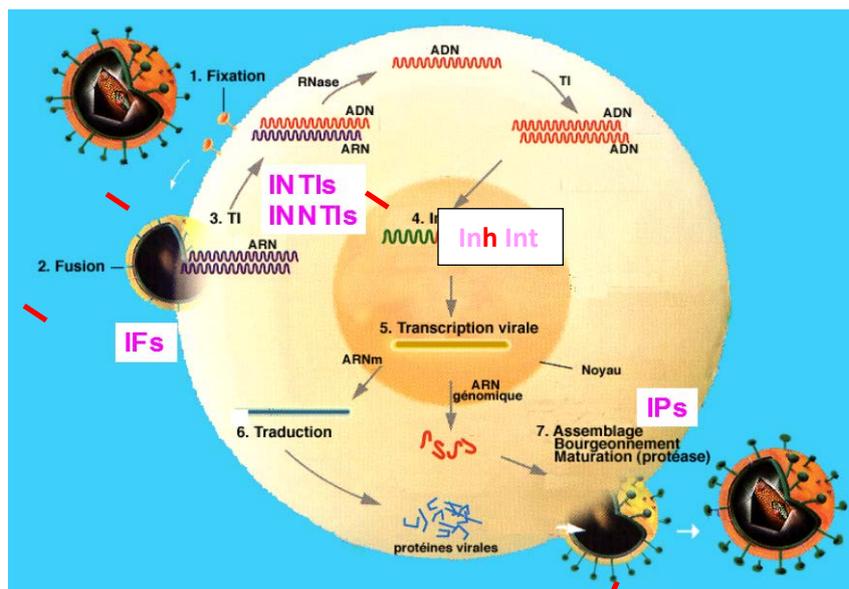


Schéma 15: Sites d'action des ARV

Les ARV agissent :

- en inhibant les enzymes de réplication virales : transcriptase inverse, protéase, intégrase,
- en bloquant la fusion entre la membrane virale et la membrane de la cellule hôte.

➔ Les ARV bloquent la réplication virale, réduisent donc le nombre de virus circulants.

III- LA CLASSIFICATION DES ARV

Tableau 9 : Classification des antirétroviraux

Inhibiteurs de la transcriptase inverse		Inhibiteurs de la protéase	Inhibiteurs de l'intégrase	Inhibiteurs de fusion
nucléosidiques et nucléotidiques	non nucléosidiques			
Zidovudine (AZT)	Névirapine (NVP)	Lopinavir/ Ritonavir(LPV/r)	Raltegravir	T 20 : Enfuvirtide
Lamivudine (3TC)	Efavirenz (EFV)	Saquinavir		
Abacavir (ABC) [AZT+3TC]	Etravirine	Atazanavir		
Combivir [AZT+3TC]		Indinavir		
Emtricitabine (FTC)		Nelfinavir		
Ténofovir (TDF)		Darunavir		
Didanosine(DDI)				

IV- LES PRINCIPAUX EFFETS INDESIRABLES DES ARV

A. Effets indésirables précoces

A.1- Mineurs

- Sécheresse cutanée (IP surtout Indinavir),

- Troubles digestifs : nausées, vomissements (tous les ARV), ballonnements abdominaux, diarrhée (IP, DDI),
- Troubles neurosensoriels : Troubles du sommeil (insomnie, cauchemars), troubles de l'humeur, vertiges (EFV en début de traitement), etc.

A.2- Majeurs

- Toxidermie: Syndromes de Stevens Johnson et de Lyell (Névirapine, Efavirenz, Abacavir, Cotrimoxazole),



Figure 1 : Syndromes de Stevens Johnson/Lyell

- Hématologiques : Anémie, Neutropénie: (AZT),
- Perturbations hépatiques : cytolyse, cholestase, mixte (Névirapine, EFV), etc.

B. Effets indésirables à long terme

B.1- Mineurs

- Lipodystrophie : trouble sur la répartition du tissu adipeux (d4T, IP),



Figure 3: Lipoatrophie



Figure 4 : Lipohypertrophie



Figure 11.46 and right: A 32-year-old human immunodeficiency virus (HIV)-2-infected man presented with a foetal-sized mass in the dorsal cervical area: 'buffalo hump'. It had existed as a minor area of fatness for several years, but had dramatically increased in size over the preceding year, after the protease inhibitor indinavir was added to his antiretroviral regimen.

Figure 5 : Lipohypertrophie (Bosse de bison)

- Troubles métaboliques :
 - Dyslipidémies : Triglycérides, Cholestérol,
 - Troubles glucidiques, etc.

B.2- Majeurs

- Acidose lactique: Lactate > 5 mmol/l et acidose métabolique, liée aux nucléosidiques notamment d4T et ddI (association déconseillée), etc.

Tableau 10: ARV et les principaux effets secondaires

ARV	PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES
AZT	Anémie
ABC	Réaction d'hypersensitivité
d4T, ddl, ddC	Neuropathie périphérique
ddl, d4T, 3TC	Pancréatite
EFV	Système nerveux (confusion, cauchemars, problèmes psychique dont tendance suicidaire).
Névirapine (NVP), Efavirenz (EFV)	Syndrome de Steven's Johnson
Névirapine (NVP), Efavirenz (EFV), moins souvent didanosine (ddl)	Hépatite aiguë
Tous les INTIs	Acidose lactique
Indinavir	Lithiase rénale

V- INTERACTIONS DES ARV ET DES AUTRES MEDICAMENTS

On peut observer une interaction médicamenteuse entre les ARV et d'autres médicaments, qui pourraient entraîner :

- la perte de l'efficacité des ARV,
- la fréquence de l'apparition des effets indésirables.

Exemples :

- interaction avec les antituberculeux :
 - interaction **IP** et **Rifampicine** (diminution concentration plasmatique des IP donc réduction de l'efficacité des IP en question),
 - interaction **Névirapine** et **Rifampicine** (risque de potentialisation de l'hépatotoxicité des deux médicaments).

- interaction AZT et Cotrimoxazole, sulfadiazine :
 - => Toxicité hématologique (cytopénie : anémie, leuconéutropénie)
- interaction entre les ARV : d4T et ddl :
 - =>Augmentation du risque de toxicité (acidose lactique, neuropathie périphérique)
- L'alcool augmente la concentration plasmatique d'Abacavir de 41%. L'alcool n'est pas recommandé avec les ARV afin de limiter les risques d'hépatotoxicité.
- La Didanosine réduit l'absorption des médicaments qui ont besoin de l'acidité gastrique pour leur absorption tels que : Indinavir, Ritonavir, Delavirdine, Ketoconazole, Tétracyclines, Fluoroquinolones →Espacer les prises de 2 heures.
- Il faut aussi éviter la combinaison de FTC et 3TC (idem AZT et d4T) car ils agissent sur le même analogue nucléosidique.
- Interactions de la Névirapine :
 - Avec les contraceptifs oraux (ethinylestradiol): diminution efficacité de la contraception hormonale avec risque de grossesse. Conseiller une autre méthode de contraception.
 - IP: Névirapine diminue l'absorption des IP dont il faut généralement ajuster la dose (augmenter).
 - Antimycosique :
 - Kétoconazole: la concentration sanguine du Ketoconazole diminue de 63% tandis que celle de la Névirapine augmente de 15 à 30 %. Ne pas administrer de façon concomitante ces deux molécules ou utiliser avec précaution.
 - La Fluconazole peut doubler la concentration sanguine de la Névirapine et augmenter la toxicité hépatique.

VI- LES FACTEURS DE RISQUES DE RESISTANCE AUX ARV

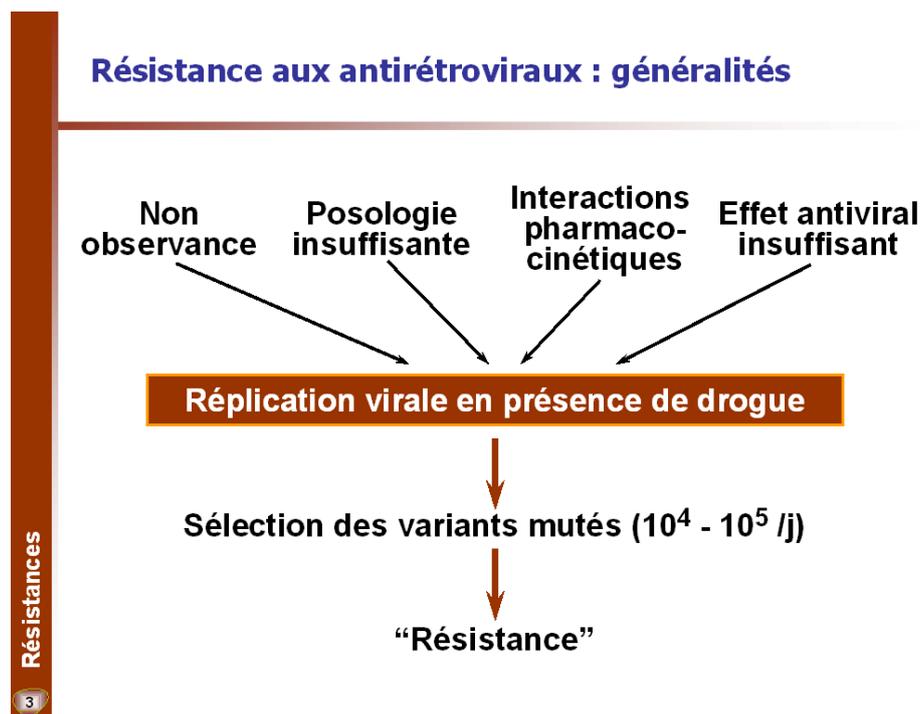
La prédisposition à la variabilité génétique du virus favorise la survenue de mutants résistants aux ARV sélectionnés surtout au cours de l'utilisation de ces molécules.

A. Résistance primaire

Le patient a été infecté par un virus déjà résistant : la résistance s'installe avant la prise du traitement ARV (chez un patient naïf de traitement ARV).

B. Résistance secondaire

La résistance s'installe au cours du traitement ARV. Elle est due à une mauvaise observance du traitement, une posologie insuffisante, un effet du traitement diminué par interaction médicamenteuse par exemple.



MODULE B

EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PVVIH



INTRODUCTION :

L'infection à VIH est très vite devenue une pandémie quelques années seulement après sa découverte aux Etats-Unis en 1981. Mais, l'arrivée des trithérapies Antirétrovirales en 1996, entraînant l'amélioration de la qualité de vie du patient a remis à jour la notion d'éducation thérapeutique dont bénéficiaient les patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète ou l'asthme.

Ainsi, cette chronicité de la maladie avec la difficulté de suivre chaque jour le traitement, la non observance du traitement par les patients, les changements de modes de prise en charge, ont mis l'éducation thérapeutique au cœur du processus de la prise en charge globale de la personne vivant avec le VIH, en vue de sa maîtrise de compétences d'auto-soins, (exemple: dépister les signes cliniques pouvant évoquer des effets indésirables ou décrire le mode, la durée d'action et les modalités de prise de ces médicaments) et d'adaptations psychoaffectives (exemple : faire connaître ses besoins, exprimer ses émotions, gérer les répercussions de la maladie, du traitement dans le milieu familial et s'adapter avec).

En définitive, avec l'éducation thérapeutique, le patient devient ainsi le sujet de son soin et non plus un objet de soin.

OBJECTIF GENERAL :

A la fin du module, le prestataire devrait être capable de mener à bien l'éducation thérapeutique (ETP) de la personne vivant avec le VIH.

CONTENU :

Session1 : Généralités sur l'éducation thérapeutique du patient

Session 2 : Les étapes de la démarche éducative

DUREE: 470 minutes

SESSION 1

GENERALITES SUR L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PVVIH

BUT

Le but de cette session est de renforcer la connaissance des participants en matière d'éducation thérapeutique du patient.



OBJECTIFS DE LA SESSION :

A la fin de la session le participant devrait être capable de :

1. Définir l'éducation thérapeutique,
2. Déterminer au moins quatre objectifs de l'éducation thérapeutique,
3. Décrire les bénéfices de l'éducation thérapeutique,
4. Enumérer au moins trois approches de critère de qualité de l'éducation thérapeutique,
5. Déterminer les cibles, le profil de l'éducateur, le lieu et le moment de l'éducation thérapeutique,
6. Expliquer les trois domaines de l'éducation thérapeutique dans l'infection à VIH.



SESSION 1: GENERALITES SUR L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PVVIH

I- DEFINITION DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Selon la définition de l'OMS de 1998, l'éducation thérapeutique du patient est « un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient ».

L'éducation thérapeutique comprend un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures de soins, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et leurs facteurs d'influence (représentations de la santé et de la maladie, représentations de rôle, pouvoir sur la santé, sentiment d'efficacité, sens de la maladie et de la santé...).

Ce processus est destiné à aider le patient et sa famille à comprendre la maladie et les traitements, à participer aux soins, à prendre en charge son état de santé et à favoriser un retour aux activités normales et au projet de vie, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie.

Le patient est placé au cœur du dispositif de soins. Il devient ainsi le premier responsable de son soin et non plus un objet de soin.

L'éducation thérapeutique doit être individualisée, répétée et évaluée régulièrement.

II- LES OBJECTIFS DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'éducation thérapeutique vise à aider le patient, sa famille et/ ou ses proches à :

1. comprendre la maladie et le traitement,
2. participer aux soins,
3. vivre le plus sainement possible,
4. maintenir ou améliorer la qualité de vie,
5. prendre en charge son état de santé,
6. Identifier ce qui l'intéresse, le motive (projet de vie),
7. acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie.

III- LES BENEFICES DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'éducation thérapeutique permet :

- une meilleure compréhension et gestion de la maladie et du traitement par le patient, sa famille et ou ses proches,
- une amélioration de la santé du patient (biologique, clinique et psychosociale),
- une amélioration de sa qualité de vie et celle de ses proches,
- Une réduction du nombre de perdus de vue, de consultations médicales, d'hospitalisations, voire décès,
- Une prévention de l'émergence des souches résistantes,
- Une bonne cohésion de l'équipe de prise en charge (médecin, paramédical, pharmacien, dispensateur d'ARV, assistant(e) social(e), médiateur ...).

IV- LES CRITERES DE QUALITE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'éducation thérapeutique repose sur quatre approches de critères de qualité:

- Approche centrée sur le patient,
- Approche structurée et formalisée,
- Approche négociée,
- Approche évaluée.

A. Approche centrée sur le patient

C'est un processus :

- dont l'intérêt est porté à la personne dans son ensemble et en tenant compte de toutes les dimensions de l'être humain (biologique, psychologique, sociale, culturelle, spirituelle, environnementale),
- permanent adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient,
- reposant sur l'évaluation des besoins et de l'environnement du patient (diagnostic éducatif),
- basé sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et les professionnels de santé,
- adapté au profil éducatif et culturel du patient, en respectant ses préférences, son style et rythme d'apprentissage,
- accessible à une variété de public (entourage, famille, proche), en tenant compte de leur culture, origine, situation géographique, ressources locales et du stade d'évolution de la maladie.

B. Approche structurée ou formalisée:

- Intégration de l'éducation thérapeutique dans le paquet de service offert aux patients: partie intégrante du traitement et de la prise en charge à long terme,
- Offres de service dispensées par une équipe multi professionnelle,
- Utilisation des techniques pédagogiques variées et de communication engageant le patient dans un processus actif d'apprentissage,
- Séances d'éducation thérapeutique individuelles ou collectives, ou en alternance, fondées sur les principes de l'apprentissage chez l'adulte,
- Transcription des informations et des adaptations d'auto-soins ou psychosociale dans le dossier individuel d'éducation thérapeutique.

C. Approche négociée:

- Développement de partenariat avec le patient,
- Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique avec le patient en impliquant autant que possible ses proches,
- Etablissement d'un contrat entre le soignant et le patient sur les compétences à acquérir,
- Établissement de lien entre le projet de vie, les besoins du patient et les compétences d'auto-soins, psychoaffectifs proposés par rapport à sa maladie,
- Tenue des séances d'éducation thérapeutique avec les rendez-vous médicaux fixés.

D. Approche évaluée

L'ETP doit être individualisée, répétée et évaluée régulièrement pour :

- faire un bilan de compétences du patient,
- évaluer la qualité du programme d'éducation proposée.

De ce fait, il est nécessaire d'utiliser les mêmes outils pédagogiques pour une meilleure compréhension et requérir le point de vue du patient sur l'organisation de l'éducation thérapeutique et sur ce qu'il a effectivement reçu.

V- LES CIBLES DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Toute personne, ayant une maladie chronique comme le diabète, l'asthme, l'hypertension artérielle, le cancer ainsi que l'infection à VIH..., quels que soient le type, le stade et l'évolution de la maladie, peut bénéficier des séances d'éducation thérapeutique.

Cette éducation thérapeutique concerne également l'entourage (famille et/ou proche) si le patient souhaite les impliquer dans la gestion de sa maladie.

VI- QUI PEUT DISPENSER L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ?

L'éducation thérapeutique est réalisée par chaque membre d'une équipe multi professionnelle formé à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et engagé dans un travail commun soit :

- des professionnels de santé (médecins, psychiatre, paramédicaux, psychologue, diététiciens, assistants sociaux...),
- des membres des associations de malades,
- des médiateurs de la santé,
- des membres de la famille.

VII- A QUEL STADE DE L'INFECTION A VIH PEUT-ON FAIRE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ?

L'éducation thérapeutique du patient peut être proposée dès l'acceptation de sa séropositivité et tout au long de l'évolution de la maladie.

Différents types de séances d'éducation thérapeutique du patient peuvent être proposés au patient pour l'accompagner tout au long de la prise en charge de sa maladie chronique :

- une séance d'éducation thérapeutique « initiale »,
- une séance d'éducation thérapeutique « de suivi régulier » ou de « renforcement »,
- une séance d'éducation thérapeutique « de suivi approfondi » ou « de reprise ».

Ce découpage est schématique par nécessité d'en préciser le contenu. Pour chaque séance d'éducation thérapeutique du patient, la durée et les moyens nécessaires à mettre en œuvre dépendent des besoins éducatifs du patient.

L'éducation thérapeutique du patient est une démarche continue qui nécessite des adaptations permanentes liées à l'évolution de la maladie et à l'expérience de sa gestion par le patient lui-même et à ses propres demandes. C'est pourquoi ces séances, dans leur contenu et leur continuité de l'une à l'autre, doivent rester souples pour répondre aux besoins éducatifs de chaque patient.

VIII- OU PEUT- ON FAIRE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE?

L'éducation thérapeutique est effectuée dans un endroit confortable, tranquille, gaie, permettant de:

- garantir la confidentialité,
- établir une relation de confiance entre le patient et le soignant,
- disposer de matériels pédagogiques (fiche individuelle d'ETP, boîte à images, cartes conseil, planning thérapeutique...).

IX- LES DOMAINES DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS L'INFECTION A VIH

L'éducation thérapeutique dans l'infection à VIH touche trois domaines:

- L'observance thérapeutique,
- La prévention de la transmission du virus,
- La prise en charge des complications liées au traitement.

A. L'observance thérapeutique

L'observance: comportement selon lequel la personne suit son traitement avec assiduité et régularité optimale, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin.

Elle est influencée par 4 facteurs:

- **Facteur cognitif:** connaissance de la maladie, du traitement, de son mode d'action,
- **Facteur comportemental :** «routinisation» des prises, intégration dans le quotidien,
- **Facteur psychologique:** dépression, exaltation (soulagement, vivre positivement) estime de soi,
- **Facteur social:** notamment l'intégration sociale.

B. La prévention positive

Les compétences préventives : connaissance et compréhension des moyens de protection, nécessité de gérer le risque de transmission

C. La prise en charge des complications liées au traitement

Compréhension des effets indésirables précoces et tardifs, mineurs et majeurs et les risques de résistance des ARV.

SESSION 2

LES ETAPES DE LA DEMARCHE EDUCATIVE

BUT :

Cette session consiste à porter à la connaissance des participants sur la démarche de bien mener une séance d'éducation thérapeutique.



OBJECTIFS DE LA SESSION :

A la fin de la session le participant devrait être capable de :

1. Décrire les quatre étapes de la démarche éducative,
2. Etablir un diagnostic éducatif,
3. Négocier un contrat d'éducation thérapeutique,
4. Mettre en œuvre des modalités du contrat d'apprentissage,
5. Développer les critères d'évaluation de l'éducation thérapeutique (patient et programme).

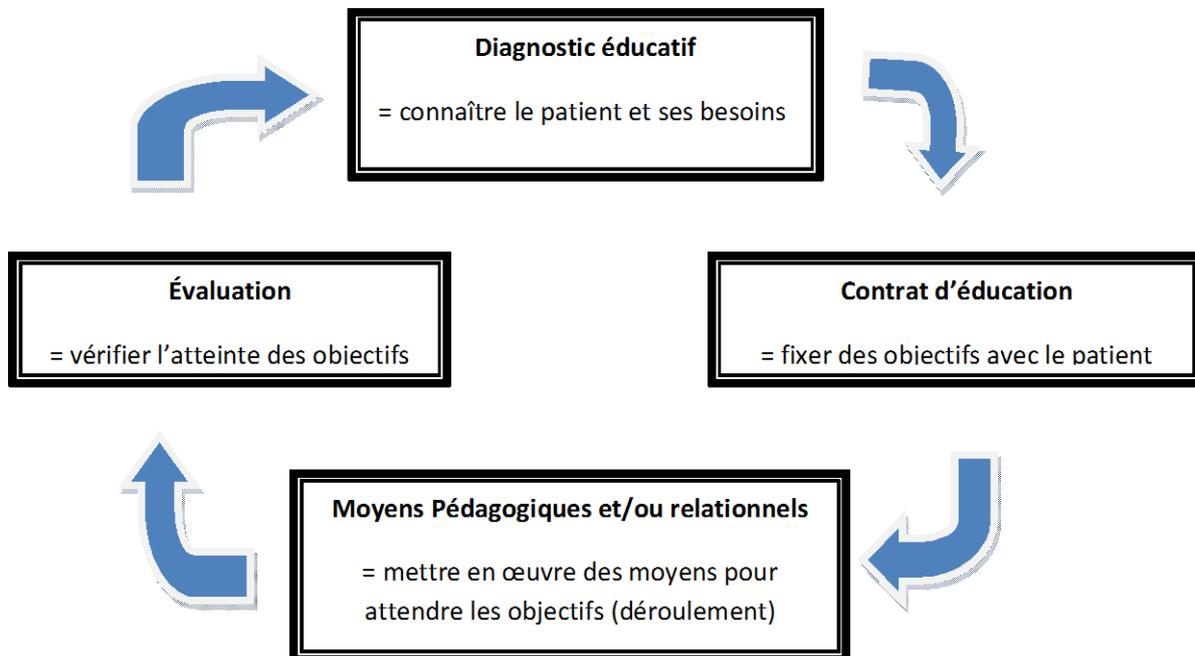


SESSION 2 : LES ETAPES DE LA DEMARCHE EDUCATIVE

I- LES ETAPES DE LA DEMARCHE EDUCATIVE

Le guide méthodologique propose une démarche éducative en quatre étapes :

- Le diagnostic éducatif : le recueil des besoins et des attentes du patient,
- Le contrat d'éducation : la définition des compétences à acquérir ou à mobiliser,
- La mise en œuvre de l'apprentissage : la planification de séances d'éducation thérapeutique du patient,
- l'évaluation des progrès du patient et la proposition d'une éducation thérapeutique de suivi.



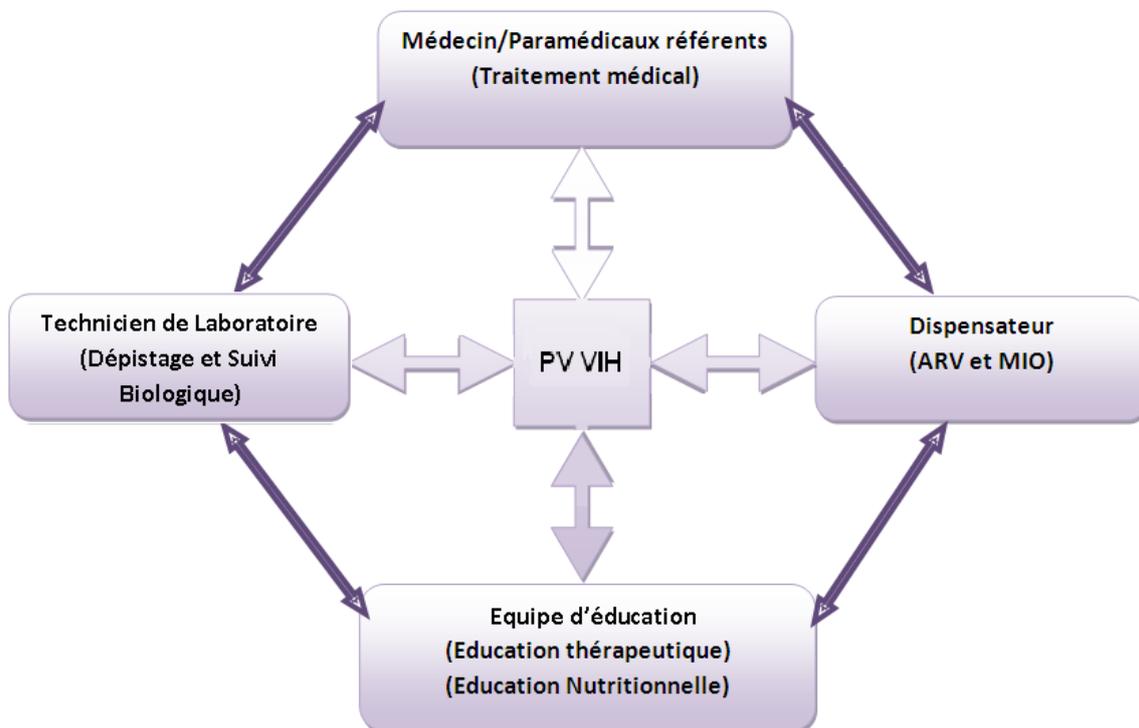
II- DIAGNOSTIC EDUCATIF

Le diagnostic est indispensable pour la connaissance du patient, l'identification de ses besoins et ses attentes et permettant la formulation avec lui des compétences à acquérir ou à mobiliser.

A. Conditions à réunir pour mener un diagnostic éducatif:

- Établir une relation de confiance en se rendant disponible, dans un espace d'écoute réservé,
- Maîtriser les techniques pour mener un counseling (BERCER),
- S'assurer de la coopération de toute l'équipe soignante, en sachant que le patient est celui de toute de l'équipe de soins.

CIRCUIT DU PATIENT AU SEIN DE LA STRUCTURE SANITAIRE



➔ Bien expliquer aux patients le circuit existant dans le centre de prise en charge

B. Relation équipe de soins-patient

La bonne relation entre l'équipe de soins et le patient est la clef de voûte de la démarche éducative. Cette relation est capitale pour aider le patient aux changements de comportements.

Ses avantages :

- maintient le patient en bonne santé,
- entraîne la satisfaction du patient,
- favorise la prise de conscience du patient,
- accroît la motivation du patient à changer,
- permet de gérer la détresse et les réactions émotionnelles du patient,
- permet la bonne observance du patient au traitement, au soin et une bonne adhérence aux soutiens...

La communication interpersonnelle est importante pour une bonne compréhension mutuelle :

- Utiliser un langage clair et « terre à terre » avec des métaphores si possibles,
- Poser des questions ouvertes,
- Écouter activement et attentivement en:
 - laissant le patient s'exprimer,
 - respectant ses silences.
- Montrer que l'on a compris à travers des répétitions, des reformulations,
- Ne pas juger, ne pas agresser, ne pas rassurer à tort,
- Être empathique,
- Appliquer les techniques de la communication non verbale (geste, mimique...).

C. Faire connaissance avec le patient :

- **Dans le but de proposer un programme d'éducation personnelle, adapté et réaliste, il faut identifier les besoins du patient, les problèmes et tout ce qui peut influencer sur la démarche éducative:**
 - Etudier les différents aspects de la personnalité du patient,
 - Identifier ses connaissances et ses croyances concernant la maladie et les traitements,
 - Prendre en compte ses besoins et son projet, ce dont il a envie: motivations, centres d'intérêts, son projet dans l'immédiat, à moyen terme et à long terme.
- **Qu'est ce qu'il a ?**
 - État de santé physique et psychique, évolution de la maladie, traitement,
 - Autres problèmes de santé reliés ou non à sa maladie,
 - Handicaps...

➤ **Qu'est ce qu'il fait et comment vit-il ?**

- Profession,
- Etudes,
- Activités,
- Loisirs,
- Habitudes,
- environnement familial et social,
- Habitation,
- Ressources,
- Soucis, etc.

➤ **Que sait-il ?**

- conceptions qu'il a sur sa santé, sa maladie, son traitement, les facteurs de risque individuels et collectifs,
- Appréciation des acquis intellectuels et culturels.

➤ **Qu'est ce qu'il croit?**

Explorations:

- des connaissances antérieures,
- des croyances.

➤ **Que ressent-il?**

- Est-il inquiet, résigné, confiant, insouciant, effrayé ?
- Type de relation avec sa maladie: déni/ révolte/ acceptation.

➤ **Quel est son projet? = ce dont il a envie**

- Motivation,
- Centres d'intérêts,
- Projet = moteur de motivation : projets dans l'immédiat, à moyen terme, à long terme.

Préalables d'un diagnostic éducatif

- **Statut social, mode de vie, ressources**
- **Existence ou non d'une personne ressource**
- **Niveau d'études, barrières linguistiques**
- **Solitude, secret**
- **Vie associative**
- **Médecins traitants**
- **Accessibilité de la personne**
- **Représentation de la maladie, croyances**
- **Identification du recours à la médecine traditionnelle ou alternative**
- **Identification du niveau d'acceptation de la maladie**
- **Évaluation de l'activité et de la santé sexuelle**
- **Elaboration d'un Plan d'action personnel, ex: Désir de parentalité**

D. Contrat d'éducation

D.1- Définition

Un contrat d'éducation est un accord, un engagement mutuel entre le patient et l'équipe soignante qui indique:

- Les compétences à acquérir par le patient, au terme de l'éducation,
- Les moyens à mettre en œuvre par le soignant pour lui permettre d'atteindre les compétences déterminées,
- Les fréquences des rencontres à coïncider avec les rendez-vous de consultation médicale,
- Les modes d'évaluation pédagogique.

D.2- Les objectifs à fixer avec le patient

À l'issue du diagnostic éducatif, définir des objectifs pour le patient, il y a 3 types d'objectifs:

- Compétences cognitives,
- Compétences pratiques,
- Compétences préventives.

Une compétence est un ensemble de savoir, savoir faire, savoir être, savoir devenir qui permet l'exercice d'une activité en vue d'un changement de comportement.

Ces savoirs sont à formuler en objectifs pédagogiques, pour atteindre les compétences.

Les objectifs pédagogiques s'adressent au patient (et/ou à la famille)

- Que doit-il savoir?
- Que doit-il savoir faire?
- Quels comportements ou attitudes doit-il acquérir?

Principes de la négociation :

- Accepter que le patient ne maîtrise pas tout ou ne puisse changer complètement et immédiatement son comportement,
- Choisir en 1^{er} les objectifs que le patient estime pouvoir atteindre,
- Evaluer les bénéfices et les risques de ces objectifs,
- Planifier les objectifs dans le temps,
- Identifier les objectifs applicables dans la vie quotidienne du patient,
- Valoriser les améliorations acquises.

D-2-1 Acquisition de compétences cognitives :

- Comprendre l'infection, l'absence de guérison, la notion d'infection latente chronique,
- Acquérir des connaissances sur la physiologie de l'appareil génital,
- Comprendre la notion de coïnfection, surinfection et co-morbidité,
- Comprendre les modes de transmission,
- Comprendre les principes du traitement,
- Comprendre l'importance du suivi biologique et clinique de la maladie,
- Comprendre les résultats des examens complémentaires,
- Comprendre le secret médical et professionnel,
- Savoir exprimer son vécu, ses difficultés de vivre avec la maladie...

D-2-2 Acquisition de compétences pratiques

- Comprendre l'ordonnance :

- Savoir reconnaître les médicaments, apprendre leur nom, le mode de conservation et la date d'expiration
- Connaître les techniques d'injections éventuelles,
- Savoir gérer les effets indésirables les plus fréquents,
- Savoir que faire en cas de rupture de traitement,
- Savoir que faire en cas d'oubli ou de décalage dans la prise du traitement,

- Savoir que faire en cas de voyages programmés ou non,
- Savoir que faire en cas d'affections intercurrentes (vomissements),
- Savoir que faire en cas de grossesse,
- Comprendre les risques de l'automédication et de la prise des plantes médicinales (interactions médicamenteuses),
- Comprendre la complémentarité entre médecin traitant et équipe soignante,
- Identifier une personne ressource dans l'équipe d'éducation thérapeutique,
- Identifier une personne de confiance pour le partage de la confidentialité de son statut...

D-2-3 Acquisition de conduites préventives :

- Connaître et comprendre les moyens de protection : préservatifs, kits pour les usagers de drogues intraveineuses, etc.
- Savoir utiliser les moyens de protection, où se les procurer,
- Savoir utiliser le dispositif relatif aux accidents d'exposition au risque viral,
- Pouvoir s'exprimer sur les conséquences de la maladie sur la vie sexuelle et affective et sur l'information aux partenaires,
- Comprendre les techniques de procréation sans risque et comment y avoir accès.

IV-LA MISE EN ŒUVRE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, les techniques et les outils sont variés :

- techniques de communication centrées sur le patient (écoute active, entretien motivationnel à utiliser en particulier au moment de l'élaboration du diagnostic éducatif, au cours du suivi éducatif et du suivi médical, pour initier un changement chez le patient, soutenir sa motivation au fil du temps),
- techniques pédagogiques telles des exposés interactifs, des études de cas, des tables rondes, des simulations à partir de l'analyse d'une situation ou de fiches de suivi individuel, des travaux pratiques, atelier, simulations de gestes et de techniques, des activités sportives, des jeux de rôle, des témoignages documentaires,
- outils variés : affiches, classeur-imagier, bandes audio ou vidéo, CD ROM, brochures, représentations d'objets de la vie courante, etc.

A. Les moments clés d'une séance d'éducation thérapeutique VIH :

- Lors de l'annonce de la séropositivité,
- Lors de la mise en place d'un traitement,
- Lors d'une modification de traitement,
- Lors du suivi.

A.1- Lors de l'annonce de la séropositivité :

- Connaissance globale de la personne qui va nous permettre d'établir une relation de confiance et de qualité :
 - situation sociale :
 - mode de vie : Conseils d'hygiène de vie (tabac, alcool, drogue, exercice physique, alimentation, gestion du stress, sommeil),
 - entourage.
 - compréhension relationnelle
- Connaissance de la maladie :
 - Contamination,
 - évolution de la maladie (virus, système immunitaire, notions de charge virale, de CD4),
 - annonce de la séropositivité à son partenaire, à son entourage,
 - Prévention,
 - femmes séropositives et grossesse.
- Projets de vie avec des objectifs: professionnels, sentimentaux, familiaux, sociaux
- Consultations spécifiques: diététicien(ne), psychologue, sexologue, association de prise en charge.

A.2- Lors de la mise en route du traitement

- **Quand débiter un traitement antirétroviral?**
 - Taux de CD4 bas (stade sida de la maladie),
 - Taux de CD4 < 350/mm³ chez l'adulte et CD4<25% des lymphocytes totaux chez l'enfant,
 - Signes cliniques évocateurs de l'infection à VIH avancée.
- **Mécanismes d'action des ARV**
 - Inhibiteurs de la fusion,
 - Inhibiteurs de l'intégrase,
 - Inhibiteurs de la Transcriptase Inverse : nucléosidiques, non nucléosidiques et nucléotidiques,
 - Inhibiteurs de protéase.
- **Buts du traitement**
 - Efficacité (diminution de la charge virale puis restauration du système immunitaire CD4),
 - Tolérance aux différentes molécules,
 - Adaptabilité des prises à la vie quotidienne.

➤ **La prise des médicaments antirétroviraux**

- Schéma thérapeutique – posologie,
- Association de plusieurs molécules,
- Importance de la régularité des prises (horaires et continuité de la totalité du traitement),
- Ajustement et adaptation du traitement : oubli de prise, vomissement, voyage
- Connaissance et gestion des effets indésirables,
- Fiches de traitement,
- Demander au patient de contacter l'équipe de soins avant d'arrêter le traitement,
- Interactions médicamenteuses,
- Renouvellement des médicaments pour ceux qui voyagent, partent en vacances ou vivent à l'étranger,
- Difficultés de prise liées à la vie sociale :
 - travail,
 - sorties,
 - usage des piluliers.

- Conditions de conservation de certains traitements,
- Surveillance :
 - bilans biologiques,
 - consultations programmées.

- Compétences à acquérir par le patient :
 - à définir ensemble (contrat)

A.3- Lors d'un changement de traitement

L'objectif est de connaître la ou les raisons qui ont amené le médecin à prendre cette décision:

- complexité du traitement,
- effets indésirables,
- facteurs psychosociaux, professionnels sociaux, (qualité de vie),
- phénomène de lassitude avec manque de repère ayant généré une rupture d'observance,
- rupture de stock.

B. Méthodes pédagogiques et moyens pour atteindre les objectifs fixés

Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique. On peut proposer des séances individuelles (d'une durée de 30 à 45 minutes) ou collectives ou en alternance.

B.1- Éducation individuelle :

- Entretiens utilisant différents supports, tels que : Boite à images, études de cas, conseils téléphoniques, etc.
- Auto-apprentissage à l'aide de fascicules, brochures, CD-Rom, Internet, film, reportages, etc.

Ceci :

- fait appel à l'autonomie d'apprentissage du patient,
- vient compléter les autres techniques pédagogiques.

B.2- Education collective :

Une séance collective peut durer 45 minutes chez l'adulte, plus courtes ou avec des pauses chez l'enfant, avec au minimum 3 personnes (au maximum 6 à 8 enfants, 10 à 15 adultes). Elle est propice au partage d'expériences.

Il existe deux méthodes :

- Groupes de parole,
- Club d'observance.

❖ GROUPES DE PAROLE

➤ Définition

C'est un espace de rencontre et d'échanges entre PVVIH pour discuter de leurs problèmes sur leur vécu quotidien, dans un cadre approprié.

➤ But:

- Accompagner les PVVIH.
- Offrir des soutiens aux PVVIH.
- Aider les PVVIH à la réinsertion socioprofessionnelle

➤ Objectifs :

- Objectif Général: Offrir aux patients un cadre leur permettant de s'exprimer librement.
- Objectifs spécifiques :
 - Partager leurs expériences,
 - Briser leur isolement,

- Livrer pour se délivrer.

➤ **Préparation :**

- Choisir la date, le lieu et l'heure,
- Disposer d'un cadre de concertation; confortable garantissant la confidentialité,
- Avoir le consentement des participants,
- Confirmer la participation,
- Limiter le nombre de participants: (10/15),
- Disposer si possible de moyens pour rendre conviviale la séance.

➤ **Déroulement:**

- Accueil et mettre en place les invités,
- Présentation des participants / facilitateurs,
- Recueil des thèmes proposés par les patients et leur point de vue sur ces thèmes,
- Encourager la participation de tous,
- Éviter que certains participants ne monopolisent pas la parole,
- Éviter de frustrer les participants,
- Faire la synthèse sur chaque thème.
- Demander à l'auteur du thème, sa nouvelle appréciation par rapport aux idées reçues,
- Rectifier les éventuelles erreurs sans blesser,
- Faire une évaluation participative,
- Féliciter les participants, de cet enrichissement mutuel et exiger le respect de la confidentialité,
- Remercier l'assistance en lui donnant rendez-vous prochainement et clôturer.

➤ **Résultats attendus:**

- Pouvoir discuter du partage de l'information,
- Prévenir la coïnfection / sur- infection,
- Surmonter le stress psychologique lié au VIH,
- Surmonter la stigmatisation et la discrimination,
- Réduction de l'isolement,
- Amélioration du soutien social,

- Diminution de l'auto-stigmatisation,
- Renforcement du moral et de la qualité de vie,
- Acceptation du dépistage des proches,
- Une meilleure acceptabilité du statut,
- Vivre une vie positive, en toute responsabilité,
- Un partage d'expériences pour mieux gérer sa vie,
- Création de liens entre patients,
- Mieux faire face à leurs problèmes.

➤ **Leçons apprises :**

- Prise de décisions éclairées,
- Un meilleur vécu social,
- Renforcement de capacités dans la résolution de leurs problèmes,
- Accompagnement hospitalier entre pairs,
- Création de tontine d'entre-aide (faire des cotisations et faire sortir un gagnant par tirage au sort),
- Désir de partager la confidentialité, mais souvent peur de la stigmatisation ou de la discrimination,
- Meilleure implication des patients dans leur prise en charge, à la fois psychosociale, médicale et nutritionnelle,
- Liens de mariage entre séropositifs.

➤ **Quelques thèmes de discussion :**

- Confidentialité/partage au sein de la famille,
- Sexualité au sein du couple,
- sida et désir d'enfants,
- Discrimination/ rejet au sein de la famille,
- Combien d'années peuvent durer la séropositivité?,
- Qu'est-ce qui provoque l'amaigrissement chez la personne vivant avec le VIH?,
- Pourquoi le moustique ne transmet pas le sida?,
- Différence entre VIH1 et VIH2,
- J'ai le sida, donc ma vie est finie?,
- Est-ce que la guérison par les ARV est possible?,
- Les PVVIH peuvent-ils se marier?,

- Au cours d'un don de sang, est-ce qu'on peut attraper le sida?,
- Appui économique: Activités Génératrice de Revenu, aides ponctuelles,
- Automédication et prise de plante médicinale et VIH, etc.

➤ **Les facilitateurs:**

Toute personne formée en éducation thérapeutique peut être des facilitateurs :

- les professionnels de la santé,
- les professionnels de l'action sociale,
- Les facilitateurs communautaires :
 - Les facilitateurs associatifs,
 - Les médiateurs,
 - les personnes vivant avec le VIH.

➤ **Conclusion**

Les Groupes de parole sont des activités indispensables, dans la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH.

Ils leur permettent de comprendre et de mieux vivre avec la maladie, en toute responsabilité, dans leur intérêt, pour le bien être de la communauté.

❖ **CLUB D'OBSERVANCE**

➤ **Définition**

Le club d'observance est un groupe de parole destiné aux patients sous traitement anti rétroviral, qui ont eu ou non des problèmes d'observance. Les patients en pré – inclusion peuvent aussi y participer.

➤ **But**

Il aide les patients à mieux comprendre:

- pourquoi ils sont sous ARV ?,
- l'importance de ces ARV,
- le respect des heures de prise,
- les éventuels effets indésirables,
- le respect d'une bonne hygiène de vie,
- l'importance d'une alimentation équilibrée,
- le respect des rendez-vous,
- l'importance des bilans de suivi, etc.

➤ **Attentes**

La réduction des contraintes dans :

- les rythmes de prise des ARV,
- la « routinisation » des prises pour éviter les oublis,
- la gestion des effets indésirables,
- la gestion des interactions médicamenteuses,
- la prise des médicaments lors des déplacements.

La réduction de l'appréhension de la prise des ARV pour les patients pré-inclus.

➤ **Préparation**

- Choisir la date, le lieu et l'heure,
- Identifier les thèmes par l'équipe de soins, suite aux constats de suivi, à la différence du groupe de parole,
- Disposer d'un cadre de concertation; confortable garantissant la confidentialité,
- Avoir le consentement des participants,
- Confirmer la participation,
- Limiter le nombre de participants: (10 -15),
- Disposer si possible de moyens pour rendre conviviale la séance.

➤ **Déroulement**

C'est le même processus que celui du groupe de parole :

- Faire parler tout le monde en insistant surtout auprès de ceux qui ont des problèmes d'observance,
- Travailler pour la résolution de leurs propres problèmes,
- Clôturer par le respect de leurs nouveaux engagements.

➤ **Quels sont les obstacles d'une bonne observance?**

Obstacles liés au patient:

- Niveau d'information par rapport au traitement,
- Manque de collaboration de sa part,
- Contraintes liées à ses activités socio-professionnelles,
- Niveau de vie social, économique; éducationnel et culturel,
- Contraintes liées à son âge,

- Contraintes liées au langage,
- Confidentialité non partagée.

Obstacles liés au prestataire:

- Inaccessibilité,
- Indisponibilité,
- Comportements :
 - Manque de confidentialité,
 - Manque de respect.

Obstacles liés au traitement ARV:

- Effets indésirables,
- Nombre de médicaments à prendre,
- Durée du traitement antirétroviral,
- Horaires de prise des médicaments,
- Ruptures de médicaments (niveau régional / niveau national),
- Forme galénique et goût des ARV.

➤ **Thèmes proposés:**

- ARV et effets indésirables,
- ARV et facteurs bloquants,
- ARV et résistances,
- ARV et nutrition,
- ARV et sexualité,
- ARV et procréation (PTME), etc.

➤ **Leçons apprises sur l'observance**

Les facteurs suivants facilitent l'observance :

- L'accessibilité et la gratuité du traitement,
- Le schéma thérapeutique simple,
- L'accompagnement et le soutien (travail en équipe, en réseau associatif) => fonction d'éveil,
- La relation privilégiée ou la vie en couple est un facteur de soutien qui facilite l'observance du traitement,
- L'information des patients sur leur traitement et les effets indésirables, est un facteur de motivation du suivi,

- L'intérêt d'une éducation pré-thérapeutique,
- L'utilisation d'outils d'observance est aussi un facilitateur dans l'observance du traitement,
- La création d'un système de recherche de perdus de vue.

➤ **La recherche de perdus de vue**

L'efficacité d'un programme de prise en charge globale se mesure au nombre des perdus de vue.

Les bilans de suivi, l'achat des médicaments des infections opportunistes, les frais de déplacement pour se rendre aux consultations, la non implication de la famille, l'auto-discrimination sont les principales causes de perdus de vue.

➤ **Conclusion**

La bonne observance est conditionnée par:

- Une bonne éducation thérapeutique,
- Un schéma thérapeutique simplifié,
- Un programme d'accompagnement psychosocial assuré par une équipe pluridisciplinaire,
- Une bonne relation entre patient et équipe de soins,
- Un soutien socio – économique.

V-EVALUATION DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'évaluation constitue un critère de qualité de l'éducation thérapeutique (OMS 1998) car elle permet de:

- vérifier si l'éducation thérapeutique est efficace,
- améliorer l'éducation thérapeutique,
- constater la fonctionnalité du dispositif d'éducation thérapeutique,
- assurer la pérennité des activités d'éducation thérapeutique.

Elle se fait à deux (02) niveaux:

- L'évaluation pédagogique du patient,
- L'évaluation du programme.

A. L'évaluation pédagogique du patient

Elle permet de faire le point avec le patient sur ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire, comment il vit au quotidien avec sa maladie, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir afin de lui proposer une nouvelle offre d'éducation thérapeutique.

On évalue les acquis par le patient après une ou plusieurs séances réalisées:

- Les connaissances sur la maladie et le traitement,
- Les stratégies de mise en œuvre dans sa vie quotidienne et face à des situations qui lui ont posé,
- Les changements opérés chez le patient à l'issue d'une période d'apprentissage donnée:
 - Amélioration de sa qualité de vie,
 - Amélioration de son état biologique, clinique, de l'observance,
 - Amélioration de sa collaboration avec les équipes de soins.

B. L'évaluation du programme

Elle s'intéresse à l'ensemble du programme d'éducation thérapeutique et comprend :

- **Evaluation de la qualité :**
 - Approche d'éducation thérapeutique centrée sur le patient : patient et proche concernée par l'ETP,
 - Vérification de l'atteinte des objectifs pédagogiques (éducatifs),
 - Analyse des changements entrepris durant l'ETP,
 - Respect des étapes d'ETP,
 - Intégration dans une structure de soins (lieu, circuit du patient),
 - Compétences des éducateurs,
 - Qualité des outils et documentation,
- **Evaluation du processus :**
 - Repérer comment l'éducation thérapeutique est intégrée dans la stratégie de prise en charge des patients,
 - Implication, collaboration et coordination entre les équipes pluridisciplinaires.
- **Evaluation des résultats :**
 - Acquisition des compétences par le patient,
 - Relation patient – soignant,
 - Acceptation et compréhension de la maladie et du traitement,
 - Participation aux soins,
 - Vivre sainement,
 - Inclusion des patients séropositifs à l'éducation thérapeutique,
 - Offre de service d'éducation thérapeutique.
- **Evaluation des impacts :**
 - Amélioration de sa qualité de vie : amélioration de la santé (biologique, clinique et psychosociale),
 - Amélioration de la qualité de vie de ses proches (familles,...)
 - Réduction du nombre d'hospitalisation,

- Réduction du nombre de perdu de vue ou de rupture de traitement,
- Réduction de l'émergence des souches résistantes.

Conclusion

L'évaluation est essentielle car elle constitue le fondement de l'action et de la réflexion



Différents niveaux



Prendre les décisions qui en découlent



Améliorer l'ETP au profit du patient

CONCLUSION DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

- **L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge du patient et de son entourage.**
- **L'éducation thérapeutique ne signifie pas que le patient va s'affranchir de la contrainte d'un suivi régulier et d'une relation avec les professionnels de santé.**
- **L'éducation thérapeutique contribue à améliorer l'observance thérapeutique en complément d'autres types d'intervention comme le soutien psychosocial et le counseling.**

MODULE C

EDUCATION NUTRITIONNELLE



INTRODUCTION :

Le conseil et l'éducation nutritionnels des Personnes vivant avec le VIH font partie intégrante de la prise en charge des PVVIH. Toutefois, ce domaine est fréquemment négligé par rapport aux autres interventions de la prise en charge psychosociale des PVVIH pouvant engendrer des traitements mal observés et des irrégularités des suivis médicaux.

Les prestataires de soins jouent un rôle primordial dans l'amélioration de cette prise en charge nutritionnelle des PVVIH en apportant des accompagnements et des conseils nutritionnels aux PVVIH pendant les séances d'éducation thérapeutique. Le renforcement de la compétence de ces prestataires dans ce volet nutritionnel est donc nécessaire pour prodiguer une prise en charge de qualité des PVVIH.

OBJECTIF GENERAL :

A la fin du module, le prestataire devrait être capable de prodiguer un conseil et une éducation nutritionnels adaptés et spécifiques aux PVVIH.

CONTENU :

Session 1 : Généralités sur la nutrition et l'infection à VIH

Session 2 : Alimentation du nouveau-né exposé au VIH

DUREE : 240 minutes

SESSION 1 :

GENERALITES SUR LA NUTRITION ET L'INFECTION A VIH

BUT

Le but de cette session est de renforcer les connaissances des prestataires sur les spécificités de la nutrition chez les PVVIH.

Cette session traitera les caractères d'une alimentation saine et équilibrée, la relation entre la malnutrition et l'infection à VIH, les besoins spécifiques des PVVIH selon les stades de l'infection.



OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

1. Définir les concepts relatifs à une alimentation saine et équilibrée,
2. Décrire la relation entre la malnutrition et l'infection à VIH,
3. Identifier les besoins spécifiques des PVVIH selon les stades de l'infection.



SESSION 1 : GENERALITES SUR LA NUTRITION ET L'INFECTION A VIH

I. DEFINITIONS :

La nutrition fait référence à la manière dont les aliments sont utilisés par le corps pour la croissance, la reproduction et le maintien de la santé. Les aliments contiennent différents nutriments.

Les aliments fournissent l'énergie et les nutriments nécessaires à l'homme pour rester en vie, se déplacer, travailler et construire de nouvelles cellules et tissus pour la croissance, la maintenance, la reconstitution, la résistance et la lutte contre les infections.

Les nutriments essentiels pour la santé, comprennent de l'eau, des macronutriments (hydrates de carbone, protéines et lipides et des micronutriments (vitamines et sels minéraux).

L'eau est une substance nutritive clé, contenue dans tous les aliments. Près de 2/3 du corps sont constitués d'eau.

Les macronutriments sont des substances en grande quantité dans les aliments, nécessaires dans l'apport énergétique et dans la croissance de l'organisme.

Ces macronutriments sont :

- les hydrates de carbone dans les aliments tels que les patates douces, les pommes de terre, le riz et le maïs),
- les protéines se trouvant dans la viande, le poisson, les œufs, les légumineuses (petits pois et haricots secs),
- les lipides ou corps gras (tels que l'huile, le beurre, le fromage gras et certains fruits oléagineux tels que l' avocat, les noix de coco).

Les micronutriments sont des substances qui en petite quantité, sont nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme. Ce sont :

- les vitamines (se trouvant principalement dans les fruits colorés, les légumes, les céréales, la viande et les poissons),
- les minéraux (se trouvant principalement dans la viande, le poisson, les volailles, les céréales, les feuilles de légumes vert foncé et les petits pois secs et haricots...).

Les calories correspondent à l'énergie contenue dans la nourriture. Elles donnent au corps le carburant nécessaire à son fonctionnement et à la lutte contre les maladies.

Une alimentation saine et équilibrée est une combinaison judicieuse de différents types d'aliments (aliments énergétiques, riches en protéines et protecteurs) et boissons consommées qui permet de maintenir le poids corporel, la forme physique et à renforcer le système immunitaire. Elle devrait être composée *d'aliments constructeurs* : produits laitiers,

viande, poisson, œufs, éventuellement du soja, d'*aliments protecteurs* : fruits et légumes et d'*aliments énergétiques* : féculents, matières grasses.

Les apports énergétiques recommandés sont :

- 60 à 70 % de l'apport énergétique total en glucides,
- 20 à 25 % de l'apport énergétique total en lipides,
- 10 à 15% de l'apport énergétique total en protéines,

Ainsi, pour avoir une alimentation saine et équilibrée, il faut :

- Manger des :
 - féculents à chaque repas,
 - légumineuses (ou légumes secs) tous les jours,
 - aliments d'origine animale et des produits laitiers,
 - fruits et des légumes tous les jours.
- Consommer des huiles et des graisses,
- Boire beaucoup d'eau potable.

La malnutrition est un état physiologique anormal causé par des déficiences, des excès ou des déséquilibres en énergie, en protéines et/ou d'autres nutriments.

La figure ci-dessous illustre les différents types d'aliments.



Figure 6 : Aliments équilibrés. ONN

II. RELATION ENTRE LA MALNUTRITION ET L'INFECTION A VIH

Il existe un lien étroit entre le VIH/sida et la malnutrition :

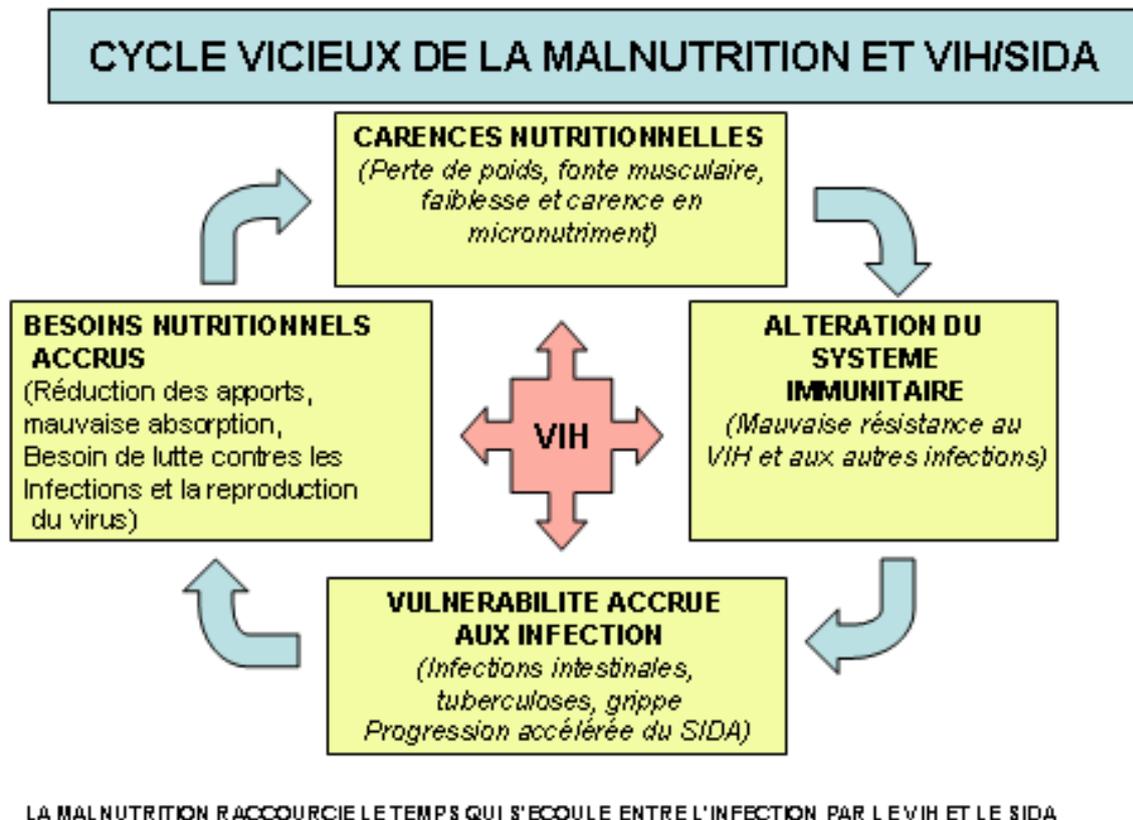


Figure 7 : Relation entre la malnutrition et l'infection à VIH

Le VIH contribue à la malnutrition pour des raisons physiologiques liées à l'infection elle-même. En plus, L'infection à VIH entraîne un manque d'appétit, une mauvaise absorption alimentaire, des infections et des maladies. Ce qui engendrerait la malnutrition, les PVVIH ont souvent des régimes alimentaires faibles en nutriments énergétiques, protéines, vitamines et autres nutriments dûs au manque d'appétit, à la mauvaise absorption alimentaire et aux infections chroniques et maladies. Ces situations entraînent une insuffisance d'apport, d'absorption et d'utilisation de nutriments par les PVVIH.

A son tour, un mauvais état nutritionnel accentue la progression de l'infection à VIH, augmente la fatigue, diminue la capacité physique et intellectuelle des PVVIH.

Trois processus parallèles décrivent la malnutrition chez les PVVIH :

- perte de poids,
- fonte musculaire,
- dommages au système immunitaire.

La perte de poids et la fonte musculaire se développent suite à trois processus se déroulant aussi en même temps :

➤ **Réduction de l'apport alimentaire**

C'est la cause la plus importante de la perte de poids lente et progressive notée chez les PVVIH et peut être due :

- aux lésions douloureuses dans la bouche, le pharynx et/ou l'œsophage,
- aux états psychosociaux : la fatigue, la dépression, les changements de l'état mental et autres facteurs peuvent également jouer un rôle influençant l'appétit et l'envie de manger,
- aux effets indésirables liés aux médicaments comme les nausées, les vomissements, le goût métallique, la diarrhée, les crampes abdominales et l'anorexie.

➤ **Malabsorption des nutriments, due :**

- aux troubles digestifs causés par des germes entraînant des diarrhées,
- aux lésions épithéliales des cellules intestinales.

La malabsorption de graisse et de glucides est courante chez les PVVIH. Le manque d'apport en matière grasse affecte l'absorption et l'utilisation de vitamines liposolubles (par exemple, vitamines A, E).

➤ **Altérations métaboliques.**

Elles sont liées à :

- *des réductions très importantes de l'apport alimentaire :*
Dans ce cas, le corps utilise ses réserves de glucides venant des muscles, des tissus et du foie, puis commence la dégradation des protéines du corps pour produire du glucose. Ce processus entraîne la perte de protéines et l'atrophie musculaire.
- *la réponse du système immunitaire à l'infection :*
Lors de la phase aiguë de l'infection, le foie produit des quantités importantes de protéines spécifiques visant à lier et à éliminer les agents infectieux. Ces protéines viennent essentiellement du muscle squelettique. Si cette réponse du système immunitaire est prolongée, l'atrophie musculaire peut devenir grave provoquant la cachexie. La cachexie affecte également l'appétit, les cycles de réveil/sommeil et les autres processus corporels.

Quelques altérations métaboliques qui accompagnent les infections aiguës sont présentes dans l'annexe1.

Suite à ces processus, l'infection à VIH augmente les besoins du corps en protéines et éléments énergétiques pour maintenir le poids et la composition corporelle.

Ainsi, la malnutrition peut être un facteur contribuant à l'évolution de la maladie, du VIH au même titre qu'une conséquence de la maladie.

III. LES BESOINS SPECIFIQUES DES PVVIH SELON LES STADES DE L'INFECTION

A. Besoins en énergie des PVVIH selon les stades de l'infection :

L'infection entraîne des besoins accrus en énergie et protéines, au même titre qu'une utilisation inefficace et une perte de nutriments provoquant ainsi des besoins élevés en énergie et nutriments chez les PVVIH.

Tableau 11 : Besoins en énergie (calories) par phase de maladie

Groupes de population	Phase de l'infection à VIH	Besoins en énergie
Adultes : Femmes = 2000 à 2200Kcal Hommes = 2500 à 2700Kcal	Asymptomatique	10% de plus
	Symptomatique	20-30% de plus
Femmes enceintes /allaitantes *	Asymptomatique	10% de plus
	Symptomatique	20-30% de plus
Enfants	Asymptomatique	10% de plus
	Symptomatique (sans perte de poids)	20-30% de plus
	Symptomatique (avec perte de poids)	50-100% de plus

OMS, 2003

*Ceci en supplément d'énergie, de protéines et de micronutriments nécessaires pour la grossesse ou l'allaitement.

Les besoins en eau des PVVIH sont de 1litre fourni par les aliments et 1à1,5 litres par les boissons

APPORTS NUTRITIONNELS CONSEILLES ET VIH :

- Augmenter l'apport et le nombre de repas : consommation des aliments riches en protéines, en oméga 3. Ex: poissons
- Diminuer la consommation en sucre et en lipides (acide gras saturés)
Augmenter les apports en vitamines et minéraux : fruits et légumes (jouer sur les variétés et les aromates)

B. Besoins en micronutriments des PVVIH :

Diverses études ont confirmé que les individus séropositifs ont une absorption ralentie, des pertes urinaires excessives et de faibles concentrations dans le sang en vitamines A, B1, B2, B6, B12, C, E, et en folate, bêta-carotène, zinc et magnésium.

En effet, pour lutter contre les infections, il y a une utilisation accrue des vitamines « antioxydantes » (par exemple : vitamine E, vitamine C, bêta-carotène) et une séquestration en complexes de plusieurs minéraux (exemple : fer, zinc, sélénium, manganèse, cuivre) pour former les enzymes antioxydants.

Les PVVIH devront consommer **deux à cinq fois plus par jour** de ces nutriments (ou plus même pour la vitamine E) que les personnes non infectées pour ralentir l'évolution du VIH.

Des fois, des suppléments de multiples vitamines-minéraux pris tous les jours sont nécessaires pour remédier aux carences nutritionnelles sous-jacentes et constituer les réserves de nutriments. Tout supplément devrait contenir les antioxydants et les vitamines B. Toutefois, il faut utiliser avec prudence et selon les prescriptions, les suppléments de zinc et de fer.

Le tableau sur le rôle de certaines vitamines et de certains minéraux dans le corps et sources de nutriments est en annexe.

C. Prise en charge nutritionnelle des PVVIH selon les stades de l'infection

Une personne qui souffre d'une carence alimentaire légère ou modérée ne montre pas encore d'éventuels signes anormaux de poids, de taille ou de la composition du corps. Par conséquent, les pertes de poids relativement petites (5%) chez les PVVIH doivent être suivies.

Le soutien nutritionnel a plus de chance d'être efficace pour assurer le bien-être, l'indépendance et la qualité de la vie s'il est fourni aux premiers stades de l'infection qu'au stade avancé de la maladie.

Lors des premiers stades de l'infection à VIH, le soutien nutritionnel comprenant les directives en matière de nutrition, les conseils en matière d'alimentation et la distribution de nourriture peuvent ralentir, voire inverser le processus et les conséquences de la perte de poids et de l'émaciation chez les PVVIH.

Au cours des derniers stades de la maladie, le soutien nutritionnel prend un caractère essentiellement palliatif et se concentre sur la prise en charge alimentaire de conditions qui influencent l'appétit, la digestion et le confort des repas.

Ces interventions cherchent essentiellement à maintenir l'apport alimentaire pendant les épisodes de maladie et à fournir une alimentation de récupération lorsque les symptômes aigus s'apaisent.

Le tableau ci-dessous synthétise les stratégies suggérées pour une habitude alimentaire saine et une mesure d'hygiène de vie selon les stades de l'infection à VIH.

Tableau 12 : Conduites à tenir pour une habitude alimentaire saine et une mesure d'hygiène de vie selon les stades de l'infection à VIH.

Stades de l'infection	Symptômes et conduite à tenir
PHASE ASYMPTOMATIQUE	Alimentation équilibrée : <ul style="list-style-type: none"> · manger plus de féculents, · augmenter la consommation des légumineuses,

	<ul style="list-style-type: none"> · inclure tous les types de viande, · prendre régulièrement une collation entre les repas, · ajouter du lait en poudre dans les bouillies, les purées, · manger une variété de fruits et légumes. <p>- Faire des activités physiques régulières pour préserver la masse du corps excluant la graisse :</p> <ul style="list-style-type: none"> · marche à pied, ménage, jardinage, vélo, natation
PHASE SYMPTOMATIQUE	<p>Diarrhée légère :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Eviter les crudités et le lait, · Favoriser une bonne hydratation, · Manger des bananes, des fruits en purée, du riz, de la bouillie, · Prendre de petits repas, plus souvent, · Diminuer les aliments riches en graisse, · Augmenter la consommation d'aliments riches en fibres solubles : pommes, abricots, pêches, poires, bananes, son d'avoine, orge, riz blanc (eau), · Assurer une bonne hydratation avec du jus de légumes, de jus de fruits, de bouillons.
	<p>Diarrhée aigue :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Eviter les crudités et le lait en boissons, · Assurer une bonne hydratation : · Boire fréquemment des liquides : eau de riz (ranom-bary), une solution de réhydratation orale, des jus de fruits dilués, une infusion de jeunes feuilles de goyavier réduite à moitié, · Consommer des bananes, des fruits en purée, du riz bien cuit.
	<p>Fièvre et perte d'appétit :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Boire des liquides et jus de fruits riches en énergie et en protéines, · Manger de petites portions d'aliments mous et préférés, avec un arôme et une texture agréables tout au long de la journée, · Prendre des collations nutritives dès que possible, · Boire souvent des liquides.
	<p>Mal de bouche et de gorge (candidose buccale et dysphagie)</p> <ul style="list-style-type: none"> · Eviter les agrumes, les tomates, les aliments épicés et les noix, · Eviter les aliments très sucrés, · Boire des liquides riches en énergie et en protéines avec une pipette, · Manger : <ul style="list-style-type: none"> - des aliments à température ambiante ou plus Frais,

	<p>- des aliments consistants, moelleux tels que le pudding, la purée de pommes de terre, la purée de carottes ou autres légumes et fruits non acides</p>
	<p>Nausées et vomissements</p> <ul style="list-style-type: none"> · Prendre de petites collations tout au long de la journée et éviter les gros repas, · Manger des collations et autres aliments simples et secs, · Eviter la nourriture avec un arôme fort, · Boire des jus de fruits dilués, d'autres liquides et manger de la soupe, · Manger des aliments simples en bouillis, tels que les pommes de terre, les haricots, les maïs...
	<p>Malabsorption des graisses</p> <ul style="list-style-type: none"> · Eliminer : huile, beurre, margarine et aliments qui contiennent ces ingrédients, · Ne manger que de la viande maigre, · Manger des fruits et des légumes et autres aliments pauvres en matières grasses.
	<p>Fatigue, léthargie</p> <ul style="list-style-type: none"> · Demander à quelqu'un de pré-cuisiner des aliments afin d'éviter : <ul style="list-style-type: none"> - de perdre de l'énergie et de temps à la préparation et réchauffer avant la consommation · Manger des fruits frais qui ne demandent aucune préparation, · Prendre souvent de collations tout au long de la journée, · Boire des liquides riches en énergie et en protéines, · Réserver du temps à chaque jour pour manger.
	<p>Phase finale symptomatique</p> <ul style="list-style-type: none"> · Favoriser des prises alimentaires régulières et une bonne hydratation, · Fractionner les repas, si nécessaire, adapter la texture des repas, · Utiliser des compléments nutritionnels (1 - 2 fois/jour), · Augmenter la consommation de certains aliments riches en fibres solubles : pommes, abricots, pêches, poires, bananes, son d'avoine, riz blanc (eau), orge...
<p>LES ENFANTS INFECTES PAR LE VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Donner toute une variété de fruits et légumes disponibles localement ainsi que des produits animaux et des aliments fortifiés, · Donner périodiquement des suppléments en vitamine A prophylactique selon les directives nationales Envisager l'alimentation entérique ou parentérale si l'enfant est dans l'incapacité de manger.

Remarques:

- A consommer avec modération : le sel, les matières grasses, les produits sucrés.
- Arrêter de fumer,
- Éviter la consommation d'alcool pendant la grossesse et en cas de coïnfection avec les hépatites,
- Surveiller :
 - L'élimination des matières fécales,
 - L'hygiène personnelle,
 - L'hygiène dans la cuisine,
 - La cuisson et la conservation des aliments.
- Assurer un déparasitage régulier selon les recommandations nationales.

IV - INTERACTIONS ENTRE ALIMENTS - MEDICAMENTS

Faire attention avec les :

- Alcool,
- Lipides,
- Millepertuis,
- Forte quantité d'ail frais (Diminution concentration IP avec 10 gousses par jour),
- Pamplemousse.

V- CONCLUSION

- Importance de la nutrition dans le traitement du VIH,
- Amélioration du bien-être,
- Des éléments doivent être mieux compris : antioxydants, lipodystrophies, diabète,
- Les actions doivent être personnalisées et contextualisées selon la spécificité des régions (documents disponibles auprès de l'ONN),
- Nécessité de la mobilisation des ressources de la personne : faire AVEC les personnes et non pas POUR les personnes.

SESSION 2

ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE EXPOSE AU VIH

BUT :

Cette session permettra aux participants d'acquérir les connaissances pour accompagner la mère dans le choix éclairé du mode d'alimentation de son enfant.



OBJECTIFS DE LA SESSION :

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

1. Décrire les deux options du mode d'alimentation des nourrissons nés de mère infectée par le VIH et leurs conditions de faisabilité respectives,
2. Développer les quatre étapes du counseling pour le choix éclairé des parents ou de la mère sur le mode d'alimentation de leur nourrisson.



SESSION 2 : ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE EXPOSE AU VIH

I- LES MODES D'ALIMENTATION DES NOURRISSONS NES DE MERE INFECTEE PAR LE VIH

A. Le choix du mode d'alimentation du nourrisson

Deux options sont proposées aux femmes infectées par le VIH pour nourrir leur enfant. D'après les recommandations de l'OMS :

- L'allaitement maternel protégé par les ARV est le choix en première intention. Il est exclusif (AME) pendant 6 mois et complété par l'alimentation complémentaire entre 6 et 12 mois, avec sevrage à 1 an.
- L'alimentation par les substituts du lait maternel ou « allaitement artificiel » reste une option alternative.

B. Les conditions nécessaires pour chaque option

B.1- Allaitement maternel protégé par les ARV

Les trois critères sont indispensables :

➤ *L'état de santé de la mère*

Il existe 2 périodes à haut risque de transmission du virus : la primo-infection pendant la grossesse (ou pendant l'allaitement) et les stades avancés de la maladie. Les CD4 abaissés ($<200/\text{mm}^3$), la charge virale (CV) élevée, sont des facteurs de risque de transmission.

La date du début du traitement ARV et sa composition (AZT monothérapie ou trithérapie) est importante à connaître. Le conseiller devra demander ces renseignements au médecin si la femme ne les connaît pas.

Si les conditions sont défavorables (infection à VIH évolutive, le taux de CD4 abaissés, CV élevée à un terme avancé de la grossesse), l'allaitement artificiel devra être envisagé.

➤ *L'accès aux ARV*

Les ARV doivent être accessibles pendant toute la durée de l'allaitement maternel. Ce qui signifie que la femme devra s'approvisionner en permanence en ARV au niveau d'un centre de traitement à proximité.

➤ *L'observance aux ARV*

Elle est primordiale pour garantir un allaitement réellement protégé, réduisant le risque de transmission.

Les bonnes pratiques de l'allaitement maternel doivent être enseignées à la femme.

B.2- Allaitement artificiel

Les conditions de sécurité pour ce choix :

➤ ***Accès à l'eau potable***

Sans accès à l'eau potable directement à domicile ou dans la cour commune (borne fontaine), il est très difficile de mettre en pratique l'allaitement artificiel correct pendant plusieurs mois.

➤ ***Préparation du lait de façon hygiénique***

La préparation de l'alimentation artificielle doit respecter les règles d'hygiène strictes, pour éviter la morbidité des maladies diarrhéiques qui risquent d'aggraver l'état de santé de l'enfant.

➤ ***Soutien de l'entourage***

L'influence de l'entourage et surtout l'appui psychologique et financier du partenaire sont des facteurs essentiels pour la conduite de ce mode d'alimentation.

L'expérience montre que le partage du statut avec le partenaire ou la famille est un facteur essentiel pour la conduite d'une alimentation artificielle.

En effet, l'allaitement artificiel expose les femmes à l'influence de l'entourage qui ne comprend pas pourquoi l'enfant n'est pas nourri au sein.

Par ailleurs, le conjoint devra le plus souvent participer financièrement à l'achat des substituts de lait maternel, ce qui implique son adhésion à ce mode l'alimentation.

➤ ***Ressources financières disponibles***

Il faut évaluer clairement le coût de cette option qui comprend les coûts directs des substituts de lait maternel et indirects les matériels (de préparation, de nettoyage, de cuisson, ...).

➤ ***Accessibilité à un centre de santé***

Une référence à un centre de santé compétent est possible en cas de besoin.

C. L'orientation de la femme sur le choix du mode d'alimentation du nourrisson

Dans l'idéal, le choix par les parents (ou à défaut par la mère) du futur mode d'alimentation de leur bébé devrait être un processus de plusieurs semaines qui doit inclure 4 étapes :

- L'information,
- l'évaluation,
- le choix,
- le suivi.

Le rôle des conseillers en nutrition est primordial à chacune de ces étapes :

C.1- Information :

Informez les femmes séropositives, dès la première consultation prénatale, sur les avantages et les inconvénients de chaque option.

	Avantages	Inconvénients
Allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> · Alimentation équilibrée et complète, · Protège les nourrissons contre les maladies, · Contribue au développement psychomoteur de l'enfant, · Contribue à la bonne santé de la mère, · Méthode Anticonceptionnelle (MAMA), · Ne nécessite pas de préparation, · Toujours disponible, · Gratuit. 	Dépend de l'état de santé maternelle
Allaitement artificiel	Pratique si mère travaille	<ul style="list-style-type: none"> · Ne favorise pas la relation mère enfant, · Favorise les diarrhées et les maladies respiratoires, · Risque de déséquilibre, alimentaire surtout vitamine A, · Risque d'intolérance et d'allergie et de maladie traînante, · Favorise les maladies de la mère : cancer et troubles hormonaux, · Coûteux .

C.2- Evaluation :

Évaluer les risques de l'alimentation par les substituts du lait maternel mais aussi les risques de l'allaitement maternel au regard de leur situation personnelle et des structures de soins accessibles.

C.3- Choix :

Synthétiser et choisir avec les futurs parents l'option d'alimentation qui sera retenue pour les premiers mois.

C.4- Suivi :

Au cours du suivi, s'il apparaît que l'allaitement maternel est délétère pour l'enfant (mère non observante ayant un sida évolutif, malnutrition précoce d'aggravation rapide sous allaitement maternel...), après avoir cherché à corriger les erreurs, il faut savoir remettre en cause le choix initial.

Quel que soit le mode d'alimentation du nourrisson choisi, le suivi mensuel du couple mère-enfant reste primordial et obligatoire :

- Pour les enfants recevant un allaitement protégé, l'observance stricte du traitement antirétroviral est fondamentale, ce qui implique l'approvisionnement en ARV en permanence et des consultations répétées pour le suivi de l'observance du traitement.
- Pour les nourrissons avec alimentation par les substituts du lait maternel, un appui devra être assuré pour maintenir en permanence les conditions de sécurité.

ANNEXES



**ANNEXE I : LE SCHEMA THERAPEUTIQUE SELON LE PROTOCOLE
NATIONAL DE PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PERSONNES VIVANT
AVEC LE VIH A MADAGASCAR (Edition 2009)**

a- CHEZ L'ADULTE

a.1. Cas général

1^{ère} ligne : (2INTI+1INNTI)	2^{ème} ligne (2INTI+1PI) ou 2INTI différents de la 1 ^{ère} ligne
1^{er} choix : (AZT+3TC)* + NVP	(ABC+TDF)+LPV/R
2^{ème} choix : (TDF+FTC)*+EFV	(ABC+DDI)+LPV/R

- Peuvent être sous forme de combinaison à des doses fixes (FDC) ou forme séparée selon la disponibilité des molécules

a.2. Cas particulier

CAS	REMARQUES
Coïnfection TB-VIH: (AZT+3TC)+ EFV	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisez EFV à la dose de 800 mg, - Eviter NVP : interactions, - Si résistance EFV : remplacer par ABC ou LPV/R, - Si utilisation LPV/R : utiliser RIFABUTINE® 150 mg/48h à la place de la rifampicine.
Femme sous traitement ARV devenue enceinte : continuer le traitement si les médicaments ne sont pas contre-indiqués à la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - ARV contre-indiqués en cas de grossesse : EFV, TDF, - Eviter NVP si CD4<250/mm³ (risque d'allergie grave), - Remplacer AZT par DDI si Hb≤8 g/dl sous AZT.
Coïnfection VHB/VIH: - (TDF+FTC)+ LPV/R - (TDF+FTC)+EFV	
Infection par le VIH-2	- Les INNTI sont inactifs (résistance naturelle)

b- CHEZ L'ENFANT

b.1. Cas général

1 ^{ère} ligne (2INTI+1INNTI/IP)	2 ^{ème} ligne (2INTI+1PI) ou 2INTI différents 1 ^{ère} ligne
1 ^{er} choix : pas de NVP pour la mère pendant la grossesse ET/OU pour l'enfant à la naissance - (AZT+3TC)+ NVP	(ABC+DDI)+LPV/R ou
2 ^{ème} choix : prise de NVP pour la mère pendant la grossesse ET/OU pour l'enfant à la naissance : - (AZT+3TC)+ LPV/R	(ABC+3TC)+LPV/R

b.2. Cas particulier : Enfant tuberculeux

AZT+3TC+ABC

Médicaments	Dose usuelle
AZT (Zidovudine) sirop 10 mg/ml	8 mg/kgX2/j
3TC (Lamivudine) sirop 10 mg/ml	4 mg/kgX2/j
ABC (Abacavir) sirop 20 mg/ml	3 mois-12 ans: 8 mg/kgX2/j >12 ans: 300 mgX2/j

ANNEXE II : ALTERATIONS METABOLIQUES QUI ACCOMPAGNENT LES INFECTIONS AIGUËS AU COURS DE L'INFECTION A VIH

Protéines :

- Pertes accrues d'azote dans les urines,
- Accélération du cycle de reconstitution des protéines,
- Ralentissement de la synthèse des protéines des muscles squelettiques,
- Accélération de la dégradation des muscles squelettiques,
- Accélération de la synthèse des protéines hépatiques.

- Lipides (graisses),
- Hypertriglycéridémie,
- Synthèse hépatique accrue des acides gras de novo,
- Estérification accrue des triglycérides hépatiques,
- Production accrue de lipoprotéines à très faible densité,
- Baisse de l'activité lipoprotéine lipasique,
- Augmentation de la lipase triglycéride des adipocytes.

- Glucides,
- Hyperglycémie,
- Résistance à l'insuline,
- Utilisation accrue du glucose périphérique,
- Gluconéogenèse accrue.

Babameto et Kotler (1997)

ANNEXE III : ROLE DE CERTAINES VITAMINES ET DE CERTAINS MINERAUX DANS LE CORPS ET SOURCES DE NUTRIMENTS

Nutriment	Son rôle	Sources
Vitamine A	<ul style="list-style-type: none"> - Est nécessaire pour le maintien des cellules épithéliales, des muqueuses et de la peau. - Est nécessaire pour la fonction du système immunitaire et la résistance aux infections. - Est nécessaire pour une bonne vision. - Est nécessaire pour la croissance des os. 	Lait entier (quand il est fortifié), fromage, beurre, huile de palme rouge, huile de poisson, œufs, foie, carottes, mangues, papayes, potirons, légumes à feuilles vertes, patates douces jaunes.
Vitamine B1/Thiamine	<ul style="list-style-type: none"> - Est utilisée dans le métabolisme de l'énergie, - stimule l'appétit et les fonctions centrales du système nerveux central. 	Céréales complètes, viande, volaille, poisson, foie, lait, œufs, huile, graines et légumineuses.
Vitamine B2/Riboflavine	<ul style="list-style-type: none"> - Est utilisée dans le métabolisme de l'énergie, - Soutient la vision normale, la santé et l'intégrité de la peau. 	Lait, œufs, foie, viande, poisson, yaourt, feuilles vertes, céréales complètes et légumineuses.
Vitamine B3/Niacine	<ul style="list-style-type: none"> - Est essentielle pour le métabolisme de l'énergie, - Soutient la santé et l'intégrité de la peau, des systèmes nerveux et digestifs. 	Lait, œufs, viande, volaille, poisson, arachides, céréales complètes, riz non glacé.
Vitamine B6	<ul style="list-style-type: none"> - Facilite le métabolisme et l'absorption des graisses et des protéines, - Convertit le tryptophane en niacine, aide à fabriquer des globules rouges. - Certains médicaments contre la tuberculose entraînent une carence en B6. 	Légumineuses (haricots blancs), pommes de terre, viande, poisson, volaille, crustacés, pastèque, graines d'huile, maïs, avocat, brocoli, légumes à feuilles vertes. L'alcool détruit la vitamine B6.
Folate (acide folique)	<ul style="list-style-type: none"> - Est nécessaire pour la synthèse de nouvelles cellules, surtout les globules rouges et les cellules gastro-intestinales. 	Foie, légumes à feuilles vertes, poisson, légumineuses, arachides, graines d'huile.
Vitamine B12	<ul style="list-style-type: none"> - Est nécessaire pour la synthèse de nouvelles cellules, aide à maintenir les cellules nerveuses. - Agit de concert avec le folate. 	Viande, poisson, volaille, crustacés, fromage, œufs, lait.

Vitamine C	<ul style="list-style-type: none"> -Aide le corps à utiliser le calcium et autres nutriments pour fortifier les os et les parois des vaisseaux sanguins. -Augmente l'absorption du fer non hème. -Accroît la résistance à l'infection et agit comme antioxydant. - Est importante pour le métabolisme des protéines. 	<ul style="list-style-type: none"> -Agrumes tels que baobabs, goyaves, oranges et citrons ; choux, feuilles vertes, tomates, poivrons, pommes de terre, ignames, plantains pour cuisson et lait frais. -L'apport en vitamine C se perd lorsque les aliments sont coupés, chauffés ou laissés de côté après cuisson.
Vitamine D	Est nécessaire pour la minéralisation des os et des dents.	Produite par la peau lors de l'exposition au soleil ; lait, beurre, fromage, poissons gras, œufs, foie.
Vitamine E	<ul style="list-style-type: none"> - Agit comme antioxydant. - Protège les membranes et le métabolisme des cellules, surtout les globules blancs et les globules rouges. - Protège la vitamine A et les autres graisses de l'oxydation. Facilite la résistance contre les maladies, surtout dans les poumons. 	Légumes à feuilles vert foncé, huiles végétales, germes de blé, produits de grains complets, beurre, foie, jaunes d'œufs, arachides, lait entier, noix, graines.
Fer	<ul style="list-style-type: none"> - Est nécessaire pour fabriquer l'hémoglobine pour les cellules rouges et pour le transport de l'oxygène des poumons aux cellules dans tout le corps. - Agit comme un antioxydant. - Est nécessaire pour l'utilisation de l'énergie et le métabolisme par les cellules. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sources de fer hème (absorption élevée), notamment viande rouge, foie, poisson, volaille, crustacés. Source de fer non hème (faible absorption), notamment œufs, légumes, arachides, certaines céréales et fruits secs. -La vitamine C, les aliments de fer hème et certains aliments fermentés augmentent l'absorption de fer non hème. -Le thé, le café et certaines graines, ainsi que les légumes à feuilles vertes (avec du phytate) diminue l'absorption de fer non hème.
Calcium	<ul style="list-style-type: none"> - Est nécessaire pour fortifier les os et les dents. - Est important pour une fonction normale du cœur et des muscles, la coagulation du sang et la tension artérielle et pour les défenses immunitaires. 	Lait, yaourt, fromage, légumes à feuilles vertes, brocoli, poisson séché avec arêtes mangées, légumineuses, pois.
Zinc	<ul style="list-style-type: none"> - Est important pour la fonction d'un 	Viande, poisson, volaille, crustacés, céréales complètes,

	<p>grand nombre d'enzymes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agit comme antioxydant. - Intervient dans la fabrication du matériel génétique et des protéines, les réactions immunitaires, le transport de la vitamine A, la perception du goût, la guérison des plaies et la production de sperme. 	<p>légumineuses, arachides, lait, fromage, yaourt, légumes.</p>
Sélénium	<ul style="list-style-type: none"> - Agit comme antioxydant de pair avec la vitamine E. - Prévient la détérioration des muscles cardiaques 	<p>Viande, œufs, fruits de mer, graines complètes, plantes cultivées dans des sols riches en sélénium</p>
Magnésium	<p>Est important pour renforcer les os et les dents, la synthèse des protéines, la contraction musculaire, la transmission des impulsions nerveuses.</p>	<p>Noix, légumineuses, céréales complètes, légumes à feuilles vert foncé, fruits de mer</p>
Iode	<ul style="list-style-type: none"> -Assure le développement et le bon fonctionnement du cerveau et du système nerveux. -Est important pour la croissance, le développement, le métabolisme. 	<p>Fruits de mer, sel iodé, plantes cultivées dans des sols riches en iode.</p>

Ndiaye (1997) ; Savage King et Burgess (1995) ; Whitney et al (1990).

**ANNEXE IV: FICHE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE – GUIDE DE
REPLISSAGE**

FICHE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

N° FICHE ETP	CODE DOSSIER MED
---------------------------	----------------------------------

Date du premier entretien :/...../.....

I- IDENTIFICATION DU CENTRE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

1	Nom de l'éducateur : N°1 N°2
2	Formation sanitaire :
3	Nom médecin référent :

II- RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

4	Nom et Prénoms : Appellation /Surnom
5	Date de naissance :/...../..... ou Age :ans
6	Genre : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
7	Situation matrimoniale : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/>
8	Profession :
9	Niveau d'instruction : illettré(e) <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/>
10	Adresse complète et Tél :

11	Date de découverte de la séropositivité :...../...../..... Nom du centre de dépistage :
12	Date de la première prise d'ARV :/...../..... Schéma thérapeutique actuel :
13	Parent/Tuteur (Nom, adresse, Profession, tél) :
14	Personne à contacter: (Nom, adresse, tél) Connaissance de votre statut sérologique: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
15	Habitudes toxiques : Tabac <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogues <input type="checkbox"/>
16	Orientation sexuelle : Hétérosexuelle <input type="checkbox"/> Homosexuelle <input type="checkbox"/> Bisexuelle <input type="checkbox"/>
17	Facteurs de risque : TDS <input type="checkbox"/> HSH <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Travailleurs mobiles <input type="checkbox"/> Autre.....
18	Revenu mensuel :.....Ariary

19	Charge :
20	Habitation : Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergé par une tierce personne <input type="checkbox"/>

III- ETAT DE SANTE DU PATIENT

21	Etat de santé physique :
22	Etat de santé psychologique :
23	Maladie chronique : Traitement :
24	Vécu du patient de sa séropositivité au sein de votre famille/entourage :
25	Les personnes qui sont au courant de votre séropositivité : Leurs réactions : Les personnes qui sont au courant de la prise d'ARV : Les personnes qui connaissent l'importance de l'observance du traitement :

26	Vos préoccupations par rapport à votre maladie :

IV- MOTIVATION ET PROJET

27	Votre (vos) projet(s) :
28	Votre motivation dans cette ETP :

V- SUIVI DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

Selon le degré de l'atteinte des objectifs, remplir cette grille par :

V : à voir avec le patient, ou,

A : acquis par le patient, ou,

R : à revoir car non encore maîtrisé par le patient

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES	DATES									
CONNAISSANCE SUR L'INFECTION PAR LE VIH										
Décrire la dynamique de l'infection par le VIH en l'absence de traitement.										
Citer les modalités de surveillance (CD4 charge virale-CV).										
Expliquer l'incidence du traitement sur la dynamique de l'infection par le VIH.										
Expliquer à quoi correspond une charge virale indétectable.										
Interpréter succinctement les modifications (augmentation ou baisse) de la CV et des CD4.										
PREVENTION DE LA TRANSMISSION										
Expliquer les modes de contamination par le VIH.										
Annoncer sa séropositivité à sa ou son partenaire.										
Convaincre son ou sa partenaire sexuel (le) de pratiquer le rapport sexuel à moindre risque (préservatif et pratiques non contaminantes.										
Utiliser des moyens de prévention adaptés pour ne pas contaminer son entourage (allaitement, relations sexuelles, blessures...) ou éviter une surinfection.										
PRISE DES MEDICAMENTS										
Citer et identifier les médicaments de son traitement.										
Décrire le mode d'action, la durée d'action, la posologie. et les modalités de prises de chacun de ses médicaments.										

Expliquer l'importance du respect des doses, des horaires et des modalités de prise.										
Adapter les horaires de prises lors des circonstances exceptionnelles (voyage, événement social ou religieux...).										
Utiliser un moyen de stockage approprié pour les prises médicamenteuses en dehors du domicile (travail, déplacement...).										
Choisir son alimentation (liquide et solide) en fonction des spécificités de son traitement.										
Décaler ou rattraper une prise médicamenteuse en cas d'oubli.										
Expliquer pourquoi le traitement doit être suivi sans interruption.										
GESTION DES EFFETS SECONDAIRES										
Citer les effets secondaires attendus avec le traitement prescrit.										
Dépister les signes cliniques pouvant évoquer des effets secondaires de son traitement et adapter son comportement suivant les indications du médecin.										
Avoir recours à une automédication simple et adaptée pour les troubles mineurs.										
Consulter un professionnel de santé pour les troubles majeurs ou les troubles mineurs ne s'améliorant pas après automédication.										
GESTION DES MEDICAMENTS										
Gérer son stock de médicaments pour éviter les ruptures d'approvisionnement.										
Stocker ses médicaments de manière appropriée pour leur bonne conservation.										
NUTRITION ET VIH										
Comprendre le cercle vicieux de la malnutrition et l'infection à VIH.										
Connaître les 4 principes d'apports nutritionnels conseillés pour les PVVIH.										
Augmenter la quantité d'aliments prise.										
Améliorer la qualité des aliments à consommer.										

VI- SUIVI DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS SPECIFIQUES DU PATIENT

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU PATIENT	DATES									

VII- OBSERVATIONS/COMMENTAIRES

- Comment avez-vous vécu cet entretien ?
- Qu'est-ce que avez- vous retenu ?

Dates	<p>OBSERVATIONS/COMMENTAIRES</p> <p>Prochain rendez-vous :</p>
	<p>OBSERVATIONS/COMMENTAIRES</p> <p>Prochain rendez-vous :</p>

Dates	OBSERVATIONS/COMMENTAIRES Prochain rendez-vous :
	OBSERVATIONS/COMMENTAIRES Prochain rendez-vous :

GUIDE DE REMPLISSAGE DE LA FICHE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Principes

Cette fiche est un support pour le recueil des informations médico-psychosociales sur les personnes vivant avec le VIH lors des séances d'éducation thérapeutique chez les éducateurs (prestataires), et fera l'objet d'une évaluation exhaustive initiale. Les données seront collectées à partir de l'entretien avec le patient, en suivant les principes suivants :

- il est important de remplir les rubriques de la fiche,
- cocher clairement la rubrique concernée sans ambiguïté,
- Ecrire lisiblement,
- Ne pas surcharger la fiche,
- Ranger la fiche de façon confidentielle après usage.

N° FICHE ETP : numéro d'ordre lors du premier entretien

Exemple : 001/FEN 2013 (Patient N°1, FEN = Formation sanitaire : CSB2 Fénérive Est, Année : 2013)

Note : Pour une nouvelle année, on continue le numéro d'ordre, mais c'est l'année qui change.

CODE DOSSIER MED: code d'identification nationale du patient chez le médecin référent (si disponible)

Date du premier entretien : Ecrire la date de la première séance d'éducation thérapeutique du patient.

IDENTIFICATION DU CENTRE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

- 1 Ecrire le nom de l'éducateur, N°1 : éducateur de la première séance, N°2 éducateur qui a remplacé le premier.
- 2 Ecrire le nom de la Formation sanitaire où on effectue l'éducation thérapeutique.
- 3 Ecrire le nom médecin référent qui suit le patient.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

- 4 Ecrire le nom et prénoms du patient.
Ecrire son nom d'Appellation ou Surnom.
- 5 Ecrire la date de naissance (jour/mois/année) ou l'âge du patient.
- 6 Cocher la case correspondant au genre (Féminin ou Masculin).

- 7 Cocher la case correspondant à votre réponse, NB : marié inclut union libre.
- 8 Ecrire sa profession.
- 9 Cocher la case correspondant à son niveau d'instruction.
- 10 Ecrire l'adresse complète et exacte du patient et son numéro de téléphone.
- 11 Ecrire la date de découverte de sa séropositivité (jour/mois/année) et le nom de la formation sanitaire qui a fait le dépistage.
- 12 Ecrire la date de la première prise d'ARV (jour/mois/année).
Ecrire le schéma thérapeutique actuel.
- 13 Ecrire le nom, l'adresse exacte et le numéro de téléphone d'un des parents ou du tuteur du patient.
- 14 Ecrire le nom, l'adresse exacte et le numéro de téléphone de la personne à contacter.
Cocher la case correspondante si cette personne est au courant ou non de la séropositivité du patient.
- 15 Cocher la case correspondant aux habitudes toxiques du patient.
- 16 Cocher la case correspondant à l'orientation sexuelle du patient.
- 17 Cocher la (les) case(s) correspondant aux facteurs de risque.
- 18 Ecrire le revenu mensuel (salaire ou autre source de financement).
- 19 Ecrire les personnes en charge du patient (ex : enfant, membre de la famille etc.).
- 20 Cocher la case correspondant à l'habitation du patient.

ETAT DE SANTE DU PATIENT

- 21 Décrire brièvement l'état de santé physique du patient.
- 22 Décrire brièvement l'état de santé psychologique du patient.
- 23 Ecrire si le patient souffre d'autre maladie chronique (ex : diabète ou hypertension artérielle etc.) avec les médicaments prescrits pour cette maladie.
- 24 Décrire les opinions, les jugements, les appuis de la famille/entourage du patient vis-à-vis de son infection à VIH.
- 25 Ecrire les noms des personnes qui sont au courant de la séropositivité du patient et décrire leur réaction.
Ecrire les noms des personnes qui sont au courant de la prise d'ARV.

Ecrire les noms des personnes qui connaissent l'importance de l'observance du traitement.

- 26 Décrire les préoccupations du patient par rapport à votre maladie concernant le côté médical, relationnel, professionnel, émotionnel etc.

MOTIVATION ET PROJET

- 27 Demander les besoins immédiats, à court terme et même à long terme du patient en fonction de la qualité de l'entretien.
- 28 Demander les intérêts que le patient peut en tirer de l'entretien, les raisons qui peuvent le pousser à être assidu aux séances d'éducation thérapeutique.

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

Les questions types ci-dessous vont aider l'éducateur à apprécier le suivi de l'acquisition des objectifs.

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES	QUESTIONS TYPES
CONNAISSANCE SUR L'INFECTION PAR LE VIH	
Décrire la dynamique de l'infection par le VIH en l'absence de traitement.	Qu'est ce que vous savez sur le VIH/sida?
Citer les modalités de surveillance (CD4 charge virale- CV).	Qu'est ce que vous savez sur le mécanisme de défense (CD4) de votre organisme
Expliquer l'incidence du traitement sur la dynamique de l'infection par le VIH.	-Savez-vous dans quel but on vous a mis sous traitement ARV (compréhension du TARV) ? -Selon vous est ce que le traitement marche ? -Qu'est ce que vous attendez de votre traitement ?
Interpréter succinctement les modifications (augmentation ou baisse) de la CV et des CD4.	Que savez- vous sur les modifications des CD4 et de la charge virale ?
PREVENTION DE LA TRANSMISSION	
Utiliser des moyens de prévention adaptés pour ne pas contaminer son entourage (allaitemnt, relations sexuelles, blessure...)	Quelles sont les mesures de prévention que vous pratiquez ?

ou éviter une surinfection	
Convaincre son ou sa partenaire sexuel (le) de pratiquer le sexe à moindre risque (préservatif et pratiques non contaminantes).	Que faites vous pour convaincre votre partenaire pour une pratique sexuelle à moindre risque ?
Expliquer les modes de contamination par le VIH.	Comment peut-on être contaminé par le VIH ?
Annoncer sa séropositivité à son ou sa partenaire.	Votre partenaire est-il (elle) informé(e) de votre statut sérologique, de la prise de vos ARV ? Si non, pourquoi ? Si oui, est-il (elle) impliqué(e) et comment ?
PRISE DES TRAITEMENTS	
Citer et identifier les médicaments de son traitement.	Quels sont les médicaments que vous prenez ? <u>ou</u> demandez- lui de les décrire les médicaments <u>ou</u> de montrer la boîte si possible
Décrire le mode d'action, la durée d'action, la posologie et les modalités de prises de chacun de ses médicaments.	- Comment les prenez-vous ? (posologie) - Arrivez-vous à respecter les intervalles d'heures entre les différentes prises d'ARV ?

PRISE DES TRAITEMENTS (suite)	
Expliquer l'importance du respect des doses, des horaires et des modalités de prise.	- Pouvez-vous me raconter comment vous avez pris vos médicaments cette dernière semaine ? - La dernière fois que vous n'avez pas pris votre traitement, comment avez-vous fait ? Alors qu'est ce que vous vous êtes dit et qu'avez-vous fait ? - Arrivez-vous à respecter les intervalles d'heures entre les différentes prises d'ARV ? -D'après vous, pourquoi vous n'arrivez pas à respecter les horaires et contraintes de prises ? -Qu'est ce qui peut empêcher les ARV à bien vous protéger des infections

	opportunistes et à prolonger votre vie ?
Adapter les horaires de prises lors des circonstances exceptionnelles (voyage, événement social ou religieux...).	Comment prenez-vous vos médicaments, quand vous n'êtes pas à la maison ?
Utiliser un moyen de stockage approprié pour les prises médicamenteuses en dehors du domicile (travail, déplacement...).	Où les rangez-vous, quand vous êtes hors de la maison ?
Choisir son alimentation (liquide et solide) en fonction des spécificités de son traitement.	Avez-vous adapté votre alimentation en fonction des recommandations spécifiques des médicaments ?
Décaler ou rattraper une prise médicamenteuse en cas d'oubli.	La dernière fois que vous n'avez pas pris votre traitement, comment avez-vous fait ?
Expliquer pourquoi le traitement doit être suivi sans interruption.	Pourquoi vous devrez prendre sans interruption les médicaments ?
GESTION DES EFFETS SECONDAIRES	
Citer les effets secondaires attendus avec le traitement prescrit.	Quels sont les effets secondaires qui peuvent survenir lors de la prise d'ARV qu'on vous a prescrit ?
Dépister les signes cliniques pouvant évoquer des effets secondaires de son traitement et adapter son comportement suivant les indications du médecin.	-Depuis le début du traitement avez-vous ressenti des malaises inhabituels ? *Si oui lesquelles ? *Pensez-vous que ces malaises sont liés aux médicaments ?
Avoir recours à une automédication simple et adaptée pour les troubles mineurs.	Quels médicaments prenez-vous en présence effets secondaires mineurs ex : diarrhée ?
Consulter un professionnel de santé pour les troubles majeurs ou les troubles mineurs ne s'améliorant pas après automédication.	Devant les troubles majeurs ou persistance des troubles mineurs malgré l'automédication, que pensez-vous faire ?
GESTION DES MEDICAMENTS	
Gérer son stock de médicaments pour éviter les ruptures d'approvisionnement.	Comment prenez vous vos médicaments ? Savez-vous quand vous devrez revenir au médecin référent pour éviter la rupture ?
Stocker ses médicaments de manière appropriée	- Où les rangez-vous dans la maison ? Dans la valise, l'armoire, dans la boîte à

pour leur bonne conservation.	pharmacie ?
NUTRITION ET VIH	
Comprendre le cercle vicieux de la malnutrition et l'infection à VIH.	Que savez-vous sur la relation entre la malnutrition et l'infection à VIH ?
Connaître les 4 principes d'apports nutritionnels conseillés pour les PVVIH.	Pouvez-vous citer les 4 principes d'apports nutritionnels conseillés pour les PVVIH ?
Augmenter la quantité d'aliments consommés.	Combien de repas prenez-vous par jour ? (quantité)
Améliorer la qualité des aliments à consommer.	Quel type d'aliment prenez-vous ?

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU PATIENT

Les questions types ci-dessous vont aider l'éducateur à identifier et à discuter avec le patient ses objectifs spécifiques :

Qu'est que vous avez envie de faire, ces mois ou années à venir ? (Projet de vie)

Qu'est-ce qui peut vous motiver dans votre apprentissage ?

OBSERVATIONS/COMMENTAIRES

V.1 Les questions types ci-dessous vont aider l'éducateur à remplir le tableau « Observations /Commentaires » :

- Comment cela se passe pour vous ? Comment expliquez-vous cela ?
- Comment vous sentez-vous en ce moment ?
- Qu'est ce qui est le plus difficile pour vous actuellement ? Qu'est ce que vous voulez faire, face à cela ?
- Avez-vous été confronté(e) à des événements particuliers dans ces six (06) derniers mois
- Au niveau affectif, social, professionnel ; comment vivez-vous tout cela ?
- Est-ce que votre médecin traitant vous a parlé de vos analyses (NFS, créatinémie, transaminases, glycémie, Ag Hbs, frottis vaginal, TB) ?
- D'autres personnes sont-elles infectées dans la famille ?
- Est-ce que vous avez des soucis nutritionnels ou matériels actuellement?
- Est-ce que vous êtes soutenu(e) par un intervenant social ou une association ou une autre personne / structure/ collaborateurs
- Lorsque vous avez besoin d'informations sur votre traitement, à qui vous adressez-vous ?

V.2 Les éléments de suivi ci-après sont aussi à inclure dans le tableau « Observations /Commentaires » :

- Fixer la date du prochain rendez-vous,
- Lui proposer une consultation d'orientation si besoin : psychologue et/ou autres spécialistes,

- Evaluer et corriger les erreurs de compréhension et donner des éventuels conseils,
- Identifier les actions que vous avez demandées au patient de faire.
Exemple : est ce qu'une (des) décision(s) a (ont) été prise(s) par le (la) patient(e), pendant l'entretien? laquelle ou lesquelles ?

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre gratitude à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Nos remerciements à :

- **Partenaire financier** : JICA
- ***Aux participants à l'atelier d'élaboration du curricula d'éducation thérapeutique du patient VIH:***
 - Mr. OKAYASU Toshiharu, Conseiller Principal du Projet de Renforcement du Programme de Prévention du VIH/sida, JICA
 - Pr. ANDRIANASOLO Radonirina, Médecin Référent CHUJR Befelatanana
 - Dr RAKOTOBE Liva, Chef de Service Prise en Charge PNLS
 - Dr RANAIVO Adeline Florence, Service Prise en Charge PNLS
 - Dr RAHELIMIARANA Norolalao, Service Prise en Charge PNLS
 - Dr LAHIMASY Hetse, Service Prise en Charge PNLS
 - Dr RASOLOARIMANANA Andry, Coordonnateur SISAL
 - Dr RABESON Hervé, Coordonnateur CSI/BMH
 - Dr AGNONA René, Assistant Technique au Ministère de la Population
 - Dr RAKOTOMANGA Joachim Marius, SFPP
 - Dr LEHIMENA Willy René, Médecin Référent CHU Mahajanga
 - Mme RAVELOARIZANANY Perle Tantely, Ministère population
 - Mme VOLOLONIRINA Ravoniarisoa, Service Prise en Charge PNLS
 - Mme RASOAMANONTANY Jeritiana Bakoly, Sage-femme de Réseau CHD2 Itaosy
 - Mme RAZAFINJATOVO Tianasoa, BMH Isotry
 - Mr. RAZAFINDRATSIMBA Andritiana, Membre de l'Association FIFAFI Analamanga
 - Mme HAJASOA Sylvie Michelle, Assistante Sociale CHD2 Itaosy
 - Mr. RASOANAIVO Johnson Jack, Assistant PEC PS, JICA
 - Mme RAZAFIARIMANANA Fideline Hanta, Assistante Sociale SISAL
 - Mr. DJIBRIL BAAL, Assistant Social CHU DE FANN Dakar Sénégal, Expert à court terme de JICA
- ***Aux participants à l'atelier de validation technique des curricula d'éducation thérapeutique du patient VIH:***
 - Dr Hanta Baraka, Directeur Assistance Médicale Ministère de la Population

- M. OKAYASU Toshiharu, Conseiller Principal du Projet de Renforcement du Programme de Prévention du VIH/sida, JICA
- Pr ANDRIANASOLO Radonirina, Médecin Référent CHUJR Befelatanana
- Dr RAKOTOBE Liva, Chef de Service Prise en Charge PNLS
- Dr RANAIVO Adeline Florence, Service Prise en Charge PNLS
- Dr RAHELIMIARANA Norolalao, Service Prise en Charge PNLS
- Dr LAHIMASY Hetse, Service Prise en Charge PNLS
- Dr RAZAFINDRADOARA Vohangy Mampionona Liliane, Service Prévention PNLS
- Dr RAMANANTSOA Riana, Assistante Technique Projet PMPS 2 /PNLS
- Dr RANDRIAMALALARISON François, Responsable IST/sida DRSP Analamanga
- Dr RAZAFIMANANTSOA Tiana, UNICEF
- Dr RAHERIMANDIMBY Maroson Adoniss, Responsable Santé /Nutrition ONN
- Dr RAKOTOMANANA Adrimbazotiana, Chef Unité Coordination SE/CNLS
- Dr RASOLOARIMANANA Andry, Coordonnateur SISAL
- Dr RANDRIAMASIARIJAONA Harinelina, Chef de Service Nutrition
- Dr HOUSSEN Nirina A., Médecin Référent Maternité Befelatanana
- Dr AGNONA René, Assistant Technique Ministère de la Population
- Dr LALAO Jeanne Solange, Médecin référent CHRR Morondava
- Dr RANDRIAMALASON Vincent, Médecin Responsable de l'IST/sida, Antsirabe I
- Dr RAKOTOMANGA Joachim Marius, SFPP
- Mme RAHARIVONJY Elmine, Responsable IEC SALFA
- Mme RANDRIAMAMPIANINA Mialy, SE/CNLS
- Mme RAVELOARIZANANY Perle Tantely, Ministère de la Population
- Mme VOLOLONIRINA Ravoniarisoa, Service Prise en Charge PNLS
- Mme RASOAMANONTANY Jeritiana Bakoly, Sage-femme CHD2 Itaosy
- Mme RAZAFINJATOVO Tianasoa, CSI/ BMH Isotry

- Mr. RAKOTOSON Onja Lalaina, Membre de l'Association FIFAFI
 - Mme MARIE Isabelle, Membre de l'Association MAD'AIDS
 - Mr. RAZAFINDRATSIMBA Andritiana B.T, Membre de l'Association FIFAFI Analamanga
 - Mme HAJASOA Sylvie Michelle, Assistante Sociale CHD2 Itaosy
 - Mr. RASOANAIVO Johnson Jack, Assistant PEC PS, JICA
 - Mr. DJIBRIL BAAL, Assistant Social CHU DE FANN Dakar Sénégal, Expert à court terme de JICA
- **Aux participants à l'élaboration de la Fiche d'Education Thérapeutique :**
- Mr. OKAYASU Toshiharu, Conseiller Principal du Projet de Renforcement du Programme de Prévention du VIH/sida, JICA
 - Dr RAKOTOBE Liva, Chef de Service Prise en Charge PNLS
 - Dr RAHELIMIARANA Norolalao, Service Prise en Charge PNLS
 - Dr RANAIVO Adeline Florence, Service Prise en charge PNLS
 - Dr RAMANANTSOA Riana Assistante Technique Projet PMPS 2/PNLS
 - Dr RAZAFINDRADOARA Vohangy Mampionona Liliane, Service Prévention PNLS
 - Dr RANDRIAMALALARISON François, Responsable IST/sida DRSP Analamanga
 - Dr RAZAFIMANANTSOA Tiana, UNICEF
 - Dr VONY SOA Hanitra, Homologue National PLNS/JICA
 - Dr RANDRIANARIVONY Sylvia, Médecin Référent CHD2 Itaosy
 - Dr HOUSSEN Nirina A., Médecin Référent Maternité Befelatanana
 - Dr AGNONA René, Assistant Technique Ministère de la Population
 - Mr. RAKOTOSON Onja Lalaina, Membre de l'Association FIFAFI
 - Mme RAVELOARIZANANY Perle Tantely, Ministère de la Population
 - Mlle RAKOTOJOELIMARIA Fiderana, Service Communication PNLS
 - Mme RASOAMANONTANY Jeritiana Bakoly, Sage-femme de Réseau CHD2 Itaosy
 - Mme RABERAHONA Fleurale Naharinelina, BMH Isotry

- Mme RATEFIHARIMANANA Andosoa, Sociologue, SMPI/CHUJR Befelatanana
 - M. RAZAFINDRATSIMBA Andritiana B.T, Membre de l'Association FIFAFI Analamanga
 - Mme HAJASOA Sylvie Michelle, Assistante Sociale CHD2 Itaosy
 - M. RAZAFINDRATIANA Karohison Etienne, Membre de l'Association SISAL
- **Aux participants à l'atelier de validation technique de la Fiche d'Education Thérapeutique :**
- Dr RAHAMEFY Jacky, Directeur du PNLS
 - Mr. OKAYASU Toshiharu, Conseiller Principal du Projet de Renforcement du Programme de Prévention du VIH/sida de JICA,
 - Mme FURUKAWA Kae, Coordinateur du Projet de Renforcement du Programme de Prévention du VIH/sida de JICA,
 - Pr ANDRIANASOLO Radonirina, Médecin Référent CHUJR Befelatanana
 - Dr ANDRIANIAINA Harivelo, Responsable Technique UGFM-SE/CNLS
 - Dr VONY SOA HANITRA, Homologue National, PNLS / JICA
 - Dr LAHIMASY Hetse, Service Prise en Charge PNLS
 - Dr RAHELIMARANA Norolalao, Service Prise en Charge PNLS
 - Dr RANDRIAMILAHATRA Emma, Service Prévention PNLS
 - Dr ANDRIANJATOVO Andriamiarizo, CASIS/ PNLS
 - Dr HOUSSEN Nirina, Médecin Référent Maternité Befelatanana
 - Dr ZAFILAHY Eric, Médecin CHRR Fénerive-Est
 - Mr. MIHARISOA Emmanuël, Paramédical CHRR Taolagnaro
 - Mme RANDRIANINA Aimée Yolande Josée, CHU Mahajanga
 - Mme VOLOLONIRINA Ravoniarisoa, Service Prise en Charge PNLS
 - Mlle RAKOTOJOELIMARIA Fiderana, Service Communication PNLS
 - Mme RAVELOARIZANANY Perle Tantely, Ministère de la Population
 - M. ANDRIANTSOA Harilalaina Tantely Onitriina, MIP CHUJR Befelatanana
 - Mme RAHELARISOA Bernadette, Major de Service MIP CHU JRBM.
 - RAKOTOMANANA Elliot, Assistant JICA,

PRINCIPALES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. *Education thérapeutique chez les PVVIH*. Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpitaux de Toulouse, Danielle MARCHE.
2. *De l'importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge VIH..* Service des Maladies infectieuses CHU Besançon, Dr HUSTACHE MATHIEU Laurent, Dr FAUCHER Jean-François :
3. *L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses*. Haute Autorité de Santé, Institut National de Prévention et éducation pour la Santé www.inpes.sante.fr
4. *Education thérapeutique des PVVIH*. Service des Maladies Infectieuses et Tropicales Poissy Saint Germain en Laye, Sandrine Fraval et Paula da Costa .
5. *Education thérapeutique VIH* Marie-Pierre Giess, Chervet Dijon.
6. *Module de formation sur l'éducation thérapeutique VIH* DJIBRIL BAAL CHU DE FANN Dakar Sénégal.
7. *Education thérapeutique dans l'infection à VIH: un facteur clé dans la réussite du traitement* Danielle MARCHE, Aline THEVENY-CHRISTIANY, Stéphanie TRANCART, Editions ALINEA, 2007, collection infections virales.
8. VIH édition 2007 Pierre- Marie, Girard, Christine Katlama, Gilles Pialoux, doin.



MSANP



En collaboration avec

**Le Projet de Renforcement du Programme de Prévention du VIH/sida
Agence Japonaise de Coopération Internationale JICA**