

REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

GUIDE DE CONSEIL EN
MATIERE DE
VIH/SIDA/IST

MANUEL DU PARTICIPANT

Bujumbura, Avril 2004

PREFACE

Au Burundi, le 1^{er} de SIDA a été déclaré en 1983. A partir de cette période, nous assistons à une augmentation du nombre de cas de VIH/SIDA aussi bien en milieu urbain que rural. Face à cette situation, plusieurs activités sont menées y compris le dépistage volontaire du VIH. Initié au Burundi depuis 1992, le dépistage volontaire du VIH constitue le pilier de la prévention et de la prise en charge.

L'appui psychosocial est une composante essentielle en matière de dépistage volontaire du VIH et de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il consiste à créer un environnement dans lequel l'individu ou le groupe prend conscience de sa responsabilité et décide de prendre des mesures en toute connaissance de cause.

En effet, je suppose, sans l'avoir vérifié, que le simple fait d'informer les gens sur leur séro-négativité ou bien sur leur séropositivité entraîne automatiquement des changements de comportement.

Le sujet infecté est confronté à toute une série de problèmes et de besoins d'ordre physique, psychologique et social. Ces problèmes ne sont pas forcément constants, ils s'aggraveront au fur et à mesure et deviendront difficile à gérer, raison pour laquelle les ajustements qui en découlent ont souvent des répercussions sur la vie familiale, le travail, l'éducation, les besoins spirituels, le statut juridique et les droits civiques.

L'adaptation à la situation contraignante créée par la séropositivité est un processus dynamique et évolutif qui s'inscrit dans le temps et soumet à des exigences nouvelles et changeantes. Il est donc vital de doter les connaissances et de renforcer les compétences de ceux qui offrent un conseil en matière de VIH/SIDA/IST.

Le présent document a été élaboré pour qu'il soit l'outil privilégié afin d'améliorer la qualité des services offerts mais aussi pour permettre aux conseillers de gérer le stress auquel ils sont quotidiennement confrontés.

Tous pour le soutien de nos frères & sœurs infectés ou affectés par le VIH/SIDA.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Dr Jean KAMANA.-

SOMMAIRE

Sigles et acronymes

Remerciements

Introduction.....7

MODULE I : LES INFORMATIONS DE BASE SUR LE VIH/SIDA ET LES AUTRES IST....8

Chapitre I : Informations de base sur le VIH et le SIDA.....10

Séance 1 : Définition des sigles VIH et SIDA 10

Séance 2 : Situation épidémiologique du VIH/SIDA.....12

Séance 3 : Modes de transmission et moyens de prévention du VIH/SDA.....14

Séance 4 : Facteurs de risque et comportements à haut risque.....17

Séance 5 : Dépistage du VIH et principales phases d'évolution de l'infection à VIH.....18

Séance 6 : Prise en charge nutritionnelle et médicale des PVVS.....24

Séance 7 : Relation entre le VIH/SIDA et les autres infections : IST et Tuberculose.....32

Chapitre II : Les IST autres que le VIH.....33

Séance 1 : Définition, épidémiologie et modes de transmission.....33

Séance 2 : Manifestations cliniques et approche syndromique.....34

Séance 3 : Complications et conséquences.....35

Séance 4 : Prise en charge des IST autres que le VIH/SIDA.....37

MODULE II : LES TECHNIQUES DE COMMUNICATION.....38

Chapitre I : La communication.....40

Séance 1 : Définition des concepts.....40

Séance 2 : Processus de la communication41

Séance 3 : Principes et techniques de base de la communication interpersonnelle.....42

Séance 4 : Counseling selon la méthode BERCER.....45

Chapitre II : Processus de changement de comportement.....46

Séance 1 : Changement de comportement : Modèle et étapes.....46

Séance 2 : Démarche de résolution des problèmes.....49

MODULE III : LE DEROULEMENT DU COUNSELING VIH/SIDA.....50

Chapitre I : Principes de base et concepts du counseling.....52

Chapitre II : Phases du counseling.....56

Séance 1 : Phases du counseling.....56

Séance 2 : Etapes du counseling.....57

Séance 3 : Counseling pré-test.....58

Séance 4 : Counseling post test.....67

CHAPITRE III : SITUATIONS PARTICULIERES DANS LE COUNSELING.....	70
Séance 1 : Le Counseling de la femme.....	70
Séance 2 : Le Counseling du couple.....	76
Séance 3 : Le Counseling des jeunes et adolescents.....	77
Séance 4 : Le Counseling des enfants affectés et/ou infectés par le VIH/SIDA.....	78
CHAPITRE IV : SUIVI ET PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE DES PVVS.....	79
Séance 1 : Suivi et soutien psychologique.....	79
Séance 2 : Moments de crise dans le counseling.....	82
Séance 3 : Réactions psychologiques.....	84
Séance 4 : Soutien psychosocial.....	86
Séance 5 : Référence	90
Séance 6 : Accompagnement.....	91
CHAPITRE V : EPUISEMENT DU CONSEILLER.....	92
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....	94

SIGLES ET ACRONYMES

ADN	: Acide Désoxyribo-Nucléique
AES	: Accident avec exposition au sang
ARN	: Acide Ribo-Nucléique
ARV	: Antirétroviral
AZT	: Azidothymidine ou Zidovudine
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaire
CIP	: Communication interpersonnelle
CNLS	: Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNTS	: Centre national de transfusion sanguine
ELISA	: Enzyme Linked Immuno-Sorbant Assay
FHI	: Family Health International
FNST	: Fond National de Solidarité Thérapeutique
IEC	: Information Education Communication
IST	: Infections sexuellement transmissibles
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEC	: Prise en charge
PTME	: Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
PVVS	: Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
SIP	: Syndrome inflammatoire pelvien
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent à toutes personnes physiques ou morales qui ont contribué à l'élaboration du document de Manuel du participant. Nous pensons particulièrement à :

- Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) , pour avoir commandité le travail
- Action Aid/SIDA, pour son appui financier
- Family Health International (FHI), pour son appui technique
- Ministère de la Santé Publique via son unité sectorielle de lutte contre le SIDA , pour avoir disponibilisé les documents
- Comité de pilotage, pour ses commentaires et enrichissements du document.

INTRODUCTION

Au Burundi, le premier cas de SIDA a été déclaré en 1983. A partir de cette période, nous assistons à une augmentation du nombre de cas de VIH/SIDA aussi bien en milieu urbain que rural.

Face à cette situation, le gouvernement du Burundi s'est engagé à répondre de manière appropriée à l'épidémie du VIH/SIDA à travers la formulation d'une réponse nationale efficace articulée sur une approche gouvernementale multisectorielle, une implication de la société civile, du secteur privé et un engagement communautaire fort.

C'est ainsi qu'il a mis en œuvre un plan d'action national de lutte contre le VIH/SIDA 2002-2006 dont les axes stratégiques sont la prévention de la transmission sexuelle du VIH/SIDA, l'amélioration du bien-être des personnes vivant avec le VIH/SIDA et l'allègement du fardeau de l'impact du SIDA sur les familles.

Ce plan repose sur une série de 16 programmes d'actions prioritaires.

Un sujet qui est reconnu ou supposé infecté par le VIH/SIDA, toute sa vie affective, sociale et comportementale s'en trouve affectée, de même que ses relations avec le monde médical. Le sujet infecté est confronté à toute une série de problèmes et besoins d'ordre physique, social et psychologique. Ces problèmes ne sont pas forcément constants, ils s'aggraveront au fur et à mesure et deviendront difficile à gérer, raison pour laquelle les ajustements qui en découlent ont souvent des répercussions sur la vie familiale, le travail, l'éducation, les besoins spirituels, le statut juridique et les droits civiques.

L'adaptation à la situation contraignante créée par la séropositivité, doit être un processus dynamique, évolutif, qui s'inscrit dans le temps et soumet à des exigences nouvelles et changeantes. Il est donc vital de doter des connaissances et renforcer les compétences et les habiletés de ceux qui offrent un conseil en matière de VIH/SIDA (les médecins, les infirmiers, les psychologues, les assistants sociaux, les agents des associations, les responsables religieux, etc..) pour améliorer la qualité des services offerts mais aussi pour leur permettre de gérer le stress auquel ils sont quotidiennement confrontés.

Ce manuel sera remis à tous les intervenants en matière de counseling afin qu'ils puissent s'y référer dans leurs activités quotidiennes.

Il est composé de trois modules:

Module1 : LES INFORMATIONS DE BASE SUR LE VIH/SIDA ET LES AUTRES IST

Module2 : LES TECHNIQUES DE COMMUNICATION

Module3 : LE DEROULEMENT DU COUNSELING VIH/SIDA

MODULE I
LES INFORMATIONS DE BASE SUR LE VIH/SIDA ET
LES AUTRES IST

CONTENU DU MODULE

Chapitre I : Informations de base sur le VIH/SIDA

Séance 1 : Définition des sigles VIH et SIDA

Séance 2 : Situation épidémiologique du VIH/SIDA

Séance 3 : Modes de transmission et moyens de prévention du VIH/SIDA

Séance 4 : Facteurs de risque et comportements à haut risque

Séance 5 : Dépistage du VIH et principales phases d'évolution de l'infection à VIH

Séance 6 : Prise en charge nutritionnelle et médicale des PVVS

Séance 7 : Relation entre le VIH/SIDA et d'autres infections : IST et tuberculose

Chapitre II : Les IST autres que le VIH/SIDA

Séance 1 : Définition, épidémiologie et modes de transmission

Séance 2 : Manifestations cliniques et approche syndromique

Séance 3 : Complications et conséquences

Séance 4 : Prise en charge des IST autres que le VIH/SIDA

Chapitre I : Informations de base sur le VIH et le SIDA

Séance 1 : Définition des sigles VIH et SIDA

1. Les sigles VIH et SIDA

1-1 VIH

Le virus de l'immunodéficience humaine, « VIH », est le virus responsable du SIDA chez l'être humain. Actuellement deux types de VIH sont connus : VIH-1 et VIH-2. Le VIH1 est plus fréquent et virulent que le VIH2. Ces deux types de VIH sont responsables de manifestations cliniques identiques. L'infection concomitante par les deux types de virus est possible.

Le VIH appartient à la famille des rétrovirus. Les rétrovirus sont de micro-organismes vivants contenant de l'ARN dans leur génome. Ces virus ne peuvent pas se reproduire d'eux-mêmes, l'animal ou l'être humain qu'ils infectent leur sert d'hôte. Le VIH infecte et se reproduit principalement dans certaines cellules du sang humain appelées cellules hôtes qui se caractérisent par la présence à leur surface de récepteurs CD4. Une catégorie de globules blancs constituée par les cellules CD4 du sang et qui jouent un rôle fondamental dans le système de défense du corps humain constitue la cible privilégiée du VIH. Ainsi, une fois la cellule humaine infectée, l'ARN viral se transforme en ADN grâce à une enzyme (la reverse transcriptase) et s'incorpore au génome de la cellule hôte. Le VIH peut rester latent à l'intérieur de la cellule hôte pendant une période plus ou moins longue, rendant ainsi l'infection permanente.

Le VIH est très fragile en dehors de l'organisme humain. Il est détruit après exposition à la chaleur (60 degrés centigrades) et au contact de désinfectants tels que le formol, l'eau oxygénée, l'alcool, l'acétone, le phénol, l'eau de Javel etc.

1-2 SIDA

L'acronyme SIDA signifie Syndrome de l'Immunodéficience Acquis.

- « Un Syndrome » est un ensemble de symptômes et signes
- « L'Immunité » est la capacité de l'organisme à se défendre
- « Déficitaire » traduit l'affaiblissement du système immunitaire
- « Acquis » signifie que cette déficience n'est ni innée, ni héréditaire, elle s'acquiert au cours de la vie.

2. Différence entre une personne vivant avec le VIH et un malade du SIDA

La différence majeure entre une personne vivant avec le VIH et un malade du SIDA est la suivante :

- Durant le stade de l'infection à VIH (connue ou non), le porteur du virus est en bonne santé apparente et ne fait le plus souvent aucune infection opportuniste, mais il peut transmettre le virus.
- Un malade du SIDA est au stade avancé et présente des infections opportunistes et un bilan biologique perturbé

3. Le système immunitaire

Le système de défense du corps humain appelé système immunitaire peut être comparé à l'armée d'un pays. Cette armée surveille les frontières de l'Etat et le protège contre les invasions étrangères. Tant que l'armée reste forte, le pays n'a rien à craindre. Mais si elle s'affaiblit ou rencontre un adversaire plus fort, le pays devient vulnérable et ne peut plus se défendre contre les attaques des pays voisins. Le système immunitaire est composé de lymphocytes T et de lymphocytes B qui jouent le rôle d'armée. Les lymphocytes T, porteur de récepteurs CD4, sont dénommés lymphocytes T4 ou cellules CD4 et sont la cible privilégiée du virus. Chez le sujet infecté par le VIH, les cellules CD4 sont progressivement détruites. Toute autre infection qui stimule le système immunitaire est susceptible d'accélérer cette destruction. Lorsque le taux de cellules CD4 détruit est élevé, l'organisme perd sa capacité à lutter efficacement contre les autres infections. Cette personne devient plus vulnérable aux infections opportunistes (la tuberculose, la toxoplasmose, la candidose, etc) et développe facilement certains types de cancers favorisant ainsi l'évolution de l'infection à VIH vers le stade du SIDA.

Séance 2 : Situation épidémiologique du VIH/SIDA

1. Dans le Monde

Au 31 Décembre 2003, le Programme commun des Nations Unies contre le SIDA (ONUSIDA) estimait le nombre de personnes infectées par le VIH à travers le monde à environ 44 millions. Le nombre de nouvelles infections par le VIH survenu en 2003 était 5 millions. Au cours de cette même année ; trois (3) millions de décès ont été déplorés dans le monde.

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH à la fin de l'année 2003

REGIONS	NOMBRE
Afrique Subsaharienne	28.200.000
Afrique du nord et Moyen Orient	730 000
Asie du sud et Sud-Est	8.200.000
Asie de l'Est et Pacifique	1.300.000
Amérique Latine	1.900.000
Caraïbes	590.000
Europe Orientale et Asie centrale	1.800.000
Europe Occidentale	660.000
Amérique du Nord	1.200.000
Australie et Nouvelle Zélande	18 000
TOTAL MONDIAL	44 590 000

*Source : ONUSIDA statistiques démographiques de 2003

2. En Afrique

L'Afrique est le continent le plus touché par l'épidémie du VIH. Elle représente à elle seule plus de 64% des personnes infectées par le VIH au niveau mondial.

L' Afrique sub-saharienne, où est situé le Burundi, renferme plus de 28 000 000 de personnes vivant avec le VIH.

3. Au Burundi

Au Burundi, depuis la description des premiers cas de SIDA en 1983, l'épidémie de l'infection par le VIH et le nombre de cas de SIDA n'ont cessé de croître de façon importante. La séroprévalence était estimée en zone urbaine à moins de 1 % en 1983, à moins de 6% en 1986 et à 11 % en 1989 lors de la première enquête nationale de séroprévalence du VIH. Au cours de cette même enquête de 1989, le taux de séroprévalence était estimé à 0, 7% en zone rurale.

D'après la 2ème enquête de séroprévalence nationale du VIH réalisée en 2002, la séroprévalence du VIH est respectivement de 9,4% ; 10,5% & 2,5% en milieu urbain, semi urbain & rural.

Cette enquête confirme la vulnérabilité de la femme par rapport au VIH. La prévalence globale du VIH chez la femme est de 3,8 % alors qu'elle n'est que de 2,6 % chez l'homme.

En fin 2003, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA est estimé à 260.000 dont 230.000 adultes âgés de 15 à 49 ans.

Les malades du SIDA représentent plus de 70% des patients hospitalisés dans les services de médecine interne des hôpitaux de Bujumbura pendant que plus de 40% des tuberculeux testés, présentent une sérologie positive pour le VIH.

Ce faisant, le SIDA est devenu la première cause de décès chez l'adulte et une cause importante de mortalité infantile au Burundi.

Le taux de séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang était de 0,47% en 2002.

Séance 3 : Les modes de transmission et moyens de prévention du VIH/SIDA

1. Les modes de transmission

Les personnes infectées par le VIH le restent à vie. Nombreuses d'entre elles restent asymptomatiques (sans symptômes et signes de maladie) pendant des périodes de durée variable et peuvent ne pas se savoir infectées. Cependant elles peuvent transmettre le VIH par les trois voies de contamination suivantes :

1-1 La transmission sexuelle

Dans notre contexte, on estime que plus de 90% de la transmission se fait lors des rapports sexuels non protégés d'une personne infectée avec son/sa partenaire sexuel(le). Ces rapports sexuels peuvent être homosexuels ou hétérosexuels. Les relations sexuelles concernent la pénétration vaginale, anale et orale entre deux individus. Ce sont les sécrétions sexuelles (le sperme et les sécrétions vaginales) qui contiennent le virus.

1-2 La transmission sanguine

Au Burundi, la transmission sanguine est estimée à environ 0.47% selon les statistiques de 2002 (source CNTS). Elle se fait par l'intermédiaire des transfusions de sang ou de dérivés sanguins infectés, d'injections avec du matériel souillé, d'échanges ou de réutilisation d'aiguilles, de seringues souillées et d'actes opératoires avec du matériel préalablement utilisés chez des sujets infectés et qui n'a pas été stérilisé. Les transplantations d'organes de sujets infectés transmettent le VIH. Il peut être également transmis lors de contacts directs en cas d'accident avec du matériel souillé par du sang infecté, et aussi lors d'actes rituels ou coutumiers tels que la circoncision, le tatouage, etc.

1-3 La transmission de la mère à l'enfant

Elle constitue la deuxième voie majeure de transmission.

Cette transmission de l'infection à VIH d'une mère infectée à son enfant peut se faire :

- Pendant la grossesse
- Au moment de l'accouchement
- Au cours de l'allaitement

Le risque de transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant varie d'un pays à un autre et est généralement estimé entre 15 et 40% dans les pays en voie de développement. La transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant peut être significativement réduite par l'administration des antirétroviraux aux femmes enceintes infectées par le VIH.

On estime que 15% de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est dû à l'allaitement maternel. Ceci pose le problème crucial de la prise en charge des nouveaux-nés des mères séropositives en Afrique.

2. Les moyens de prévention

L'épidémie actuelle du VIH au Burundi est en grande partie le fait de comportements individuels à risque. Bien qu'elle ne suffise pas pour juguler entièrement et efficacement tous les aspects de l'épidémie, la prévention constitue la pierre angulaire de la lutte contre le VIH/SIDA et sa contribution pour inverser la tendance de l'épidémie est primordiale. En l'absence de vaccin, la prévention du VIH/SIDA dans notre contexte repose essentiellement sur la promotion de comportements à moindre risque.

2-1 La prévention de la transmission sexuelle

Pour les personnes sexuellement actives, la prévention est basée sur la promotion du changement de comportement. La fidélité mutuelle et l'usage correct du préservatif (masculin ou féminin) permettent de prévenir efficacement la transmission du VIH.

Les jeunes constituent un groupe vulnérable qui mérite d'être éduqué convenablement avant qu'ils ne prennent des habitudes sexuelles difficilement réversibles (partenaires multiples, rapports sexuels non protégés). Les jeunes doivent être encouragés à retarder l'âge de leur premier rapport sexuel, à s'abstenir des rapports sexuels avant le mariage et sinon à utiliser un préservatif au cours de tout rapport sexuel.

2-2 La prévention de la transmission sanguine

La prévention ne sera efficace que par la mise à disposition des malades de sang sécurisé pour des transfusions sanguines dont les indications auront été posées correctement. La sécurisation du sang nécessite le recrutement de donneurs à moindre risque et la prise en compte de la période d'incubation dans le processus de sélection des poches de sang à transfuser. Le rôle critique des injections (intramusculaires et intraveineuses) et des pratiques rituelles (scarifications, tatouages, circoncisions, etc.) ne doit pas être négligé. Il ne faut pas utiliser collectivement les objets coupants, piquants et tranchants tels que : les lames, les seringues etc. Pour désinfecter les objets, on peut utiliser l'alcool à partir de 70°, l'eau de javel diluée (1 mesure d'eau de javel pour 9 mesures d'eau du même récipient).

Dans notre contexte, les mesures d'hygiène en milieu de soins & la bonne gestion des déchets biomédicaux ne doivent pas être ignorées pour prévenir les accidents d'exposition au sang (AES). Dans ces conditions, il est tout à fait licite de considérer tout AES lors d'un geste professionnel (examen physique, prélèvement, injection, perfusion, pose de sonde, endoscopie, intervention chirurgicale, massage, toilette, etc.) comme potentiellement dangereux en termes de contamination pour le personnel de santé, quel que soit le degré de l'exposition (massive, intermédiaire, minime).

Toute exposition lors d'un geste professionnel impose des gestes immédiats (valable en cas d'exposition sexuelle) : le suivi de l'accidenté et une chimioprophylaxie antirétrovirale en fonction du statut sérologique du patient-source. Les gestes immédiats à pratiquer le même jour portent sur le nettoyage et la désinfection de la plaie, la déclaration de l'accident du travail si possible, l'évaluation du risque en fonction du patient-source et la prise ou non de la décision d'une prophylaxie antirétrovirale.

MESURES DE PREVENTION D'EXPOSITION PROFESSIONNELLE

- Le lavage des mains à l'eau savonneuse puis à l'alcool avant et après chaque geste professionnel, même à l'absence de contact avec le sang du client.
- Le port de gant lors des prélèvements, de la toilette du patient, lors du transport et de la réception des prélèvements, lors de la manipulation des tests rapides, etc.
- Le port d'une sur-blouse, d'un masque, de lunettes lors de manipulations qui exposent à des projections (accompagnement de clients ayant une diarrhée, des vomissements, une toux avec expectoration etc)
- L'interdiction du ré-capuchonnage des aiguilles usagées qui doivent être mises immédiatement après leur utilisation dans une boîte hermétique, imperforable pour être incinérées
- Le transport des prélèvements dans un sac ou un récipient clos et le port systématique de gants pour les recevoir
- Le nettoyage correct puis la désinfection des surfaces (sol, paillasse), des instruments et du matériel médical avec des produits chimiques appropriés et efficaces tels que l'eau de Javel diluée pour les surfaces.

2-3 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Elle nécessite une mobilisation et une sensibilisation de la communauté sur les risques de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant. Les femmes séropositives doivent être dotées de moyens nécessaires pour la planification familiale afin d'éviter les grossesses non désirées. Pour celles qui sont déjà enceintes, des schémas chimioprophylactiques utilisant les ARV existent à l'heure actuelle pour réduire de manière significative la transmission pré et intrapartum du VIH de la mère à son bébé. Au Burundi, des interventions de prévention de la transmission mère-enfant sont menées actuellement à Bujumbura depuis 2000. L'extension se fera vers 11 autres sites en 2004 : Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi, Hôpital Prince Régent Charles, Centre hospitalier Universitaire de Kamenge, Hôpital de Gitega, Hôpital d'Ijenda, Hôpital de Bubanza, Centre de Santé Bubanza, Hôpital de Rumonge, Centre de Santé Rumonge, Hôpital de Kayanza et le Centre de Santé Kayanza.

Pour ce qui est de l'alimentation du nourrisson, le choix est donné à la mère d'opter entre l'allaitement maternel exclusif pendant 4 à 6 mois et l'allaitement artificiel exclusif en tenant compte du contexte familial, culturel, des conditions d'hygiène et des moyens financiers de la future maman.

3. Les modes de transmission impossibles

3-1 Les contacts sociaux ordinaires

- Vivre sous le même toit, être ensemble dans le taxi, au travail, au marché, à l'école, jouer ensemble, etc.
- Serrer la main, étreindre, embrasser sur la joue, etc.

3-2 L'usage en commun des commodités

- L'eau du bain
- Les piscines
- La vaisselle et les couverts
- Les outils de travail
- Les sièges de toilettes

3-3 Les piqûres d'insectes

Les piqûres de moustiques et des autres insectes ne transmettent pas le VIH, car le VIH est un virus qui ne peut pas se multiplier seul. Il a besoin de certaines cellules du sang (CD4) pour se multiplier, et nous savons que les insectes n'ont pas de sang.

Séance 4 : Les facteurs de risque et les comportements à haut risque vis-à-vis du VIH

1. Les facteurs de risques

1-1 Facteurs liés à la sexualité et aux modes de vie

- La population jeune par son importance et son ignorance
- Les mouvements des populations (voyages, déplacements, migrations, etc.)
- La déscolarisation qui conduit à l'oisiveté
- La prostitution (occasionnelle ou régulière)
- La précocité des rapports sexuels
- La multiplicité des partenaires sexuels
- La drogue, l'alcool
- Les violences sexuelles

1-2 Facteurs socio-économiques

- La promiscuité
- L'analphabétisme et l'ignorance
- La pauvreté
- L'oisiveté
- Les pratiques traditionnelles (lévirat : frère d'un défunt qui épouse la veuve (épouse de son frère) , sororat : sœur d'une défunte qui épouse le veuf (mari de sa sœur) , mariage précoce, etc.)

1-3 Facteurs biologiques

- L'immaturité des organes génitaux de la jeune fille
- La surface d'exposition au sperme plus grande chez la femme
- L'existence d'autres IST
- L'absence de circoncision chez l'homme

2. Les comportements à haut risque

- Avoir des relations sexuelles avec plusieurs partenaires sans préservatif
- Penser que le SIDA n'arrive qu'aux autres
- Partager les objets tranchants /perçant la peau avec d'autres personnes

Séance 5 : Le dépistage du VIH et les principales phases d'évolution de l'infection à VIH

1 La stratégie nationale de dépistage du VIH

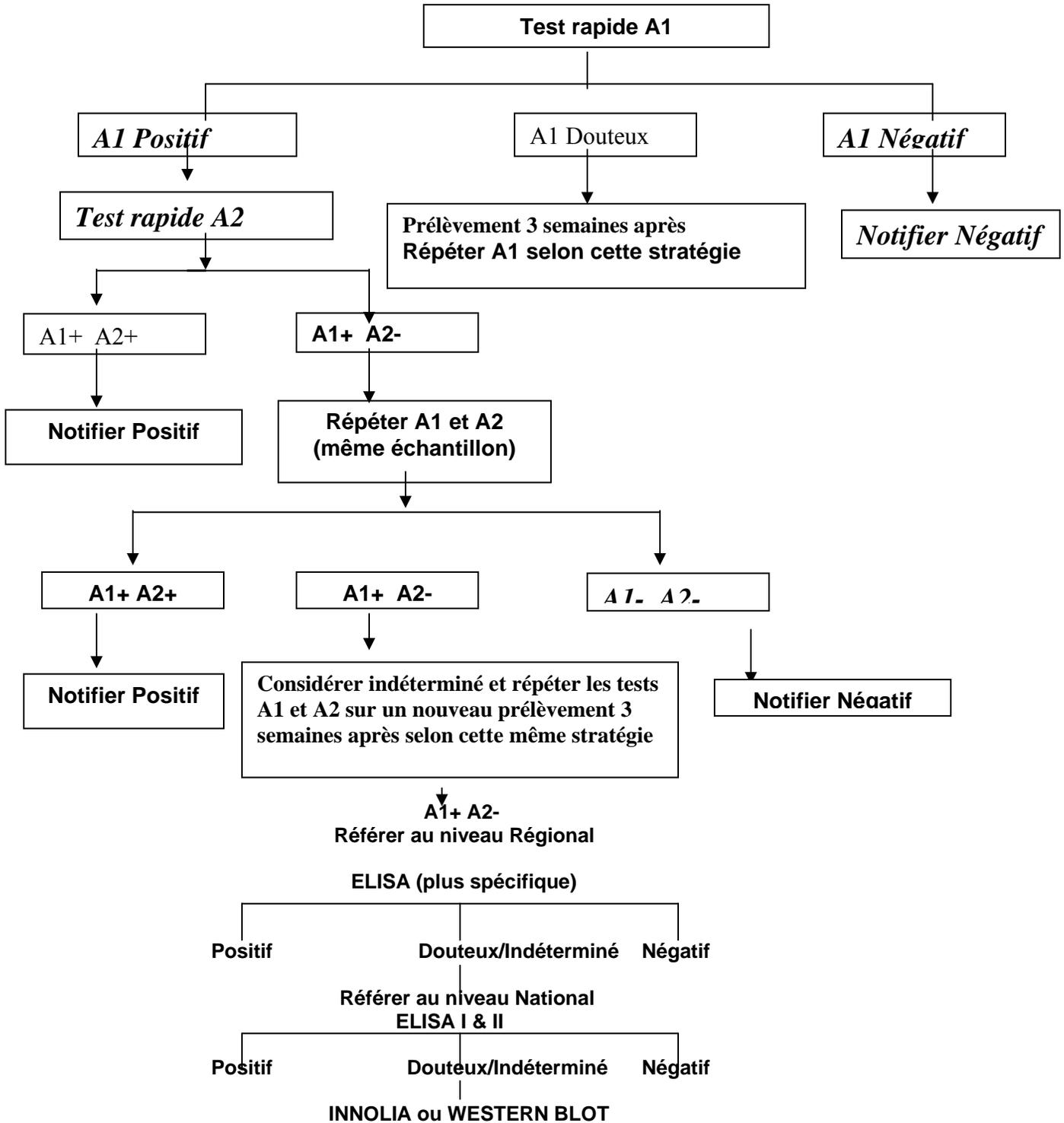
Le diagnostic biologique de l'infection à VIH repose essentiellement sur le test sérologique qui est un diagnostic indirect mettant en évidence des anticorps anti-VIH dans le sérum des individus. Les méthodes de visualisations de la réaction antigène-anticorps sont des méthodes immunologiques de type ELISA ou de tests "rapides" qui font appel à une agglutination/absorption du complexe sur une membrane, puis une coloration visible à l'œil nu. Des circonstances particulières (primo-infection récente, enfant né de mère VIH positive) nécessitent le recours à des méthodes diagnostiques directes mais celles-ci sont encore peu réalisées en pratique courante au Burundi.

Tout sérum est testé dans un premier temps par la méthode DETERMINE HIV1 /HIV2 (A1). Un résultat négatif est interprété comme non réactif et suppose un statut VIH négatif de la personne. Le résultat sera donc annoncé à la personne.

Un résultat positif par la méthode DETERMINE HIV1 /HIV2 est ensuite testé par GENIE II HIV1 /HIV2 (A2). Un résultat positif détermine un statut VIH positif de la personne. Le résultat sera donc annoncé à la personne.

En cas de discordance, un troisième test rapide devrait être pratiqué (à déterminer)/ ou on devrait acheminer l'échantillon sanguin vers le laboratoire de référence pour un troisième test.

PROTOCOLE NATIONAL DE DIAGNOSTIC DU VIH AU BURUNDI ¹³



2 Les principales phases d'évolution de l'infection à VIH.

Deux présentations sont possibles :

2.1. Les phases d'évolution

En général, on distingue 4 phases d'évolution de l'infection à VIH :

Phase 1 : Primo-infection.

Dans les semaines qui suivent l'infection, des manifestations d'allure pseudo-grippale peuvent se présenter chez 20 à 30% des personnes infectées. Les autres ne présentent rien du tout. On parle alors de « primo-infection ». A ce stade, la personne peut être testée séronégative, car les anti-corps anti VIH ne sont pas encore en quantité détectable dans son sang.

Phase 2 : Asymptomatique.

A cette phase, l'organisme des personnes commence à fabriquer des anticorps contre le VIH, et ces personnes peuvent être dépistées entre 3 semaines et 6 mois (la majorité avant 3 mois) après l'infection.

C'est une période plus longue appelée phase d'incubation, au cours de laquelle il n'y a aucune manifestation clinique. L'infection à VIH peut être mise en évidence seulement par le test de sérologie.

Phase 3 : Symptomatique.

Elle est caractérisé par l'apparition de diverses manifestations cliniques suite à la destruction progressive du système de défense de l'organisme. On observe au cours de cette période un syndrome de lymphadénopathie persistante généralisée ainsi que des signes constitutionnels inexpliqués (perte de poids, fièvre prolongée, diarrhée chronique, dermatoses généralisées etc.)

Phase 4 : SIDA-maladie

Elle se caractérise par une dégradation avancée du système immunitaire, ouvrant ainsi la voie aux infections opportunistes et aux cancers et tumeurs. Les infections opportunistes sont provoquées par des microbes qui ne sont pas habituellement pathogènes pour l'organisme humain.

***N.B :** La période d'incubation qui correspond à la période qui sépare le jour de la pénétration du virus dans l'organisme du jour de l'apparition du premier signe clinique, dure en moyenne de 6 mois à 15 ans mais le temps maximum de cette période n'est pas connu et varie d'un individu à un autre.*

2.2. Les stades d'évolution

Stade 1 de la maladie (OMS)

- Asymptomatique

Stade 2 (OMS)

- Perte de poids < 10%
- Manifestations cutané-muqueuse mineures
- Herpès zoster (Zona) dans les 5 précédentes années
- Infections des voies respiratoires supérieures récurrentes

Stade 3 (OMS)

- < 50% de la journée au lit pour faiblesse
- Perte de poids > ou = 10%
- Diarrhée chronique (> 1 mois)
- Fièvre continue ou intermittente pendant une période > ou = à 1 mois
- Candidose orale
- Candidose vulvo-vaginale pendant une période > ou = à 1 mois ou répondant mal au traitement
- Tuberculose pulmonaire dans les 12 mois précédents
- Pneumonie bactérienne sévère
- Autres infections bactériennes sévères (Myosite...)
- Leucoplasie orale ou du cuir chevelu

Stade 4 (OMS)

- > ou = 50% de la journée au lit pour faiblesse
- Wasting syndrome
- Cryptococcose extra pulmonaire
- Pneumonie à Pneumocystis carinii
- Toxoplasmose cérébrale
- Encéphalopathie, démence
- Infection à Penicillium Marneffeii
- Candidose oesophagienne, trachéale...
- Cryptosporidiose avec diarrhée de plus d'1 mois
- Isosporidiose avec diarrhée de plus d'1 mois
- Tuberculose extra pulmonaire
- Lymphome
- Infection muco-cutanée à Herpes simplex de plus d'1 mois
- Infection disséminée à mycobactéries atypiques
- Septicémie à Salmonella non-typhi
- Mycose disséminée diverse
- Sarcome de Kaposi
- Infection à Cytomégalovirus (pas hépatique ni ganglionnaire)

3. Les manifestations cliniques du SIDA

A défaut des moyens de diagnostic des infections opportunistes, l'OMS propose une définition suivante du SIDA clinique :

3-1 Chez l'adulte.

Le SIDA est défini par l'existence d'au moins de 2 signes majeurs et d'un signe mineur en l'absence de cause connue d'immunodépression.

- **Signes majeurs.**

- Perte de poids de plus de 10%
- Diarrhée chronique persistante de plus d'un mois
- Fièvre persistante au-delà d'un mois

- **Signes mineurs.**

- Toux persistante au-delà d'un mois
- Dermatite prurigineuse localisée
- Zona récidivant
- Candidose oropharyngée
- Infections herpétiques progressives et généralisées
- Lymphadénopathie généralisée (ganglions).

3-2 Chez l'enfant.

Il y a suspicion du SIDA en présence de 2 signes majeurs et au moins 2 signes mineurs en l'absence de cancer, de malnutrition sévère ou d'une autre cause reconnue d'immunodépression.

- **Signes majeurs.**

- Perte de poids ou ralentissement anormal de la croissance.
- Diarrhée persistante de plus d'un mois.
- Fièvre persistante de plus d'un mois.

- **Signes mineurs**

- Lymphadénopathie généralisée
- Candidose oropharyngée
- Infections banales à répétition (otite, pharyngite...)
- Toux persistante.
- Dermatite généralisée
- Infection par le VIH confirmée chez la mère.

N.B :

1. Parmi les enfants nés infectés c'est-à-dire avec le VIH, 20 à 50% vont faire la maladie (le SIDA) habituellement autour du 8^{ème} mois. Tous les enfants nés de mères infectées ont une sérologie positive à la naissance. 70 % deviendront séronégatifs avec le temps après avoir éliminé les anticorps de la mère. Il est donc indiqué pour les enfants nés de mères VIH positives d'attendre au moins l'âge de 15 à 18 mois avant de faire le test.
2. Le plus important à retenir dans les signes du SIDA est que : aucun signe n'est spécifique au SIDA. Les signes cités plus haut peuvent se retrouver aussi bien chez une personne non infectée par le VIH que chez une autre infectée. Les apparences physiques sont trompeuses. Alors pour dire qu'une personne est infectée, il faut un test de dépistage au laboratoire.

Les options thérapeutiques actuelles permettent de modifier de façon significative l'histoire naturelle de l'infection à VIH. Quel que soit le contexte, la prévention et une bonne gestion des infections opportunistes ont un impact bénéfique sur la progression de l'infection à VIH.

Dans notre pays où les antirétroviraux sont disponibles, leur administration aux personnes infectées par le VIH contribue à réduire la progression de l'infection, à améliorer le confort et la durée de survie.

Séance 6 : La prise en charge nutritionnelle et médicale des PVVS

Il est admis que l'état nutritionnel a un impact important sur la morbidité et la mortalité des PVVS. La perte de poids, les carences nutritionnelles et la malnutrition sont fréquemment rencontrées chez ces personnes. Au fur et à mesure de l'évolution de l'infection à VIH, apparaissent des phénomènes de rétention hydrique intra et extra-cellulaires, des malabsorptions liées à des épisodes de diarrhées, des complications oro-oesophagiennes, des phénomènes de nausées/vomissements et la fièvre qui compromettent dangereusement le statut nutritionnel. Ces malnutritions sévères qui accompagnent fréquemment le SIDA accroissent la morbidité avec un retentissement certain sur la qualité de vie des malades. La malnutrition a même été décrite comme un facteur qui peut à lui seul favoriser une réduction importante de l'immunité.

Une bonne prise en charge nutritionnelle a l'avantage de retarder le dysfonctionnement du système immunitaire, d'améliorer la qualité de vie, de restaurer le poids corporel et d'allonger significativement la durée de vie. Pour ce faire, une bonne prise en charge des PVVS nouvellement dépistées passe par une évaluation de leur état nutritionnel suivie d'un counseling nutritionnel.

1- La prise en charge nutritionnelle

Lors de l'éducation nutritionnelle, le conseiller doit aborder les sujets suivants :

- Le maintien du poids corporel
- L'hygiène nutritionnelle (aliments propres et bien cuits)
- Les apports en suppléments nutritionnels (vitamines, sels minéraux, protéines, calories)
- Les complications nutritionnelles et leur prise en charge

Le conseiller ne doit pas hésiter à recourir aux services d'un diététicien pour faire une bonne évaluation des besoins nutritionnels des PVVS et au développement d'un plan de prise en charge nutritionnelle adapté au besoin de chaque malade. Le conseiller doit cependant avoir à l'esprit que dans notre contexte, les réalités socio-économiques demeurent une contrainte majeure pour une bonne nutrition de la majorité des PVVS. Les problèmes nutritionnels sont par conséquent un des nombreux défis que ces personnes doivent relever quotidiennement.

2- Prise en charge médicale

2-1 La prise en charge des infections opportunistes

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont des problèmes divers et variés liés pour la plupart à l'évolution chronique de l'infection à VIH. Certains de ces problèmes peuvent être liés à la survenue d'infections opportunistes et nécessitent une prise en charge par le système de santé formel ou informel existants. Mais d'autres problèmes peuvent être d'ordre professionnel, social, éducationnel, spirituel, psychologique ou émotionnel. Par conséquent, les conseillers doivent non seulement chercher à prévenir la transmission de l'infection à VIH, mais aussi identifier les besoins de leurs clients et essayer de leur fournir le soutien le plus approprié et le plus personnalisé possible.

PRINCIPES DE BASE DE LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

Bien que les besoins en matière de prise en charge des personnes infectées changent au fur et à mesure que la maladie progresse et que les options thérapeutiques varient selon les ressources disponibles, le conseiller doit être informé des principes de base suivants :

- ✓ En zone de prévalence élevée de l'infection à VIH, de nombreuses personnes présentant des Maladies Sexuellement Transmissibles (IST) sont déjà infectées par le VIH. Aussi, reconnaître et traiter les IST dans cette communauté constitue une stratégie efficace de lutte contre la transmission de l'infection à VIH.
- ✓ Le sujet séropositif développe de nombreuses affections telles que la tuberculose pulmonaire, la pneumonie bactérienne, la salmonellose et les dermatoses.
- ✓ Les personnes vivant avec le VIH/SIDA développent de nombreuses affections qui sont curables dans les structures hospitalières habituelles par des médicaments classiques.
- ✓ Une prise en charge rapide et efficace de ces affections opportunistes permet d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et contribue à ralentir la progression de la maladie. Les personnes infectées par le VIH/SIDA doivent être vivement encouragées à se faire rapidement soigner lors de la survenue de toute infection opportuniste.
- ✓ Le conseiller doit prévoir la nécessité de soins palliatifs au cours de l'évolution de toute infection par le VIH.
- ✓ Les interventions médicamenteuses peuvent être catégorisées ainsi :
 - La prophylaxie médicamenteuse des infections opportunistes
 - Le traitement des infections opportunistes
 - Le traitement antirétroviral

Le conseiller pourrait ne pas être compétent pour traiter les maladies associées à l'infection à VIH, mais il doit être capable de savoir quand et surtout où référer chaque client en cas de nécessité pour qu'il bénéficie d'une prise en charge adéquate. Il doit pour se faire avoir une bonne connaissance des services de prise en charge formels ou informels existant dans la communauté. Le conseiller devra aussi et surtout expliquer à son client la nécessité d'une telle démarche, avoir l'adhésion de celui-ci avant de le référer.

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA recherchent généralement des informations concernant les possibilités thérapeutiques en rapport avec l'évolution de leur état de santé. Le conseiller doit pouvoir leur donner l'information la plus exacte possible en fonction de l'évolution de la science au moment de leur rencontre. Il est donc important voire indispensable que le conseiller mette régulièrement à jour ses connaissances sur la question du traitement des malades VIH/SIDA et sur les possibilités thérapeutiques disponibles dans son contexte particulier.

2-2 La prophylaxie des infections opportunistes

La prophylaxie et le traitement des infections opportunistes varient suivant les différentes régions du monde. L'accessibilité aux médicaments essentiels constitue un aspect important de ce paquet de soins des PVVS. La prévention des infections opportunistes chez les PVVS comprend des mesures pour leur éviter d'être exposés aux agents pathogènes responsables de ces infections, la chimioprophylaxie et la vaccination pour prévenir la survenue d'infections initiales ou récurrentes. La recommandation de ces mesures de prévention suppose que le conseiller connaisse la source de ces agents pathogènes dans l'environnement du client.

Demander à un client d'éviter des germes qui font partie intégrante de son environnement quotidien pourrait être irréaliste. Cependant, certaines mesures peuvent être facilement envisagées. Il peut être recommandé aux PVVIH d'éviter les contacts avec les tuberculeux, d'éviter le lait non pasteurisé ou les aliments non cuits qui pourraient favoriser des salmonelloses et/ ou la toxoplasmose cérébrale, de très mauvais pronostic vital.

PROPHYLAXIE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES : LE COTRIMOXAZOLE EST RECOMMANDE :

- ✓ **Chez tous les patients vus aux stades 2, 3 et 4 de la classification de l'OMS 1990 sur les seuls critères cliniques, c'est-à-dire les sujets symptomatiques dès les premiers signes**
- ✓ **Chez les patients au stade 1 de la même classification, c'est-à-dire les patients asymptomatiques, si le taux de CD4 est inférieur à 500/mm³**
- ✓ **Chez les patients tuberculeux**
- ✓ **Chez le grand enfant où les critères de prescription sont les mêmes que chez l'adulte**

La prise quotidienne du Cotrimoxazole est recommandée chez l'adulte en l'absence de toute contre-indication connue (allergie aux sulfamides, premier trimestre de la grossesse). Chez le nourrisson, le Cotrimoxazole suspension est recommandé.

Les infections opportunistes sont la cause immédiate de décès dans au moins 90% des cas chez les personnes ayant une immunodépression avancée. La plupart de ces infections sont dues à des germes généralement non virulents qui font partie de la flore microbienne commensale. Leur connaissance est incomplète et de nouveaux germes responsables d'infections opportunistes continuent d'être décrits.

2-3Le traitement des infections opportunistes

Bien que l'incidence et la répartition des infections opportunistes varient selon les régions, les infections opportunistes suivantes sont fréquemment rencontrées au Burundi : la tuberculose, la bactériémie à salmonelles non typhiques, la candidose, , les infections virales : herpès génital et zona, la pneumocystose, le prurigo etc...

Les infections opportunistes d'étiologie bactérienne ou parasitaire peuvent être traitées avec plus ou moins de succès selon la rapidité de la prise en charge thérapeutique. Chez le patient immunodéprimé, la manifestation clinique des infections opportunistes est très souvent atypique, se présentant sous forme disséminée et la présence concomitante de deux ou plusieurs affections n'est pas rare. La disponibilité de médicaments essentiels est un facteur important de prise en charge de ces infections opportunistes.

3- La thérapie antirétrovirale et vaccin anti VIH

3-1 Le traitement antirétroviral

Depuis la découverte du VIH, d'importants efforts ont été déployés pour trouver des thérapies empêchant la réplication virale. Ces dix dernières années, les antirétroviraux (ARV) sont devenues de puissantes armes de lutte contre le VIH en inhibant sa réplication. Malheureusement ces médicaments sont incapables d'éliminer le virus de l'organisme. Les ARV sont de deux groupes : les inhibiteurs de la reverse transcriptase et les inhibiteurs de la protéase. Les inhibiteurs de la reverse transcriptase représentent la première classe d'ARV qui ont démontré une activité chez les patients infectés par le VIH. Ce groupe comporte deux sous-groupes qui sont les analogues nucléosidiques (Zidovudine ou AZT, Didanosine ou ddI, Zalcitabine ou ddC, etc.) et les inhibiteurs non nucléosidiques (Névirapine, Delavirdine, etc.).

Bien qu'ayant suscité de grands espoirs à son introduction sur le marché aux Etats-Unis en 1987, l'AZT a rapidement montré ses limites dues essentiellement au développement de résistances. Des études récentes ont mis en évidence un plus grand bénéfice des ARV en terme de destruction virale et d'allongement de la durée de vie des PVVIH lors d'associations de deux (bi thérapie) ou trois (tri thérapie) ARV. Combinés, ces médicaments sont capables d'inhiber la réplication virale et de réduire la charge virale à un seuil indétectable. Leur coût élevé les rend actuellement inaccessible pour la grande majorité des malades des pays en voie de développement.

La découverte et l'introduction d'antiprotéases dans les protocoles thérapeutiques ont considérablement réduit la morbidité et la mortalité liées au VIH. La tri thérapie a permis une réduction drastique du taux de mortalité par le VIH/SIDA et une chute importante du nombre d'hospitalisations liées au VIH/SIDA. En réponse à ce succès relatif, les discussions actuelles envisagent la combinaison de quatre, voire plus d'ARV dans l'optique d'une forte réduction de la mortalité et de la morbidité par le VIH/SIDA. Des études sont en cours pour éclairer la communauté scientifique sur l'efficacité et les effets secondaires de ces nouvelles stratégies et les résistances qu'elles pourraient entraîner.

Une bonne thérapie antirétrovirale doit obligatoirement être envisagée de concert avec le patient. Les modalités de la prescription seront envisagées après évaluation d'un certain nombre de conditions préalables : l'approvisionnement régulier en ARV (disponibilité), l'engagement sûr du patient et sa capacité financière. Les indications du traitement antirétroviral repose essentiellement sur le risque d'évolution de la maladie mesuré à la fois par des critères cliniques et biologiques. Les patients doivent être informés sur l'existence d'effets secondaires qui peuvent être dissuasifs, l'éventualité d'un échec de la thérapie antirétrovirale, la diminution de la qualité de vie due aux effets secondaires des ARV et au nombre de prises quotidiennes des ARV, la durée d'efficacité des traitements actuels qui est encore inconnue.

Cependant, un certain nombre de bénéfices potentiels existent et militent en faveur d'un traitement le plus précoce possible, par les ARV :

- La réduction de la charge virale
- La prévention du déficit immunitaire et de la survenue des infections opportunistes
- La prolongation de la phase asymptomatique et donc de l'espérance de vie
- Le risque diminué de sélection de virus résistants
- Le risque diminué de toxicité médicamenteuse (l'immunodéprimé étant plus susceptible de présenter des effets secondaires)

3.2.Schémas simplifiés de traitement par les ARV au Burundi

A.Critères de mise sous traitement ARV

- **Chez l'adulte** : Patients VIH positif plus au moins un des critères suivants :
 - Classé stade III ou IV classification OMS (quelque soit le taux de CD4 et CV)
 - Classé stade II OMS avec un des critères suivants
 - lymphocytes totaux < 1.200
 - CD4 < 200
- **Chez l'enfant** : Enfant VIH positif plus au moins un des critères suivants :
 - Classé stade III classification OMS (SIDA)
 - Classé stade I ou II OMS et pourcentage de CD4 < 15%

B. Schéma de 1^{ère} ligne chez l'adolescent et l'adulte

1°. Choix de trithérapie : Stavudine/lamivudine/névirapine (d4T/3TC/NVP) (Triomune')

- **Présentation et posologie**
 - Présentation :
 - Comprimé : d4T(30mg) / 3TC(150mg) / NVP(200mg)
 - Comprimé : d4T(40mg) / 3TC(150mg) / NVP(200mg)
 - Posologie :
 - Chez l'adulte : 1 comprimé matin et soir avec 30 mg de d4T si moins de 60 kg et avec 40 mg de d4T si plus de 60 kg
 - Chez l'adolescent : entre 30-60 kg : 1 comprimé matin et soir avec 30 mg de d4T

2°. Traitement alternatif de 1^{ère} ligne en cas d'association à la tuberculose :

- AZT + 3TC + EFZ
- D4T+3TC+EFZ

3°. Traitement alternatif de 1^{ère} ligne en cas d'intolérance grave aux médicaments

Réactions secondaires	responsable	nouveau traitement
• Neuropathie périphérique sévère	d4T	AZT/3TC/NVP
• Atteinte hépatique	NVP	d4T/3TC/EFZ
• Réaction cutanée sévère	NVP	d4T/3TC/EFZ

C. Schémas de 2^{ème} ligne :

1°. Critères de changement pour la 2^{ème} ligne

- En cas d'échec au traitement

2°. Schémas de 2^{ème} ligne :

- Quand le traitement de 1^{ère} ligne est d4T + 3T + NVP, la seconde ligne est :Tenofovir (TDF) ou Abacavir (ABC)/ddl/NFV
- Quand le traitement de 1^{ère} ligne est AZT + 3TC + EFZ, la seconde ligne est :TDF ou ABC/ddl/ NFV)

La thérapie antirétrovirale n'est malheureusement pas la panacée. Son efficacité dépend d'une bonne adhésion du malade au traitement, de sa parfaite discipline et d'une bonne connaissance des médicaments par les professionnels de la santé pour que sa manipulation soit correcte.

Pour être efficace, certains ARV nécessitent d'être conservés au frais.

Le médecin doit prendre un moment pour expliquer au patient l'intérêt et les limites du traitement par ARV. Un certain nombre d'informations doivent être données, entre autre que :

- Les médicaments ne guérissent pas la maladie et doivent être pris pendant toute la vie
- Les patients restent infectés et doivent continuer à avoir des rapports sexuels protégés
- Prendre les médicaments auprès du personnel de santé certifiés
- Prendre les médicaments conformément à la prescription
- Ne pas partager la dose reçue avec d'autres personnes (parents, amis, ...)
- En cas d'effets secondaires, voir le médecin, si effets graves, arrêter les médicaments
- Si des médicaments ARV se trouvent au marché, le signaler à l'équipe de la prise en charge
- En cas de décès ou de non-utilisation, les médicaments doivent être retournés.
- Les modalités de leurs prises (doses, horaires)
- Les effets secondaires
- Les interactions médicamenteuses possibles
- L'importance et les horaires d'une bonne alimentation

SITES DE TRAITEMENT ARV AU BURUNDI

PROVINCES	SITE DE SOINS	ANNEE 2004	ANNEE 2005
Bubanza	Hôpital de Bubanza		X
Bujumbura Rural	Hôpital Rwibaga		X
Bujumbura Mairie	ANSS	X	X
	SWAA	X	X
	CHUK	X	X
	HMK	X	X
	HPRC	X	X
	APECOS	X	X
	Nouvelle Espérance	X	X
	ADRA	X	X
	POLYCEB	X	X
	Maison Médicale	X	X
	CPLR		X
	SOS	X	X
Bururi	Hôpital Bururi	X	X
Cankuzo	Hôpital Cankuzo		X
Cibitoke	Hôpital Cibitoke		X
Gitega	ANSS		X
	SWAA	X	X
	Hôpital de Gitega	X	X
Karuzi	Hôpital de Buhiga		X
Kayanza	SWAA	X	X
	Hôpital Kayanza		X
Kirundo	ANSS	X	X
	Hôpital Kirundo		X
Makamba	Hôpital Makamba		X
Muramvya	Hôpital Muramvya		X
Muyinga	Hôpital de Muyinga		X
Mwaro	Hôpital de Kibumbu		X
Ngozi	SWAA	X	X
	Hôpital de Ngozi	X	X
Rutana	Hôpital de Rutana		X
Ruyigi	Hôpital de Ruyigi		X

3.2- Le vaccin

La découverte d'un vaccin sans danger, efficace et financièrement accessible est le but à long terme visé par la communauté scientifique. Bien que de nombreux vaccins soient actuellement à l'essai, la mise à la disposition de la population d'un vaccin efficace pourrait prendre encore plusieurs années. La grande variabilité virale (types, groupes, sous-types), la difficulté de reconnaissance et de fixation des antigènes viraux, la lenteur d'apparition d'une immunité protectrice sont autant d'obstacles auxquels se heurte la mise au point d'un vaccin anti-VIH efficace et opérationnel.

REMARQUE GENERALE

Les clients doivent être les bienvenus au centre de dépistage s'ils manifestent le désir de recevoir d'autres séances de counseling post-test. Par exemple pour renforcer leur plan de réduction de risque, exprimer leurs sentiments, leurs problèmes sociaux etc. Il faut donc rappeler aux clients que les services de counseling leur restent disponibles et les référer auprès des ressources communautaires disponibles.

Séance 7 : La relation entre le VIH/SIDA et les autres infections : IST et Tuberculose

1. Relation avec les autres IST

- Les modes de transmission et les facteurs de risque sont les mêmes que pour le VIH : transmission sexuelle, transmission sanguine et transmission mère-enfant. Les moyens de prévention sont par conséquent identiques.
- La modification des manifestations cliniques et la réponse thérapeutique de certaines IST en rapport avec le VIH.
- Les IST (surtout ulcéraives) augmentent le risque de contracter une infection à VIH à cause de la rupture de la barrière épithéliale. Une prise en charge correcte des IST contribue efficacement au contrôle de la transmission de l'infection à VIH.
- Le VIH et les autres IST du fait de leur mode de transmission semblable comportent les mêmes facteurs de risque c'est-à-dire les facteurs liés à la sexualité et au mode de vie, socio-économiques et biologiques. Aussi, des mesures de prévention efficaces contre les IST auront un impact positif sur la réduction de la transmission du VIH.

2. Relation avec la tuberculose

- L'incidence du VIH/SIDA sur la tuberculose a été démontrée par des études. En effet, avec l'épidémie du VIH, le monde a vu une recrudescence de la Tuberculose. La défaillance immunitaire causée par l'infection à VIH fait que les PVVS courent 2 fois le risque de développer la tuberculose que les autres.
- Des études ont également montré que près de 50% des patients tuberculeux sont VIH positifs. Tuberculose et VIH forment un couple maudit.

CHAPITRE II : LES IST AUTRES QUE LE VIH

Séance 1 : Définition, épidémiologie et modes de transmission

1. Définition

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sont des maladies dont la transmission se fait d'une personne porteuse de microbes pathogènes à une personne saine lors de rapports sexuels non protégés (sans utilisation de condom). Toutefois, ces maladies peuvent se transmettre par d'autres voies en dehors de la voie sexuelle (cas de la syphilis). Les IST sont causées par différents micro-organismes/microbes (bactéries, virus, protozoaires).

Certaines IST peuvent être traitées, d'autres non.

2. Epidémiologie

Les IST sont des infections très fréquentes et mondialement répandues. L'OMS estime que l'on rencontre chaque année 333 millions de nouveaux cas de IST guérissables. Les plus fréquentes sont la gonococcie (62 millions), les infections à chlamydia (89 millions), la syphilis (12 millions) et la trichomonase (170 millions). Les IST comptent parmi les cinq raisons les plus fréquentes pour lesquelles les adultes cherchent à se faire soigner.

Au Burundi, la prévalence des IST classiques reste peu documentée. Très peu de cas d'IST sont enregistrés dans les hôpitaux. En 2002, les cas rapportés sont respectivement de 2.313 et 17.170 pour la syphilis symptomatique et les infections gonococciques. Il est important de noter que très peu de centres de santé ont la capacité de poser le diagnostic précis d'infection gonococcique et de syphilis symptomatique. Le diagnostic n'est que présomptif.

En réalité tous les écoulements urétraux ou vaginaux sont pris pour une infection gonococcique et les ulcérations génitales sont notifiées comme étant des cas de syphilis symptomatiques.

Il existe une sous notification très importante des cas d'IST due au fait que de nombreuses institutions sanitaires ne transmettent pas leurs données.

Le diagnostic précoce et le traitement des IST n'ont pas connu le succès escompté. L'adoption de l'approche syndromique n'a pas été effective faute de formation des personnes concernées et du fait de la non disponibilité des médicaments nécessaires.

3. Modes de transmission

Les IST se transmettent au cours des rapports sexuels dans 90% des cas. Cette transmission peut se faire au cours de rapports homo ou hétérosexuels.

Les autres modes de transmission sont :

- La transmission de la mère à l'enfant : pendant la grossesse (Syphilis), à l'accouchement (Gonococcie, Chlamydiase).
- La transmission sanguine : transfusions de sang ou autres contacts avec le sang ou des produits sanguins contaminés (syphilis).

Séance 2 : Manifestations cliniques et approche syndromique

1. Manifestations cliniques

Bien que les IST soient très nombreuses, leurs manifestations peuvent être regroupées en syndromes. Un "syndrome" est l'ensemble de symptômes et de signes qui permettent d'identifier une entité clinique (dans le cas des IST l'agent ou le groupe d'agents pathogènes responsables de l'infection). Cette procédure d'identification permet de traiter les IST, dont certaines sont guérissables, sans avoir recours aux examens de laboratoire (souvent impossibles en périphérie) pour poser le diagnostic.

Bien qu'il existe plus d'une vingtaine de types de micro-organismes pouvant se propager par voie sexuelle, les différentes IST ont tendance à produire des symptômes et des signes similaires et peuvent être alors regroupées en syndromes. Le tableau ci-dessous présente les syndromes les plus courants et les IST qui les causent.

2. Tableau de l'approche syndromique des IST

SYNDROME	SYMPTOMES	SIGNES	CAUSES LES PLUS COURANTES
Ecoulement urétral	- Ecoulement urétral Dysurie Mictions fréquentes	- Ecoulement urétral	- Gonocoque - Chlamydia
Ulcérations génitales	- Lésions génitales	-Ulcères génitaux -Ganglions inguinaux hypertrophiés	- Syphilis - Chancre mou - Herpès génital
Bubon inguinal	- Ganglions inguinaux hypertrophiés et douloureux	-Tuméfaction ganglionnaire -Fluctuation -Abscesses ou fistules -	Chancre mou Lymphogranulome vénérien
Tuméfaction du scrotum	Tuméfaction et douleur au scrotum	Tuméfaction du scrotum	Gonocoque Chlamydia
Ecoulement vaginal	-Ecoulement vaginal -Démangeaisons vaginales -Douleurs lors de la miction -Douleurs lors des rapports sexuels	Ecoulement vaginal	VAGINITES Trichomonas Candidose CERVICITE Gonocoque Chlamydia
Douleurs abdominales basses	-Douleurs abdominales basses -Douleurs lors des rapports sexuels	-Ecoulement vaginal -Sensibilité abdominale basse au palper -Température > 38	Gonocoque Chlamydia Infections mixtes aérobie et anaérobie
Conjonctivite néonatale	-Paupières enflées -Ecoulements -Le bébé ne peut pas ouvrir les yeux	-Oedème des paupières -Ecoulements purulents	Gonocoque Chlamydia

Séance 3 : Complications et conséquences

1 Les complications

1-1 Chez l'homme.

- Epididymite : En l'absence de traitement, 10% à 30% des patients souffrant d'une urétrite gonococcique développent une épидидymite qui rend 20% à 40% de ces hommes stériles.

- Prostatite
- Rétrécissement de l'urètre
- Stérilité (20% à 40 % si gonococcie)

Les causes majeures des complications chez l'homme sont la gonococcie et l'infection à Chlamydia.

1-2 Chez la femme.

- Syndrome Inflammatoire Pelvien (SIP) : Ce syndrome est principalement causé par des infections de la sphère génitale basse, qui gagnent l'utérus, les trompes, les ovaires et le pelvis. Les séquelles de ce syndrome sont une cause importante de morbidité et de mortalité chez les femmes.

La gonococcie et l'infection à Chlamydia sont les principales causes de cette inflammation. Il faut aussi se rappeler que le chlamydia ne peut pas être diagnostiqué par un laboratoire périphérique.

- Stérilité : C'est une des complications les plus fréquentes et les plus dévastatrices des IST chez les femmes. La stérilité est causée par des lésions cicatricielles des trompes dont la plupart sont dues à la gonorrhée, la chlamydiae et probablement une vaginose bactérienne propagée à la sphère génitale haute entraînant le SIP. En l'absence de traitement, il est reconnu qu'entre 55% et 85% des femmes souffrant de maladies pelviennes peuvent devenir stériles.

S'agissant de la stérilité et l'inflammation pelvienne, l'OMS rapporte une relation importante entre ces deux complications des IST. Dans une étude effectuée au Zimbabwe, 84 % de 135 femmes stériles suite à une inflammation des trompes de Fallope avaient eu une histoire de l'infection pelvienne.

- Grossesse ectopique : Cette complication qui peut s'avérer fatale est également associée à un SIP contracté dans le passé. La conséquence en est une grossesse ectopique qui se produit quand il y a une obstruction partielle des trompes de Fallope. *Population Reports* (1995) rapporte que, dans les pays en développement, la grossesse ectopique est responsable de 1% à 5% du nombre total de la mortalité maternelle.

- Cancer du col : le cancer du col constitue le cancer génital le plus fréquent chez les femmes des pays en voie de développement.

- Conséquences néfastes durant la grossesse : les conséquences des IST sur la grossesse comprennent l'avortement, la mort in utero, et le faible poids à la naissance, par prématurité ou retard de croissance dans l'utérus.

Chez les hommes et les femmes, la complication la plus redoutable des IST est la stérilité.

1-3 Chez l'enfant.

- Syphilis congénitale: dans 40 % des cas, la syphilis entraîne des accouchements prématurés, des avortements et la mort périnatale.
- Conjonctivite néonatale surtout en cas de gonococcie ou de Chlamydia avec comme conséquence la cécité. A défaut de traitement préventif, entre 20% et 50% des enfants exposés à la gonorrhée au cours de l'accouchement développent une ophtalmie néonatale.
- Septicémie
- Infections pulmonaires (surtout due à chlamydia trachomatis)

2 Les Conséquences

Le fardeau social et économique des IST est énorme. D'une part, en raison des coûts directs engendrés par les traitements et d'autre part, en raison de la baisse de productivité due aux congés maladie, aux incapacités de travail et aux décès prématurés de personnes touchées par les IST. Des conflits familiaux peuvent surgir à cause des IST.

Séance 4 : Prise en charge des IST autres que le VIH

La prise en charge d'un patient porteur d'IST doit comporter obligatoirement :

- Le traitement précoce (au premier contact)
- Des conseils et une éducation du patient pour un changement de comportement
- Le traitement de tous les partenaires (sujets contacts) pour rompre la chaîne de transmission

Cependant, il est à noter que la prise en charge des IST est un véritable défi. Nous évoquerons ici quatre des nombreux problèmes qui se posent :

- **Il est difficile de changer de comportement sexuel :** Tout changement de comportement est difficile. La connaissance d'un fait n'entraîne pas toujours un changement de comportement. La difficulté que pose la lutte contre les IST vient de ce que les pratiques sexuelles sont enracinées dans la vie quotidienne et la culture des gens.
- **Il est embarrassant de discuter de la sexualité :** Les gens n'osent pas toujours demander l'information dont ils ont besoin, ils sont lents à chercher à se faire soigner et hésitent à en parler avec leurs partenaires. Parler de la sexualité met souvent mal à l'aise et le sujet est souvent tabou. Souvent les gens se sentent honteux s'ils ont ou pensent avoir une IST.
- **Un grand nombre de porteurs des IST ne présentent aucun symptôme :** Les personnes porteuses d'une IST mais qui ne présentent aucun symptôme peuvent propager la maladie sans même savoir qu'elles sont atteintes. C'est le cas le plus souvent des femmes.
- **Les traitements ne sont pas toujours** simples et efficaces, il faut mentionner la résistance aux antibiotiques de certaines bactéries comme celles qui causent la gonorrhée et le chancre mou.

Pour réduire la propagation des IST, il faut des stratégies réalisables, efficaces et accessibles, notamment :

- Le diagnostic et le traitement précoce des IST afin d'en réduire la transmission et les conséquences
- L'éducation du patient et du grand public sur les dangers liés aux rapports sexuels non protégés.
- L'usage du préservatif
- La limitation du nombre de partenaires sexuels,
- Le traitement et l'éducation des partenaires sexuels des gens atteints des IST,
- La prise pour cible des groupes vulnérables comme les prostituées.

MODULE II
LES TECHNIQUES DE COMMUNICATION

CONTENU DU MODULE

Chapitre I : La communication

Séance 1 : Définition des concepts

Séance 2 : Processus de la communication

Séance 3 : Principes et techniques de base de la communication interpersonnelle

Séance 4 : Counseling selon la méthode BERGER

Chapitre II : Le processus de changement de comportement

Séance 1 : changement de comportement

Séance 2 : Démarche de résolution de problèmes

CHAPITRE I : LA COMMUNICATION

Le plus important dans la pratique du counseling en matière de VIH/SIDA est la communication et la relation entre conseiller et client.

Séance 1 : Définition des concepts

1- La communication

La communication est un processus continu et irréversible. Tout processus de communication implique la mise en scène d'au moins deux interlocuteurs. Ces individus échangent une information, un message par le truchement d'un canal. Pour que la communication soit efficace, c'est-à-dire pour que les interlocuteurs arrivent à une compréhension commune du sujet, certaines conditions sont nécessaires; ils doivent :

- ◆ posséder un code commun, c'est-à-dire avoir une interprétation commune des mots et des gestes
- ◆ se référer aux mêmes éléments contextuels (espace, temps, objet)
- ◆ respecter les mêmes conventions
- ◆ veiller constamment à la compréhension mutuelle par le feed-back et prendre les dispositions nécessaires pour la garantir.

L'individu en situation de communication réagit en fonction de ses connaissances, de ses valeurs et de ses expériences antérieures. La communication est donc une activité sociale. Elle ne survient jamais dans un vide mais à l'intérieur d'un contexte psycho-socio-culturel donné.

2- La communication interpersonnelle

La communication interpersonnelle est le face à face ou le tête-à-tête qui permet de transmettre des informations et la compréhension entre les individus.

La communication en tête-à-tête se fait sous deux formes : verbale et non verbale. Elle est à la fois consciente et inconsciente, intentionnelle et involontaire.

- **La communication verbale**

- Se rapporte aux mots et à leurs significations,
- Commence et finit le message
- Est en grande partie consciente et contrôlée par l'individu qui parle

- **La communication non verbale**

- Se rapporte aux actions, aux gestes, aux comportements et aux expressions du visage qui expriment, sans parler ce que nous ressentons
- Est complexe et en grande partie inconsciente
- Révèle souvent à l'observateur les sentiments réels ou le message transmis

L'attitude corporelle, le regard, l'apparence physique, de même que l'espace ou les matériels utilisés, peuvent communiquer ensemble un message non verbal.

En général, la communication verbale et non verbale vont de pair pour transmettre et renforcer un message.

Séance 2 : Processus de la communication : obstacles et barrières

1- Eléments du processus de communication

- **Emetteur** : c'est celui qui envoie le message
- **Récepteur** : c'est celui qui reçoit le message
- **Canal** : c'est le moyen par lequel le message est envoyé
- **Feed-back** : c'est le moyen par lequel on s'assure que le message a été reçu
- **Message** : c'est l'information fournie

2- Barrières / obstacles

On désigne par **barrière**, tout ce qui empêche le message d'arriver à destination ou tout ce qui le déforme. Les barrières peuvent se situer au niveau de l'un des éléments de la communication ; il faut les connaître pour pouvoir les identifier, les éliminer et faciliter ainsi l'acheminement du message.

- **La barrière sémantique**

Elle est liée à la signification des mots. Le conseiller doit savoir qu'un même mot peut avoir des significations différentes selon le niveau d'instruction de son client, son origine géographique, son appartenance socio-économique.

Pour cette raison, le conseiller devra adapter son langage et s'assurer que les mots clés utilisés sont bien compris par son client et surtout ont la même signification pour l'un et l'autre.

- **La barrière physique**

Elle est constituée par les contraintes externes au niveau de l'environnement, exemple : le bruit, la distance qui sépare le conseiller du client etc.

- **La barrière physiologique**

C'est un obstacle situé au niveau de la personne elle-même : exemple : personne sourde, aveugle, muette etc.

- **La barrière psychologique**

C'est la non-disposition de la personne à écouter ou non le message, à participer ou non à la conversation. Cela peut être du à la faim, la fatigue, le stress, un discours trop long, l'inconfort de la pièce, la surestimation de soi ou les préjugés peuvent également agir sur la disposition à écouter.

- **L'absence de feed-back**

Le conseiller doit vérifier l'effet de son message sur son client en lui posant par exemple des questions, pour s'assurer que la communication est effective.

Séance 3 : Principes et techniques de base de la communication interpersonnelle

1- Principes de base

- Bien accueillir le client, dire bonjour, l'inviter à s'asseoir, se présenter, prendre connaissance
- Mettre le client à l'aise
- Poser des questions ouvertes qui facilitent le dialogue et permettent d'avoir beaucoup plus d'informations
- Ecouter avec beaucoup d'attention, encourager le client à parler par des mots, des gestes...
- Utiliser un langage clair pour fournir les informations/explications au client, se servir d'exemples pour faciliter la compréhension
- Encourager les clients à poser des questions
- Répéter les informations fournies, les reprendre avec d'autres mots (reformuler), utiliser d'autres exemples pour s'assurer que le client a compris
- Demander au client de répéter les informations les plus importantes.

2- Techniques

Le conseiller doit souvent traiter des questions sensibles. Pour cela, il doit savoir maîtriser les techniques d'écoute et les techniques d'expression.

2-1 Les techniques d'écoute

Le conseiller doit être capable d'écouter son client et de l'aider à s'exprimer. Il peut utiliser les techniques d'écoute suivantes :

- **Maintenir le contact visuel**

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

- **Etre attentif**

Le conseiller doit montrer par le langage du corps (les gestes, l'expression du visage, la distance etc.) qu'il écoute et comprend ce que dit son interlocuteur.

- **Encourager**

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

- **Paraphraser**

Le conseiller doit reformuler les points importants du discours du client. Cela lui permet de savoir s'il a bien compris les propos du client et de refléter les faits décrits par le client et ses sentiments. Le renvoi du discours permet au client de sentir que le conseiller est attentif. Il permet également au client de corriger les éventuelles incompréhensions du conseiller.

- **Résumer**

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

2-2 Les techniques d'expression

Au cours du counseling le conseiller doit s'exprimer pour être compris, identifier les besoins du client et fournir des informations adéquates. Pour cela, il peut utiliser les techniques suivantes :

- **Se mettre au même niveau de langage que le client**

Il peut arriver que le conseiller ait un niveau de langage différent de celui de son client. Le conseiller doit combler ce déséquilibre en se mettant au niveau du client. Il peut arriver que le conseiller ait le niveau d'instruction plus élevé que son client ; il doit alors adapter son langage et utiliser des mots à la portée du client.

- **Utiliser des expressions précises**

Au cours de l'entretien le conseiller doit utiliser des expressions adaptées aux besoins du client.

Pour connaître les sentiments du client, il peut par exemple utiliser les termes suivants : « *je sais que ce n'est pas facile de traiter ...* »
« *je comprends comment vous vous sentez...* »

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

- « quelle est la chose la plus grave qui peut vous arriver ? »*
- « si nous devons discuter d'une seule chose aujourd'hui, qu'est-ce qui importe le plus ? »*

Pour généraliser, il utilisera la forme impersonnelle :

- « En général les gens se sentent mal à l'aise et coupables quand on leur parle du VIH/SIDA. »*
- « Certaines personnes parmi mes clients veulent parler de comment rester en bonne santé et savoir où elles peuvent trouver de l'aide... »*

Pour offrir des options, il dira par exemple :

- « Certaines personnes décident d'observer l'abstinence sexuelle, d'autres choisissent de rester fidèle à un seul partenaire. Il y en a qui préfèrent utiliser des préservatifs et d'autres qui n'en utilisent jamais. Pour éviter d'être infecté ou réinfecté par le VIH vous devez décider de ce qui vous convient le mieux parmi ces différentes options. »*
- « Je suis convaincu que vous saurez faire le bon choix. »*

- **Poser des questions ouvertes**

L'utilisation de questions ouvertes permet au client d'être expressif et aide le conseiller à identifier les besoins et les priorités du client. Cela lui permet de développer une interaction positive et de répondre au client.

Les questions suivantes peuvent être proposées :

- Que savez-vous de l'infection à VIH ?
- Quand avez-vous eu un rapport sexuel non protégé ?
- Que pensez-vous de l'utilisation des préservatifs ?
- Quelle raison vous amène aujourd'hui ?

De manière générale, il faut éviter les questions commençant par « pourquoi » afin de ne pas mettre le client sur la défensive. On peut toutefois demander « pourquoi ? » pour faire préciser certaines réponses.

- **Motiver**

Il s'agit d'expliquer les avantages des efforts à faire surtout en ce qui concerne les changements de comportement. Le conseiller peut utiliser des expressions telles que :

- Cela signifie que...
- C'est-à-dire que...

Séance 4 : Counseling selon la méthode BER CER

La démarche du counseling s'apparente à celle des consultations enseignées dans le cadre de la planification familiale selon l'approche **BER CER** :

1. **Bienvenue**
2. **Entretien**
3. **Renseignements**
4. **Choix**
5. **Explications**
6. **Retour**

COMMENT MENER UNE SEANCE DE COUNSELING VIH SELON LA METHODE BER CER ?

- **Bienvenue** : accueillir le client et le mettre à l'aise
- **Entretien** : permettre au client de s'exprimer
- **Renseignements** : informer le client sur le VIH/SIDA
- **Choix** : adopter un plan d'action
- **Explications** : comment vivre selon son statut sérologique et appliquer son plan d'action ?
- **Retour** : prendre en charge le client

CHAPITRE II : PROCESSUS DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Séance 1 : changement de comportement : modèles et étapes

1- Eléments du changement de comportement

Malheureusement il n'est pas facile de changer les comportements des autres. Les professionnels d'IEC doivent comprendre les dynamiques du changement de comportement. Quels sont les facteurs qui motivent les gens à changer leur façon de penser et d'agir ?

- Les stimulants physiques: Basés sur l'état physique actuel, en plus de la crainte de la douleur future et le souvenir de la douleur passée.
- Les stimulants logiques: Basés sur la connaissance et la logique (si les gens ont accès à l'information, ils feront le bon choix).
- Les stimulants émotifs: Basés sur l'intensité des émotions de peur, amour ou espoir.
- Les capacités: Basées sur la capacité d'adopter et continuer un nouveau comportement.
- Les réseaux familiaux et personnels: Basés sur l'influence de la famille et des pairs.
- Les structures sociales: Basées sur l'impact des facteurs sociaux, économiques, légaux et technologiques sur la vie quotidienne d'une personne.

2. Etapes du changement de comportement

Connaissance

- Rappel des messages
- Compréhensions des messages
- Connaissances et aptitudes pour une utilisation efficace

Persuasion (Approbaton)

- Attitude favorable, réponse émotionnelle positive et approbation
- Discussion avec la famille, les amis et les travailleurs de santé
- Acceptation
- Image positive des travailleurs de santé
- Soutien du nouveau comportement

Décision (Intention)

- Intention d'aller chercher des informations et conseils supplémentaires
- Intention d'adopter un nouveau comportement

Exécution (Pratique)

- Acquisition d'information et de conseils supplémentaires
- Acquisition et utilisation du produit sanitaire
- Utilisation continue du produit

Confirmation (Plaidoyer)

- Reconnaissance des avantages de la pratique, du nouveau produit
- Intégration du nouveau comportement
- Promotion du nouveau comportement auprès des autres.

Les étapes du changement de comportement ne suivent pas un processus linéaire. On peut traverser ces étapes dans un ordre différent, ou même sauter des étapes.

Par exemple, quelqu'un peut changer son comportement à cause de la pression familiale, bien qu'il ne croit pas que c'est le meilleur choix (il manque de l'approbation). Après plusieurs mois de pratique du nouveau comportement, il est convaincu de ses avantages. Il l'approuve et continue à le pratiquer.

3. Les modèles de changement de comportement

La réduction de la transmission de l'infection à VIH dans la communauté et le maintien des clients séropositifs en bonne santé est un élément essentiel de la relation de counseling. Le conseiller doit en effet aider son client à choisir un modèle de comportement qui va dans le sens de la prévention et de l'hygiène. Il doit donc expliquer les avantages et les inconvénients des comportements liés à :

- La consommation de l'alcool
- La consommation de tabac ou de drogue
- Les activités sexuelles
- La nutrition

En matière de changement de comportement, il y a une différence entre la théorie et la pratique. En fait, il n'est pas facile d'avoir un impact sur le comportement des individus. Les clients peuvent commencer à changer de comportement mais rien ne garantit le maintien de ce changement. Le rôle du conseiller est donc de relever le défi qui consiste à aider le client à maintenir les nouveaux comportements adoptés.

Les modèles présentés ci-dessous aideront le client à évaluer sa situation et à décider d'agir en tenant compte de ses intérêts.

3-1 Le modèle d'élimination du risque

La pratique de l'abstinence sexuelle permet d'éliminer le risque d'entrer en contact avec le VIH. Le client peut décider de ne plus jamais avoir des rapports sexuels et de ne jamais partager d'objets souillés. Une femme séropositive choisira de ne pas faire d'enfant. Le risque de contracter ou de transmettre le VIH est éliminé tant que ces comportements sont maintenus.

Ce modèle garantit un succès à 100%. Néanmoins pour beaucoup de gens, il est extrêmement difficile d'observer l'abstinence sexuelle et d'éliminer complètement le risque.

3-2 Le modèle de réduction de risque

Ce modèle est le plus pratiqué car il offre aux individus la possibilité d'avoir des activités sexuelles saines. Le préservatif et la fidélité sont au centre de ce modèle. Le client peut décider d'utiliser des préservatifs au cours de ses rapports sexuels ou de rester fidèle à un seul partenaire. Pour cela, il faut maîtriser l'utilisation et les conditions de conservation du préservatif. Le client doit être informé du fait que le préservatif peut se rompre pendant les rapports sexuels. Il faut aussi que le client ne se lasse pas d'utiliser des préservatifs.

Concernant l'option de la fidélité, rien ne garantit l'adhésion du partenaire. Ce modèle n'est pas fiable à 100% mais pour un client de bonne volonté, il peut donner de bons résultats. Pour la femme séropositive qui tombe enceinte, il pourra s'agir de suivre un traitement préventif pour réduire le risque de transmission du VIH à l'enfant. Le client doit être informé du comportement à adopter en cas de violence sexuelle.

3-3 Le modèle de limitation du mal

Ce modèle consiste à éviter toutes les pratiques qui ont un impact négatif sur la santé et qui favorisent les maladies opportunistes. Le client décidera d'opter pour une vie positive sans alcool, tabac et drogue. Il peut aussi décider de maintenir des comportements qui réduisent le risque. Un client qui se drogue choisira de toujours utiliser des seringues stériles. Le conseiller aidera le client à appliquer son plan d'action et chaque comportement sain sera considéré comme une étape vers la réussite. Pour réussir ce modèle le conseiller devra identifier les comportements à risque du client, ses motivations et les comportements sains qui peuvent les remplacer. Il identifiera ensuite des stratégies pour l'aider à changer.

Ces différents modèles de changement de comportement peuvent être adaptés selon les conditions et les intérêts des clients. Le conseiller doit pouvoir s'en inspirer pour développer sa relation d'aide avec ses clients.

Séance 2 : La démarche de résolution des problèmes

- **Identification du ou des problèmes**
 - Lorsque l'on identifie les problèmes, il faudrait utiliser les volets de la CIP pour prévenir d'autres conflits de personnalité
 - Donner un feed-back constructif sans attaquer la personne
 - Ecouter attentivement
 - Identifier les problèmes à leur source pour clarifier les informations et mettre fin aux malentendus.

- **Chercher les solutions**
 - Le conseiller doit aider le client à trouver les solutions possibles aux problèmes identifiés
 - Le client devrait indiquer sa préférence face à toutes les solutions possibles

- **Evaluer les solutions**
 - Chaque solution devrait être évaluée pour voir si elle arrive à traiter le problème
 - Identifier et choisir la solution la plus efficace

MODULE III
LE DEROULEMENT DU COUNSELING VIH/SIDA

CONTENU DU MODULE

Chapitre I : Les principes de base et les concepts du counseling

Séance 1 : Introduction au counseling

Chapitre II : Les phases du counseling et les étapes du counseling

Séance 1 : Les phases du counseling

Séance 2 : Les étapes du counseling

Séance 3 : Le counseling pré-test

Séance 4 : Le counseling post-test

Chapitre III : Les situations particulières dans le counseling

Séance 1 : Counseling de la femme

Séance 2 : Counseling du couple

Séance 3 : Counseling des jeunes et des adolescents

Séance 4 : Counseling des enfants

Chapitre IV : Le suivi et la prise en charge psychologique des PVVS

Séance 1 : Le suivi et le soutien psychologique

Séance 2 : Les moments de crise dans le counseling

Séance 3 : Les réactions psychologiques

Séance 4 : Le soutien psychosocial

Séance 5 : La référence

Séance 6 : Accompagnement

Chapitre V : Epuisement du conseiller

CHAPITRE I : LES PRINCIPES DE BASE ET LES CONCEPTS DU COUNSELING

1. Définition du counseling VIH/SIDA

L'Organisation Mondiale de la Santé, OMS, définit le counseling VIH/SIDA comme «un dialogue confidentiel entre un client et un personnel prestataire de services en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/SIDA. Le counseling consiste notamment à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption de comportements préventifs ».

Le counseling est donc un avis dirigé qui devrait conduire à une prise de décision. La personne qui bénéficie du counseling est le « **client** » et le prestataire de service est appelé le « **conseiller** ». Le client est donc assisté pour se maintenir dans les meilleures conditions psychologiques, physiques et sociales.

LE COUNSELING INTERVIENT DONC POUR :

- **Aider le client à acquérir des connaissances en matière de VIH/SIDA**
- **Aider le client à prendre des décisions dans le sens de la réduction du risque de transmission du VIH/SIDA**
- **Aider le client à adopter des comportements allant dans le sens de la prévention**
- **Faciliter l'accès aux autres services de soins et de prise en charge si nécessaire**

« Le counseling en matière de VIH/SIDA est un processus qui commence dès le premier contact avec le client et se développe à travers une relation d'aide ».

Le counseling en matière de VIH/SIDA a la particularité de mener des actions de soutien et de prévention. Le conseiller doit être habile à faire l'annonce d'un résultat positif, et à gérer les réactions du client et des membres de sa famille.

La communication est au centre de la relation conseiller /client. Le conseiller doit utiliser un langage que le client comprend et être précis dans ses propos.

Le conseiller doit donc développer les qualités liées à la communication interpersonnelle (écouter, poser des questions adéquates, encourager) et être attentif aux messages non verbaux (mimique du visage, clin d'œil, etc.).

2. Buts du counseling VIH/SIDA

Le counseling VIH/SIDA a deux buts principaux :

- Fournir un soutien psychosocial aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA,
- Prévenir la transmission du VIH en encourageant le changement de comportement et en félicitant les bons comportements.

LES TACHES DU CONSEILLER :

- **Informers les clients et leurs partenaires sur le VIH/SIDA**
- **Aider le client séropositif et son entourage à surmonter les réactions liées au stress de l'annonce,**
- **Discuter des décisions à prendre selon les besoins et les conditions de vie du client,**
- **Encourager l'adoption de comportements allant dans le sens de la prévention,**
- **Référencer les clients auprès des structures de soins pour une prise en charge plus effective.**

3. A qui s'adresse le counseling VIH/SIDA ?

Le counseling du VIH/SIDA se préoccupe des individus, des couples, des familles, des groupes sociaux, etc. Il s'agit notamment :

- des personnes vivant avec le VIH (PVVS), de leur(s) partenaire(s), de leur famille, de leur(s) ami(s), etc.
- des malades du SIDA
- des clients des centres de dépistage
- des clients des centres de transfusion sanguine
- des personnes ayant des partenaires multiples
- des toxicomanes
- des organisations communautaires
- des associations de personnes vivant avec le VIH, etc.

En d'autres termes, le counseling du VIH/SIDA s'adresse aux personnes provenant des groupes plus diversifiés.

4 Qui peut faire le counseling VIH/SIDA ?

Les services de counseling s'organisent avec la participation de toutes les parties impliquées dans la lutte contre le SIDA. C'est-à-dire :

- l'équipe hospitalière
- les séropositifs
- la famille et l'entourage
- les organisations humanitaires
- les organisations communautaires
- les autorités gouvernementales
- le MSP
- Les communautés religieuses
- Le MPLS
- le CNLS

Les personnes habilitées à travailler dans les services de counseling en matière de VIH/SIDA sont donc d'origines diverses. Il s'agit notamment :

- des médecins
- des infirmiers, des techniciens de promotion de la Santé
- des sages femmes
- des assistants sociaux
- des sociologues
- des psychologues
- des bénévoles
- des responsables religieux
- des membres d'ONG nationales et internationales
- des personnes vivant avec le VIH,
- etc.

Les conseillers sont des personnes ressources indispensables dans la lutte contre le VIH/SIDA et n'ont pas pour unique prérogative de prévenir la transmission de l'infection à VIH. Ils doivent aussi et surtout aider les personnes infectées à trouver une solution spécifique, appropriée à chaque situation de détresse. Le rôle des conseillers n'est pas de traiter les maladies liées au VIH/SIDA, mais d'en connaître les manifestations les plus courantes. Ils doivent savoir quand et surtout où référer les malades pour une prise en charge médicale appropriée, par conséquent, ils doivent bénéficier d'une formation préalable.

En fonction du stade d'évolution de l'infection à VIH, la communauté doit être impliquée à travers les groupes d'auto assistance, les associations et les familles.

5. Où se fait le counseling VIH/SIDA ?

Le counseling peut se pratiquer à différents endroits, mais toujours dans un cadre intime et privé ou tout autre lieu qui garantit la confidentialité et qui rassure le client :

- l'hôpital
- le centre de dépistage
- le centre de prise en charge
- le cabinet du psychologue
- en dehors des centres de soins (centres d'écoute et associations)
- à domicile

6. De quoi le conseiller doit-il tenir compte ?

6-1 Le consentement éclairé

Le test de dépistage du VIH est volontaire et effectué après que le client ait donné son consentement éclairé. Pour obtenir le consentement éclairé du client, il faut l'informer, lui expliquer les avantages du test de dépistage et répondre à ses questions. Le client qui consent de façon éclairée à subir un test de dépistage, doit posséder les capacités physiques et psychologiques pour comprendre quels peuvent être les avantages et les inconvénients de pratiquer un test de dépistage du VIH.

6-2 La confidentialité

Le conseiller doit savoir que toute divulgation de renseignements nécessite le consentement du client. La séance de counseling est un entretien confidentiel et le conseiller doit obligatoirement veiller au respect de cette confidentialité.

6-3 Les références socioculturelles

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

- les croyances concernant le SIDA
- la disparité entre hommes et femmes
- les interprétations de la sexualité
- la monogamie, la polygamie
- les rites, les habitudes etc.

Il doit garder à l'esprit que la culture et la tradition influencent les attitudes et les idées surtout dans le domaine de la maladie et du décès. Le conseiller doit être sensible aux différences de culture et savoir reconnaître ses limites.

7. Les qualités d'un bon conseiller et les conditions de déroulement d'un bon counseling.

7-1 Les qualités d'un bon conseiller

Technicité – Communication – Disponibilité – Empathie – Modestie

Un bon conseiller est capable de :

- Avoir une bonne connaissance des différents aspects du VIH/SIDA
- Avoir des aptitudes à la communication interpersonnelle et connaître les techniques du counseling
- Etre accessible et disponible pour le client et savoir gérer les réactions de celui-ci
- Développer des capacités d'empathie
- Etre cohérent et exact
- Savoir reconnaître ses limites

7-2 Les conditions de déroulement d'un bon counseling

Pour mener une séance de counseling dans de bonnes conditions, il faut :

- Un environnement calme et discret (exemple une salle, un bureau)
- Au moins deux (2) chaises
- Une bonne ambiance qui incite à la confidentialité etc.

CHAPITRE II : LES PHASES DU COUNSELING

Séance 1 : Les phases du counseling

La relation de counseling existe tant que le contact est maintenu entre le conseiller et le client. Il n'y a pas de normes établies pour la durée d'une séance et d'une relation de counseling. Cette relation entre le conseiller et le client peut se résumer en trois phases :

1 La phase initiale

La phase initiale commence dès le premier contact et est déterminante pour la suite de la relation. C'est en effet lors du premier entretien que le client prend la décision de revenir ou non pour une autre séance de counseling. Le conseiller doit saisir cette occasion pour créer un sentiment de confiance et garantir la confidentialité au client. Le conseiller poursuit ensuite avec l'écoute de l'histoire personnelle du client, l'examen de son problème et l'analyse de ce qu'il ressent par rapport à sa situation. Le conseiller utilise l'information obtenue pour élaborer un plan d'action/ une ligne de conduite avec le client.

Au cours de cette phase initiale, le conseiller essaie de :

- Réserver un accueil approprié
- Clarifier les attentes du client vis-à-vis du counseling
- Clarifier l'assistance qu'il (le conseiller) est en mesure d'offrir
- Savoir comment le client a essayé de résoudre le problème précédemment et reconnaître l'effort fourni
- Savoir comment le client souhaiterait voir le problème résolu
- Déterminer ce que le client pense nécessaire de faire pour résoudre le problème

2 La phase intermédiaire

Elle commence lorsque le conseiller a gagné la confiance du client. Ce dernier revient alors pour son résultat afin d'être orienté, soutenu et avoir une meilleure information. Cette phase consiste à mettre le plan d'action en pratique.

Au cours de la phase intermédiaire, le conseiller doit :

- Continuer d'encourager le client à s'exprimer
- Orienter le client vers des structures de référence
- Evaluer les progrès accomplis et si nécessaire, modifier les plans
- Encourager le client à adopter de nouveaux comportements
- Aider le client à accepter son statut sérologique et à vivre positivement avec le VIH

3 La phase finale

Bien qu'il n'existe pas une durée prédéterminée, la relation de counseling doit prendre fin à un moment donné. Cette dernière phase doit être préparée avec soin. Elle doit être envisagée lorsque le client montre la volonté de mettre au point et d'exécuter des plans pour faire face à son problème.

Pour pouvoir mettre fin à la relation, le conseiller doit s'assurer que le client :

- est préparé à faire face à son problème
- est capable de planifier sa vie quotidienne
- bénéficie du soutien de sa famille
- est assez responsable pour se conformer au comportement adopté
- a reçu une référence appropriée

NB : Le client doit savoir qu'il peut toujours faire appel au conseiller.

Séance 2 : Etapes du counseling

La pratique du pré et post-test implique le fait de considérer le client comme un cas particulier avec des problèmes individuels et des besoins particuliers. Le conseiller et le client engagent un processus de communication à travers lequel le conseiller s'efforcera de :

- Déterminer les connaissances du client en matière de VIH/SIDA
- Fournir des informations au client
- Evaluer les risques du client vis-à-vis du VIH
- Développer un plan de réduction du risque avec le client
- Démontrer l'utilisation correcte du préservatif au client
- Expliquer la signification du test de sérologie VIH au client
- Obtenir le consentement éclairé du client
- Fournir un soutien psychosocial au client
- Bien connaître le système de référence du client vers les autres structures de relais.

Le conseiller doit aborder des sujets sensibles liés aux pratiques sexuelles et à la mort en tenant compte des réactions émotionnelles et des caractéristiques socioculturelles du client. Le processus de counseling dépend donc du profil psychosocial du client.

Séance 3 : Counseling pré-test

Cet entretien a pour but de préparer le client avant le test de dépistage du VIH. Le conseiller examine avec le client la question du VIH et les avantages à pratiquer ou non un test de dépistage. Un counseling pré-test bien mené facilite l'annonce du résultat.

Les points clés du counseling pré-test

Le conseiller doit particulièrement s'intéresser aux aspects suivants :

- Les connaissances du client en matière de VIH/SIDA
- L'évaluation du risque chez le client d'avoir été exposé à l'infection à VIH
- Le développement d'un plan de réduction du risque avec le client
- Les implications du résultat par rapport à la vie du client
- La signification du test de sérologie VIH
- Les aptitudes du client à faire face à une situation de crise
- Le consentement éclairé du client

Il n'existe pas de canevas type et réglementé décrivant la démarche du pré-test mais le conseiller peut se référer aux étapes suivantes :

1. Accueil et présentation

Le premier contact avec un client est très important. Il doit favoriser la relation d'aide qui va suivre. Le conseiller se présente, explique son rôle et rassure le client quant au respect de la confidentialité.

2. Vérifier les connaissances du client et corriger les incompréhensions

Les informations sur le VIH/SIDA sont au centre de l'entretien. Après avoir abordé le sujet, le conseiller vérifie et complète les connaissances de son client par une série de questions.

2-1 Thème des questions

- Connaissances de base sur le VIH (transmission, facteurs favorisant la transmission, traitements, etc.)
- Croyances et préjugés sur le VIH, ses modes de transmission et les moyens de prévention
- Raisons qui ont poussé le client à demander un test de dépistage
- Connaissance du client concernant le test de dépistage
- Attitude attendue en face d'un résultat (négatif ou positif)
- En quoi le client est concerné par le VIH/SIDA ?
- Comportements particuliers ou symptômes spécifiques du client
- Attentes du client vis-à-vis de la structure de dépistage ou de prise en charge

2-2 Attitudes du conseiller

- Poser une série de questions ouvertes et donner au client l'opportunité de s'exprimer dans son propre langage est le meilleur moyen de collecter les informations. Cela permet aussi au conseiller de se faire une idée du niveau de langage de son client et déterminer ainsi la meilleure façon de communiquer avec lui
- Pour éviter que le client ne s'interroge sur les raisons de ces questions, le conseiller doit toujours commencer par une brève introduction du genre : *« j'aimerais commencer par avoir des informations sur vous pour déterminer ce que vous savez à propos du VIH/SIDA. Cela nous aidera à mieux nous comprendre. N'hésitez pas à poser des questions si vous ne comprenez pas quelque chose. »*

3 Intervention du conseiller

- A partir des informations recueillies, le conseiller donne des explications et corrige les incompréhensions du client en tenant compte de ses besoins.
- Des séances supplémentaires de pré-test peuvent être prévues si le client n'est pas sûr de lui ou s'il a d'autres questions concernant le test de dépistage.
- En fixant le rendez-vous pour le post-test le conseiller doit négocier et obtenir un engagement personnel du client à revenir prendre le résultat du test.

Pour cela, il faut :

- Reconnaître que le client peut être anxieux à propos du résultat
- Développer une stratégie pour permettre au client de faire face à la crainte de l'annonce.
Exemple : le client peut parler de la date du résultat à un proche ou à un ami si le centre de dépistage utilise des tests rapides, offrir cette option et lui proposer de rester avec lui jusqu'au jour de la remise du résultat
- Vérifier avec lui les avantages à connaître son statut sérologique
- Rassurer le client sur le respect de la confidentialité

4- Evaluer les risques individuels encourus par le client

Un des points essentiels du counseling est d'aider le client à développer un plan individuel de réduction du risque. Le conseiller doit donc commencer par déterminer les risques encourus par son client, en s'informant sur ses partenaires sexuels et sur les comportements à risque qu'il a pu avoir. Il faut évaluer les ressources émotionnelles, interpersonnelles, sociales et économiques du client. Enfin, le conseiller doit déterminer si le client comprend l'importance de changer et s'il est prêt à adopter de nouveaux comportements.

4-1 Evaluation des risques

Pour évaluer le risque du client vis-à-vis du VIH, le conseiller doit poser des questions précises & adaptées concernant :

- Le présent et le passé du client du point de vue de ses comportements sexuels (nombre de partenaires, types de partenaire, fréquence avec laquelle il change de partenaire, rapports vaginaux ou anaux sans préservatif, etc.)
- Le présent et le passé des partenaires sexuels du client
- Le présent et le passé du client et de ses partenaires par rapport à l'abus de drogues et d'alcool
- L'histoire du client par rapport à la transfusion sanguine
- Le fait d'avoir été en contact avec des objets souillés (objets pour tatouage, aiguilles, etc.) dans le présent ou dans le passé

Le conseiller doit savoir orienter son interlocuteur afin d'identifier son passé et celui de son (ses) partenaire(s) sexuel(s). Cette phase de l'entretien aide le client à prendre conscience du fait qu'il a pu entrer en contact avec le VIH.

4-2 Le profil psychosocial

Pour déterminer le profil psychosocial, le conseiller devrait explorer les points suivants :

- L'état d'anxiété du client
- L'état de dépression du client
- Les tendances suicidaires du client
- La situation familiale du client
- La situation professionnelle du client
- L'existence de réseaux de soutiens sociaux (amis), groupes d'auto assistance, clubs, autres

Les informations recueillies au cours de cette phase doivent être utilisées pour développer le plan de réduction du risque.

5- Développer un plan de réduction du risque

Après l'évaluation des risques encourus, le conseiller devra faire la liste des actions que le client peut mener pour réduire le risque de contracter ou de transmettre le VIH. Il en discutera avec son client à partir des stratégies que celui-ci proposera. Il complétera au besoin le plan avec des stratégies qui n'auront pas été mentionnées par le client.

En utilisant la liste de comportements à moindre risque proposée par le client, le conseiller l'aidera à développer un plan de réduction du risque. Une sensibilisation au sujet du VIH doit aboutir aux moyens de réduire les risques de contracter le virus.

Le conseiller discutera avec son client des stratégies pouvant l'aider à adopter des comportements nouveaux :

- Les actions que le client peut poser pour changer de comportement
- Les étapes du changement de comportement
- L'élaboration d'un plan d'action individuel

Ce plan devra montrer les différentes actions à mener pour atteindre les objectifs. Par exemple, si un client a des rapports non protégés avec quatre partenaires différents(es), la première étape peut consister à protéger ses rapports sexuels, la seconde à réduire le nombre de partenaires, la troisième à discuter du VIH/SIDA avec ses partenaires, etc.

Pour s'assurer de l'adhésion du client, le conseiller doit lui faire des suggestions et discuter des avantages et inconvénients de chaque possibilité. Par exemple pour une femme, elle doit discuter du VIH/SIDA avec son mari : s'il est question de manque de communication et de violence physique au sein du couple, le conseiller doit aider sa cliente à identifier les moyens de communiquer avec son mari et offrir des facilités pour la discussion du couple.

Une fois le plan de réduction du risque élaboré, le conseiller doit obtenir l'engagement du client de le mettre en œuvre. Pour cela, le plan doit être réalisable.

Face à un plan trop difficile à pratiquer, le client peut être frustré et refuser un nouvel essai.

Sur demande du client, le plan de réduction du risque peut être rédigé et lui être remis pour qu'il puisse le relire à la maison.

6- Expliquer la signification du test et l'impact du résultat

Les clients devant pratiquer un test de dépistage du VIH doivent recevoir des informations qui clarifient la décision à prendre. Il est donc important que les conseillers soient suffisamment informés sur le test de dépistage. Pour rassurer le client, le conseiller doit montrer qu'il est habitué aux procédures de laboratoire. Il doit aussi renseigner le client sur la période d'attente et si le test est payant, discuter du prix et des modalités de paiement avec le client.

Signalons qu'au Burundi, le test de dépistage volontaire du VIH est subventionné dans les équipes de prise en charge.

Le conseiller peut commencer par demander au client ce qu'il sait sur le test de dépistage du VIH. Il devra ensuite fournir les informations concernant les procédures de dépistage spécifiques au centre, expliquer que le test est anonyme (ou confidentiel) et corriger les incompréhensions du client.

La signification d'un résultat (négatif ou positif) doit être clairement expliquée ainsi que le phénomène de la séroconversion et la possibilité d'un résultat indéterminé.

- **La signification du résultat du test**

6-1 Résultat négatif

Les anticorps du VIH n'ont pas été détectés dans le sang du client

La personne n'est pas infectée par le VIH ou se trouve dans la période de séroconversion

Une personne négative n'est pas immunisée contre le VIH.

6-2 Résultat positif

Les anticorps du VIH ont été détectés dans le sang du client. La personne est infectée par le VIH et peut le transmettre à d'autres personnes si elle a des comportements à risque. Cela ne signifie pas que la personne a le SIDA.

6-3 Résultat indéterminé ou douteux

La présence ou l'absence des anticorps du VIH dans le sang du client n'a pas été confirmée. Dans ce cas il y a possibilité de dire que la personne se trouve dans la période de séroconversion.

Elle doit être soumise à un autre test trois semaines après le premier test.

Lorsque le résultat du test n'est pas disponible le jour de sa réalisation, le conseiller devra discuter avec son client de ce qu'il a planifié de faire pendant la période d'attente du résultat. Il faut amener le client à s'interroger sur la façon dont il pourrait gérer un résultat (négatif ou positif) et identifier les soutiens sociaux disponibles.

Le conseiller doit s'enquérir de l'impact que le résultat pourrait avoir sur la vie du client, celle de sa famille, sur ses relations et son travail etc. Le conseiller doit dans la mesure du possible aider progressivement le client à identifier un confident parmi ses proches.

7- Obtenir le consentement éclairé

Il ne faut jamais penser que tout client qui visite un centre de dépistage est prêt à faire le test de dépistage du VIH. Certaines personnes se rendent dans les centres de dépistage avec l'intention de pratiquer le test et se mettent à hésiter après la visite. Le conseiller doit toujours s'assurer que le client a compris la signification et les implications du test de dépistage du VIH.

Le but du counseling en matière de VIH/SIDA est d'amener les individus à prendre des décisions. Le consentement signifie que le client a donné son accord. Le consentement éclairé veut dire que le client a donné son accord en étant conscient de la signification des résultats du test de dépistage et leurs implications.

Le client doit pouvoir réfléchir sur les informations reçues et décider librement, sans aucune pression de la part du conseiller. Le résultat du test doit être reçu par un client suffisamment préparé et prêt à faire face aux implications liées à ce résultat. Le conseiller doit se rappeler que rien ne presse en matière de dépistage du VIH. Si le client ne se sent pas prêt, le conseiller peut planifier des séances supplémentaires de pré-test. Le conseiller doit considérer les besoins du client avec empathie et élaborer avec lui un plan de réduction du risque qu'il observera pendant la période de réflexion.

Si le client accepte de faire le test de dépistage, le conseiller lui prescrira la prise de sang. Il doit obtenir l'engagement du client à revenir pour le résultat. Le conseiller ne doit pas oublier l'anxiété liée à l'annonce du résultat d'un dépistage du VIH. Il doit donc apporter un soutien psychologique au client.

Il est indispensable de :

- Rassurer le client sur le caractère confidentiel des informations le concernant
- Renforcer les raisons pour lesquelles il serait avantageux pour lui de connaître son statut sérologique
- Donner un rendez-vous pour l'annonce du résultat

8- Préparer le client à recevoir le résultat

Rappeler au client les risques qu'il a encourus d'être en contact avec le VIH et revenir sur le fait que la période de séroconversion, qui peut aller de 3 semaines à 6 mois, influence le résultat du test. Lui préciser qu'il serait souhaitable qu'il refasse un test trois (3) mois après le premier résultat.

8-1 Discuter avec le client des moyens de bénéficier d'un soutien

- Demander au client s'il a parlé avec quelqu'un de sa volonté de faire le test de dépistage du VIH.
- Identifier avec le client un proche à qui parler pendant la période d'attente
- Informer le client du système d'assistance existant

8-2 Demander au client de se faire accompagner par son confident pour prendre son résultat si cela est acceptable pour lui.

8-3 Demander au client de planifier ce qu'il fera après l'annonce en lui rappelant que le résultat sera soit positif, soit négatif ou indéterminé. Lui rappeler que le résultat est confidentiel et donné en privé.

Si possible, identifier dans l'entourage du client une personne séropositive, qui s'est déclarée infectée, servira de modèle de personne vivant positivement avec le VIH pour le client.

9- Démonstration du port des préservatifs

9-1 Le préservatif masculin

- Présentation
- Comment mettre correctement un préservatif masculin
- Avantages et inconvénients du préservatif masculin
- Conditions d'utilisation

9-2 Le préservatif féminin

- Présentation
- Comment mettre correctement un préservatif féminin
- Avantages et inconvénients du préservatif féminin
- Conditions d'utilisation

LE PRESERVATIF MASCULIN

Le préservatif masculin est le plus connu, le plus disponible et le plus utilisé. Il est fabriqué en latex et se présente comme une poche ayant la forme du pénis. Il est lubrifié et nécessite des conditions d'utilisation et de conservation particulières. Il est à signaler que certains utilisateurs sont allergiques au latex. Par ailleurs, la décision d'utilisation revient généralement à l'homme ; beaucoup de femmes ont du mal à faire accepter le préservatif à leurs partenaires sexuels.

Avantages :

Le préservatif masculin :

- Prévient la transmission des IST, y compris le VIH ;
- Contribue à éviter les grossesses non désirées ;
- Permet de continuer les rapports sexuels même quand les plaies causées par les IST ne sont pas encore guéries ;
- Permet à l'homme et à la femme de se sentir plus en sécurité et ont moins de soucis;
- Si le patient doit payer un traitement médicamenteux, il économisera de l'argent ;
- Beaucoup d'hommes peuvent prolonger les rapports sexuels quand ils portent un préservatif ;

Inconvénient :

- Allergie au latex

CONDITIONS D'UTILISATION DU PRESERVATIF MASCULIN

Il est conseillé de s'entendre avec son(sa) partenaire sur la question du préservatif avant l'acte sexuel

- Toujours vérifier la date de fabrication et d'expiration inscrite sur l'emballage du préservatif. La date de fabrication ne doit pas dépasser 4 ans.
- Presser l'emballage du préservatif avec les doigts pour être sûr qu'il est intact
- Pour ouvrir, passer un doigt sur les bordures de l'emballage pour trouver le point d'ouverture. Déchirer l'emballage en prenant soin de ne pas abîmer le préservatif avec les ongles. Ne pas utiliser d'objets tranchants (lame, ciseaux, rasoirs etc.), de peur qu'ils ne déchirent le préservatif
- La partie à dérouler doit être au-dessus. Souffler à l'intérieur pour dégager le bout (attention, ne pas utiliser le doigt de peur que l'ongle n'abîme le préservatif)
- Le préservatif doit être placé sur le pénis en érection
- Pincer le bout du préservatif et le placer sur le bout du pénis en érection
- Toujours en pinçant le bout, déplier le préservatif jusqu'à la base du pénis
- Utiliser, si nécessaire un lubrifiant à base d'eau. Les lubrifiants à base d'huile déchirent le préservatif
- Après l'éjaculation, tenir le préservatif et retirer le pénis avant qu'il ne soit mou et que le sperme ne coule
- Emballer le préservatif dans un papier de toilette et le jeter aussitôt dans les toilettes

NE JAMAIS REUTILISER UN PRESERVATIF

LE PRESERVATIF FEMININ

Le préservatif féminin se présente sous la forme d'un fourreau en polyuréthane, plus souple et plus résistant que le latex du préservatif masculin. A l'intérieur du fourreau se trouve un anneau mobile ; un autre anneau plus large est fixé à l'extérieur. L'anneau intérieur sert à placer le préservatif et l'anneau extérieur reste hors du vagin pour recouvrir l'ouverture du vagin et la base du pénis de l'homme. La femme doit guider son partenaire pour faciliter la pénétration. Le préservatif féminin est pré-lubrifié et il est recommandé de s'en servir une seule fois.

Le préservatif est conçu pour les femmes de tout âge et a pour but de protéger les utilisatrices des IST/SIDA et d'éviter les grossesses non désirées.

Avantages

Le préservatif féminin :

- Accroît la stimulation sexuelle et donne une sensation de chaleur
- Est sans douleur
- Est moins susceptible de glisser ou de se déchirer
- Peut être utilisé avec n'importe quel type de lubrifiant
- A une texture souple et ne se dessèche pas
- Procure un sentiment de sécurité aux femmes
- Permet au partenaire de ne pas se retirer tout de suite après l'acte sexuel

Inconvénients

Le préservatif féminin :

- Est cher et peu disponible
- Est peu esthétique ; il ressemble à un sac plastique
- Est trop grand
- N'est pas totalement fiable : le pénis peut pénétrer dans le vagin en se glissant sous le préservatif ou le pousser à l'intérieur du vagin
- N'est pas adapté à toutes les positions.

CONDITIONS D'UTILISATION DU PRESERVATIF FEMININ

Il est conseillé de s'entendre avec son(sa) partenaire sur la question du préservatif avant l'acte sexuel

- Toujours vérifier la date de fabrication et d'expiration sur l'emballage du préservatif. La date de fabrication ne doit pas dépasser 4 ans
- Pour ouvrir déchirer l'emballage à l'endroit indiqué en prenant soin de ne pas abîmer le préservatif avec les ongles. Ne pas utiliser d'objets tranchants (lame, ciseaux, rasoirs etc.), de peur qu'ils ne déchirent le préservatif.
- Vérifier que le préservatif est intact
- Frotter le préservatif avec les doigts (propres) pour répandre le lubrifiant, en ajouter si nécessaire.
- Choisir une position confortable pour mettre le préservatif en place
- Plier l'anneau intérieur avec le pouce et l'index
- Ecarter les lèvres du vagin avec l'autre main et insérer l'anneau plié dans le vagin
- Pousser le plus loin possible avec le doigt jusqu'à toucher le col utérin
- S'assurer que l'anneau intérieur est fixé et que l'anneau extérieur recouvre l'ouverture du vagin
- Guider et insérer le pénis à l'intérieur du préservatif
- En cas de gêne pendant l'acte sexuel, rajouter du lubrifiant sur le pénis ou à l'intérieur du préservatif
- Si l'anneau extérieur s'enfonce dans le vagin ou si le pénis se retrouve à l'extérieur du préservatif, il faut arrêter et utiliser un autre préservatif
- Après l'éjaculation et après le retrait du pénis, serrer et enrouler l'anneau pour éviter que le sperme ne coule
- Emballer le préservatif dans du papier toilette et le jeter aussitôt dans des toilettes

NE JAMAIS REUTILISER UN PRESERVATIF

Séance 4 : Counseling post-test

Le counseling post-test est l'entretien au cours duquel le résultat est porté à la connaissance du client. Pour la majorité des conseillers, il est très difficile de transmettre un résultat positif. Ils ne savent pas toujours quoi faire, quoi dire et ils ont peur d'avoir des attitudes qui n'aident pas leurs clients. En plus, il peut arriver que le client s'en prenne au conseiller ou décide de s'en aller pour de bon. Seule l'expérience peut aider le conseiller à surmonter ses craintes.

Indications pour mener l'entretien post-test

Le déroulement de l'entretien dépend du résultat à donner. Le résultat peut être négatif, positif ou indéterminé. Il est important de noter que le résultat du test appartient au client. Lorsque ce dernier est consentant et psychologiquement prêt, le résultat doit lui être annoncé en personne.

- Commencer l'entretien en souhaitant la bienvenue au client. Discuter de la période d'attente et le féliciter d'être revenu ou d'avoir attendu pour prendre son résultat.
- Demander au client s'il a des questions ou des incompréhensions à clarifier. En général les clients préfèrent recevoir leur résultat le plus rapidement possible.
- Lorsque le client est prêt, donner le résultat d'un ton neutre et attendre la réaction du client.

1. L'annonce d'un résultat négatif

Il est toujours plus aisé de donner un résultat négatif. Néanmoins le conseiller doit prendre le temps de discuter des implications d'un tel résultat et revenir sur certains points discutés au cours du pré-test.

Le conseiller commencera en disant : « *Le résultat de votre test est négatif, ce qui signifie que les anticorps du VIH n'ont pas été détectés dans votre sang* ».

Il peut arriver que certains clients aient des doutes sur la réalité d'un résultat négatif. Par exemple, il est difficile pour un client ayant un partenaire positif de croire qu'il est séronégatif.

En tenant compte de la situation du client, le conseiller discutera des points suivants :

- La période de séroconversion
- La nécessité de faire un test de contrôle après trois mois
- Le résultat négatif n'immunise pas le client contre le VIH/SIDA
- Les moyens de prévention et l'utilisation de préservatifs
- La révision du plan de réduction du risque
- La notion de sérodiscordance
- La qualité des procédures utilisées par les laboratoires (fiabilité du test)
- La notification du résultat au partenaire
- Encourager le ou les partenaire (s) à subir le test de dépistage

L'annonce d'un résultat négatif est l'occasion de discuter de changements de comportement avec le client. Il est important que le conseiller renforce les capacités de son client à maintenir des comportements sains.

2. L'annonce d'un résultat positif

Les personnes infectées par le VIH/SIDA doivent être rapidement informées de leur statut. L'annonce d'un résultat positif est l'étape la plus difficile du processus de counseling du VIH/SIDA. L'évaluation du risque effectuée avant le test peut servir à déterminer la meilleure façon d'annoncer le résultat.

Comme dans le counseling pré-test, il n'existe pas de formule magique pour mener l'entretien post-test. Le conseiller après un bref rappel des points abordés au cours du counseling pré-test annoncera les résultats en ces termes :

« le résultat de votre test est positif, ce qui signifie que vous êtes infecté par le VIH ».

Il attendra les réactions du client avant d'agir. Il devra ensuite :

- Laisser au client le temps de faire face au choc de l'annonce
- Expliquer la signification du résultat
- Encourager le client à vivre positivement
- Aborder la question du préservatif et ses implications
- Aborder la question du ou des partenaire(s) sexuel(s)
- Aborder la question de la prise en charge médicale et psychosociale

Il faut aussi expliquer :

- La différence entre séropositivité et SIDA
- Les modes de transmission du VIH
- Les moyens de prévention
- L'hygiène de vie (sanitaire et psychologique)
- La nécessité de ne pas être réinfecté par le VIH
- La nécessité de protéger son entourage
- La nécessité de ne pas transmettre le VIH
- La nécessité de rester intégré dans son environnement social
- La nécessité de partager le secret avec quelqu'un de confiance
- La nécessité de l'utilisation du préservatif

Les informations qu'un client peut retenir après l'annonce d'un résultat positif sont limitées. Le conseiller doit déterminer les informations adaptées aux circonstances et aux besoins du client.

Il doit notamment :

- S'assurer que le client a compris la signification du résultat (du point de vue cognitif et émotionnel)
- Identifier les besoins médicaux, psychosociaux et de prévention immédiats du client
- Discuter de la nécessité de se protéger et de protéger les autres
- Aider le client à établir un plan pour les prochains jours

- Aider le client à adopter des comportements qui minimisent les risques de transmission du VIH
- Aider le client à comprendre l'avantage de vivre positivement
- Aider le client à établir un plan pour le suivi médical, social et le soutien psychologique
- Discuter avec le client de l'existence des services de soutien aux PVVIH
- Discuter avec le client de sa responsabilité vis-à-vis de son (ses) partenaire(s) et l'aider à établir le contact avec eux (elles)
- Discuter avec le client de l'importance et la nécessité de partager son résultat avec les membres de sa famille.

Quelles que soient les réactions du client, le conseiller doit s'assurer que les trois points suivants ont été traités avant le départ du client :

LAISSER LE TEMPS AU CLIENT DE FAIRE FACE AU CHOC

- S'assurer que le client a compris la signification du résultat du point de vue cognitif et émotionnel.
- S'assurer que le client peut établir la différence entre séropositif et SIDA.

Il faut aussi fixer d'autres rendez-vous de post-test avec le client.

Chaque client séropositif doit être encouragé à prendre soin de sa santé. Le conseiller doit expliquer l'importance d'éviter les maladies opportunistes en respectant l'hygiène alimentaire et l'hygiène physique.

Sous le choc, le client peut ne pas être disposé à discuter avec le conseiller. Les différents points seront abordés au cours du suivi.

3. L'annonce d'un résultat indéterminé

Après un bref rappel des points abordés au cours du counseling pré-test, le conseiller annoncera les résultats en ces termes :

« Votre résultat n'est pas clair, ce qui signifie que la présence ou l'absence des anticorps du VIH dans votre sang n'a pas été confirmée ».

Il faut attendre les réactions du client avant de continuer. Ce dernier doit être informé sur la signification de son résultat et sur la conduite à tenir. On peut lui conseiller d'utiliser une méthode de dépistage plus précise ou de refaire le test après une période de trois semaines. Un client recevant un résultat indéterminé (douteux) doit être pris en charge au même titre qu'un client séropositif.

CHAPITRE III : SITUATIONS PARTICULIERES DANS LE COUNSELING

Le counseling permet au client de discuter de problèmes d'ordre personnel tels que les problèmes familiaux, sexuels. Cela demande que le conseiller soit apte à traiter les problèmes d'ordre divers. Le counseling VIH offre au conseiller l'occasion de faire une éducation sur le VIH/SIDA adaptée aux besoins de ses clients (femmes, couples, enfants, etc..).

Séance 1 : Le counseling de la femme

La femme se trouve en position d'infériorité à cause de la différence économique, sociale, biologique qui existe entre elle et l'homme. La femme est souvent dépendante de l'homme et doit se soumettre à sa volonté. Elle est victime de violences de tout genre. Dans ce contexte, il n'est pas facile pour une femme de discuter ou de négocier la question du préservatif avec son(ses) partenaire(s).

Le conseiller doit être attentif à plusieurs types de besoins lorsqu'il s'entretient avec un client de sexe féminin. Par exemple, la cliente peut se sentir plus à l'aise avec une femme pour discuter des questions liées à la sexualité. Il est impossible de répertorier tous les problèmes en relation avec le counseling de la femme. Certains de ces problèmes sont présentés ci dessous.

1-1 Le soutien psychologique et social

Les femmes éprouvent une profonde détresse lorsqu'elles découvrent qu'elles sont séropositives. Le phénomène semble lié d'une part à leur rôle au sein de la famille, d'autre part à leur situation de vulnérabilité. Cet état de fait impose au conseiller de reconnaître, à chaque étape du processus de counseling, les spécificités de chacune de ses clientes afin de pouvoir les aider à identifier leurs besoins psychologiques et sociaux.

Au moment du pré-test, la femme peut être anxieuse et présenter des signes de colère ou de culpabilité liées aux raisons qui l'ont poussé à pratiquer un test de dépistage du VIH. Les femmes sont aussi amenées à faire le test de dépistage du VIH à cause des symptômes présentés par leur partenaire ou leur enfant. Ce sont donc des personnes qui doivent faire face à la maladie d'un proche et à l'annonce de leur résultat positif. En fonction des situations et des cas, le conseiller devra trouver des réponses et orienter la cliente vers les structures de référence appropriées.

Au cours du développement et de la négociation du plan de réduction du risque, la femme peut exprimer sa faiblesse et son manque de pouvoir de décision face à son mari ou partenaire sexuel. Le conseiller devra, d'une part la reconforter et la rassurer quant à ses capacités pour lui donner confiance, d'autre part, proposer de rencontrer le mari ou le partenaire.

Lorsque la femme est la première à découvrir son statut sérologique, elle a besoin d'un soutien particulier car il est difficile de notifier ce statut à son mari ou partenaire et sa famille.

En plus des préoccupations médicales, elle devra faire face à des problèmes d'ordre socioculturel. En effet, elle peut être accusée d'être la cause de l'infection et rejetée par la famille. Pour ces raisons, certaines choisissent de garder le secret sur leur statut sérologique. Le conseiller doit reconnaître les craintes de sa cliente et la soutenir moralement. Il doit aussi l'aider à maintenir les liens avec sa famille.

Les femmes ne sont pas toujours capables de poser les problèmes qui les préoccupent. Il revient au conseiller de poser les questions qui aideront à identifier les problèmes spécifiques de chacune des clientes. Quel que soit le problème posé, le conseiller a la responsabilité d'aider ses clientes à trouver des solutions.

Les femmes séropositives peuvent être victimes de discrimination ou d'abandon de la part de leur mari, leur partenaire et leur famille. Dans ce cas particulier, le conseiller doit travailler à découvrir les moyens d'amener le partenaire/mari ainsi que la famille à soutenir leur parenté infectée. Le conseiller peut aussi identifier et encourager les contacts avec d'autres sources potentielles de soutien telles que les associations de femmes séropositives, l'Eglise, les ONG qui travaillent pour aider les femmes etc.

Les mères séropositives sont très soucieuses du devenir de leurs enfants. Le conseiller devra les aider à surmonter leurs émotions (sentiment de culpabilité) et à prendre des décisions (traitement antirétroviral) garantissant l'avenir de leur enfant.

1-2 Assistance pour la réduction du risque

Etant donné que le mode de transmission majeur du VIH est sexuel, il est important de s'assurer que la femme est capable de changer de comportement et peut obtenir que son partenaire fasse de même. Une femme peut avoir un bon plan de réduction du risque mais ne peut obliger son partenaire à suivre ce plan. Le conseiller devra être prêt à aider sa cliente en lui fournissant des informations sur les techniques de négociation qui l'aideront à aborder la question en évitant les conflits.

Le conseiller doit se rappeler que sans assistance, la femme peut ne pas arriver à pratiquer le plan de réduction du risque et qu'elle court le risque d'être sexuellement abusée ou abandonnée par son mari ou son partenaire. Après avoir discuté du plan de réduction de risques, le conseiller identifiera avec sa cliente les éventuels obstacles à sa mise en pratique. Après avoir évalué la situation, il peut offrir à la femme le choix d'en discuter avec son mari/partenaire mais il doit procéder avec précaution surtout s'il est question de violence, d'histoire d'IST ou d'infidélité au sein du couple.

Il faut identifier des soutiens auprès des groupes d'auto assistance ou des autres organisations communautaires où la cliente pourrait être guidée par d'autres femmes ayant vécu des expériences similaires.

1-3 La contraception

Le problème de la contraception est un point sensible à discuter. La nécessité de la contraception pour un couple est déterminée par le nombre d'enfants. Les pressions que peut subir la femme et son propre désir de procréer peuvent compliquer la décision de se mettre sous contraceptif. Le conseiller doit fournir les informations appropriées et aider chacune de ses clientes à être éclairée avant de décider d'être ou de ne pas être enceinte.

Si la contraception est demandée, le conseiller doit s'assurer que la femme ou de préférence le couple a toutes les informations nécessaires à une contraception saine. Il est plus approprié de référer la cliente auprès d'un centre de planification familiale.

Toutes les femmes doivent savoir que les actes qui conduisent à la grossesse, les exposent et exposent les autres à la transmission du VIH. Le conseiller doit expliquer que le fait d'utiliser une autre méthode contraceptive n'exclut pas l'utilisation du préservatif et ne protège pas contre la transmission du VIH. Il ne faut pas oublier qu'il est extrêmement délicat pour une femme d'aborder la question qui concerne la contraception avec son partenaire. Les moyens d'en discuter doivent être examinés avec la cliente.

1-4 La transmission de la mère à l'enfant

1-4-1 La femme en âge de procréer

Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant doit être discuté avec chaque femme en âge de procréer. Le conseiller doit expliquer que le VIH peut être transmis d'une mère à son enfant pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou au cours de l'allaitement.

Selon les statistiques actuelles, on estime que, sans utiliser de traitement de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, une femme séropositive a 70% de chances de donner naissance à un enfant sain. Ce qui fait que 1/3 des enfants qui naissent de mères séropositives sont infectés.

Le conseiller doit encourager chaque femme à prendre sa décision en tenant compte de ces facteurs. L'idéal serait que toutes les femmes VIH positives bénéficient de counseling avant de décider d'être enceinte.

Le conseiller doit encourager les femmes en début de grossesse qui ignorent leur statut sérologique à faire un test de dépistage. Pendant la session de counseling de la femme enceinte, le conseiller devra amener sa cliente à explorer les points suivants au cas où le résultat du test est positif :

- a)- L'environnement socioculturel de la femme, par rapport au mode d'allaitement,
- b)- Les croyances de sa société par rapport au fait de mettre des enfants au monde et au mariage,
- c)- Le statut de la femme par rapport à la notification au partenaire etc.

Si le test est négatif, le conseiller devra les aider à maintenir ce statut.

1-4-2 La femme séronégative qui a un partenaire séropositif

Pour les femmes qui ne sont pas enceintes et dont le partenaire est positif, le conseiller doit discuter du risque d'être infectée par le VIH en essayant d'être enceinte. Les comportements du partenaire doivent être discutés et des actions pour minimiser le risque doivent être initiées avec l'assistance du conseiller.

1-4-3 La femme séropositive et la grossesse

a)- Prise de décision face à la grossesse

La femme séropositive en âge de procréer doit bénéficier de counseling sur la santé de la reproduction et sur la réduction du risque de la transmission de la mère à l'enfant. La femme n'établit pas toujours le lien entre son infection et le fait de procréer. Certaines femmes ont du mal à accepter l'idée de ne pas ou ne plus faire d'enfant. D'autres sont enceintes et tentent de décider d'interrompre la grossesse ou s'inquiètent de ce qui arrivera à leur bébé.

Le conseiller devra discuter des points suivants :

- Le risque d'être réinfectée ou d'infecter quelqu'un en essayant d'être enceinte.
- Le risque de la transmission mère-enfant
- L'impact négatif qu'une grossesse peut avoir dans l'évolution de la maladie surtout si la femme présente déjà des signes de maladie.

Le conseiller encouragera la cliente à tenir compte de ces informations avant de prendre sa décision. Mais, toutefois, le conseiller devra surtout tenir compte de l'environnement socioculturel de sa cliente et ne pas l'influencer.

b)- Comment conduire la grossesse de la femme séropositive

Si une femme séropositive est enceinte, le conseiller veillera à :

- Aider la future mère à développer un plan de réduction de risque de transmission du VIH à l'enfant
- Présenter à la cliente la possibilité de démarrer un traitement préventif aux antirétroviraux (ARV)
- Expliquer à sa cliente qu'il est prouvé que les ARV permettent de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant de 50%.
- Faire comprendre à la cliente que malgré le traitement elle peut encore donner naissance à un enfant infecté
- Référer sa cliente auprès des services appropriés, dans le cas où elle serait intéressée à recevoir le traitement.
- Informer la cliente des autres options telles qu'éviter les IST pendant la grossesse, avoir une alimentation saine et appropriée et éviter des infections opportunistes
- Aider la future maman à prévoir les besoins physiques et médicaux du bébé

Dans la mesure du possible, le partenaire de la cliente doit être associé aux séances de counseling et aux différentes décisions qui seront prises. L'implication du partenaire facilite le processus de soutien médical et psychosocial dont la femme enceinte séropositive a besoin.

1-4-4 L'allaitement

a)- Situation générale

On estime à 15% le taux de transmission du VIH d'une femme séropositive à son bébé par la pratique de l'allaitement. Le risque est plus grand encore avec une mère qui vient d'être infectée, qui est au stade avancée de la maladie ou qui a des crevasses mammaires. L'allaitement à long terme augmente aussi le risque de la transmission mère-enfant. Cependant le lait maternel est le meilleur aliment pour les nourrissons. Il contient les meilleurs nutriments et se digère facilement. Ainsi, il protège les enfants contre la diarrhée et les autres infections. L'allaitement est important aussi pour développer le lien affectif entre la mère et l'enfant.

L'option au Burundi est l'allaitement exclusif au sein pendant une courte durée (6 mois).

b)- Les mères séronégatives

Le conseiller doit expliquer aux femmes séronégatives que le lait maternel est le meilleur aliment pour le bébé. Il demeure néanmoins un risque si la mère est infectée pendant la période d'allaitement. Le conseiller doit à cet égard évoquer la période de séroconversion et revenir sur le plan de réduction du risque.

c)- Les mères séropositives

Les mères séropositives doivent être assistées pour évaluer le risque que leur enfant court d'attraper le VIH et celui qu'il court de s'exposer à d'autres infections en étant nourri au lait artificiel. La mère devra prendre la décision en tenant compte de son niveau de vie, de ses moyens et de son état de santé et de son environnement socioculturel, de ses craintes et de ses peurs. Si elle arrive à surpasser ses craintes et dispose de moyens suffisants pour nourrir son enfant au lait artificiel, il faut veiller à ce que les conditions d'hygiène soient respectées. C'est à la mère et à la famille de décider de la marche à suivre.

Lorsqu'une mère séropositive, malgré le risque de transmission du VIH à son enfant choisit l'allaitement maternel pour son enfant, l'allaitement maternel exclusif doit lui être proposé afin de réduire ce risque. Un sevrage précoce à 6 mois doit être envisagé.

Les femmes séropositives qui décident de ne pas allaiter leur enfant pourraient faire face aux pressions et à la discrimination de la part de leur environnement social. Le conseiller doit leur fournir un soutien. Dans la mesure du possible le mari et la famille devront être impliqués dans ce processus.

Séance 2 : Le counseling du couple

Plusieurs raisons peuvent amener un couple (mariés, concubins, partenaires sexuels, fiancés, etc.) à vouloir faire un test de dépistage. La démarche est la même que pour le counseling individuel mais le conseiller doit commencer par s'assurer que chaque individu est volontaire et prêt pour l'entretien.

Les aspects suivants doivent être pris en compte :

- Chacun des deux partenaires doit donner son consentement pour participer à l'entretien
- La première partie du pré-test sur les informations de base sur le VIH/SIDA doit être faite avec les deux partenaires en même temps. La seconde partie qui concerne le counseling proprement dit, doit être conduite séparément pour permettre à chacun d'évaluer librement les implications du test de dépistage, puis les ramener ensemble pour discuter le plan de réduction du risque et la nécessité de la notification au partenaire.
- Lors du pré-test, le conseiller se doit de faire comprendre à ses clients qu'une notification n'est valable que si elle est faite en présence d'un conseiller
- S'enquérir auprès du couple s'il désire avoir les résultats ensemble
- Les résultats doivent être donnés individuellement, le conseiller doit ensuite faciliter le rapprochement et encourager les partenaires à partager leurs résultats
- Après les résultats, les partenaires, s'ils sont d'accord pour l'annonce mutuelle, doivent être reçus ensemble
- Si un des partenaires n'est pas d'accord, le conseiller peut l'encourager à le faire mais il doit respecter la décision du client
- Le conseiller ne doit pas divulguer le résultat sans le consentement de la personne concernée
- Le couple peut être concordant séronégatif, concordant séropositif ou discordant

La présence du VIH au sein d'un couple pose toujours un problème de confiance et de fidélité. Le conseiller doit être capable de faire face aux tensions et désunions qui peuvent survenir au sein des couples. Les besoins sont particuliers aux individus et changent selon que le couple est concordant (positif ou négatif) ou discordant.

2-1 Le couple concordant séronégatif

Le conseiller doit réviser le plan de réduction du risque développé au cours du pré-test. Il doit encourager le couple à discuter des moyens de maintenir des comportements à moindre risque et de protéger leur santé. Il doit aussi expliquer la période de séroconversion et demander au couple de refaire le test dans les 3 à 6 mois suivant le premier test.

2-2 Le couple concordant séropositif

Il est important de conseiller l'homme et la femme mais, le conseiller doit commencer par celui qui est prêt à discuter de ses problèmes.

Le conseiller doit faire face aux réactions psychologiques et aux problèmes émotionnels des deux partenaires. Il est recommandé d'accorder à chaque membre du couple une séance individuelle et de prendre des dispositions pour faire un rapprochement.

Les séances pour couple concordant séropositif permettent de dissiper les malentendus et réduire les actes de violence à l'endroit des femmes. Après l'annonce, le conseiller devra aider ses clients à identifier les stratégies pour rester en bonne santé et maintenir l'entente dans le couple. Il devra aussi insister sur l'utilisation du préservatif et sur le phénomène de la ré-infection.

En général les couples séropositifs ont besoin d'être aidés dans les domaines suivants :

- La communication au sein du couple
- La communication avec la famille élargie
- La communication avec les enfants
- La réconciliation
- La maîtrise de la colère
- L'apprentissage du pardon
- La pratique de l'hygiène sanitaire
- La situation des enfants

La situation des enfants est une des préoccupations majeures des parents vivant avec le VIH. Le conseiller doit donc en discuter avec ses clients et explorer les options pour la prise en charge des enfants en cas d'incapacité ou de mort des parents. Pour cela il doit travailler avec le couple pour identifier des tuteurs au sein de la famille ou de l'entourage du couple. La famille doit jouer un rôle de relais dans le soutien aux PVVIH. A cause de l'ignorance, la famille est confrontée au problème de stigmatisation et de rejet. Le conseiller doit faciliter le maintien du soutien de la famille.

2-3 Le couple sérodiscordant

Bien que les besoins du couple sérodiscordant soient les mêmes que ceux du couple concordant positif, le counseling du couple discordant demande beaucoup plus d'efforts. Le conseiller devra en effet aider les clients à surmonter les tensions et les émotions. Il doit aider le client négatif à accepter son conjoint et à le soutenir. Il doit encourager le client séropositif à vivre positivement. Il doit aussi discuter avec les partenaires d'un plan à long terme pour protéger le partenaire négatif.

Au cours de l'annonce du résultat d'un test de dépistage à un couple sérodiscordant, il est important de discuter de la période de séroconversion (période de fenêtre sérologique). Le partenaire séronégatif a pu être infecté récemment et un test de contrôle 3 mois plus tard pourrait se justifier. Lorsque ce deuxième test s'avère négatif, et en l'absence de tout comportement à risque (rapport sexuel non protégé, par exemple), le partenaire séronégatif est déclaré non infecté par le VIH. Un contrôle systématique et périodique n'est pas nécessaire. Il doit savoir qu'il n'est pas immunisé contre le VIH et qu'il peut s'infecter s'il ne se protège pas.

Le conseiller devra soutenir le couple car le partenaire négatif par peur d'être infecté peut décider de rompre la relation.

Séance 3 : Le counseling des jeunes et adolescents

Dans certains cas, le conseiller sera confronté à des situations de counseling impliquant les adolescents. Ces adolescents peuvent être sexuellement actifs ou non et ils peuvent se présenter seuls ou accompagnés de leurs parents/tuteurs.

Pour les adolescents mineurs qui viennent seuls au centre de counseling, le conseiller doit respecter les lois en vigueur concernant les mineurs. En général, il n'est pas légal de faire subir un test de dépistage à un mineur sans le consentement de ses parents/tuteurs légaux. Le conseiller doit discuter avec le mineur et l'encourager à obtenir l'autorisation parentale. Tester un mineur sans l'autorisation parentale peut être la source de problèmes légaux majeurs, surtout si le jeune homme ou la jeune fille est infecté(e) et qu'il/elle a une réaction négative (ex : suicide) au résultat du test.

Si l'adolescent est accompagné de ses parents, il faut s'assurer qu'il est d'accord pour faire le test de dépistage du VIH. Le conseiller devra discuter en privé avec lui et s'il n'est pas d'accord, le conseiller expliquera aux parents l'avantage de ne pas forcer un enfant à pratiquer le test de dépistage du VIH. Il faut offrir une période de réflexion et donner un autre rendez-vous.

Si l'adolescent donne son accord volontaire pour faire le test, le conseiller doit prendre le temps d'expliquer les implications du dépistage aux parents. Il doit les préparer à recevoir le résultat et à soutenir leur enfant quelle que soit l'issue de ce résultat.

Il est délicat de discuter de la sexualité avec un adolescent surtout si ses parents sont impliqués. Nombreux sont les parents qui n'acceptent pas que leurs enfants soient déjà sexuellement actifs. Le conseiller doit aider l'adolescent qui est déjà sexuellement actif à trouver la meilleure façon de présenter la chose à ses parents étant donné que pour l'adolescent cela peut être la première fois qu'il reconnaît explicitement être sexuellement actif. Le conseiller doit travailler avec les parents pour les aider à porter leur attention sur la meilleure façon de soutenir leur enfant dans ses efforts de changement de comportement plutôt que de le blâmer d'être sexuellement actif.

Comme avec les adultes, pour les adolescents qui sont VIH négatifs, le conseiller doit réviser avec eux le plan de réduction du risque discuté au cours de la session de counseling pré-test. Il faut aussi discuter avec parents et enfant de la meilleure façon d'aider l'enfant à changer de comportement ou maintenir des comportements sains. Au cours de la discussion l'opinion de l'adolescent doit être privilégiée car il s'agit de trouver un plan qui soit le meilleur, réaliste et applicable pour lui.

Le counseling pour un adolescent infecté présente un sérieux défi pour le conseiller. Les jeunes ont du mal à accepter un résultat positif. Etant donné leur jeune âge, plusieurs auront eu un seul partenaire ou seront à leur première expérience sexuelle. Ils auront donc tendance à se sentir trahis et punis par la vie. En apprenant qu'ils sont infectés, leurs rêves et leur sentiment d'invulnérabilité qui caractérisent la jeunesse sont détruits. Plusieurs vont craindre d'être blâmés par leurs parents, leurs amis et leurs familles.

Le conseiller doit donc apporter un soutien psychologique selon les réactions du client adolescent. Il doit collaborer avec les parents ou tuteurs pour maintenir l'enfant en bonne santé physique, psychologique et minimiser le risque de contamination et de réinfections.

Séance 4 : Le counseling des enfants affectés et/ou infectés par le VIH/SIDA

Le counseling des enfants implique presque toujours les parents ou tuteur (surtout la mère) en plus de l'enfant lui-même. Dans la majorité des cas le dépistage d'un enfant fait suite à une maladie chronique ou récurrente de l'enfant ou de la mère. Par conséquent la plus part des enfants testés dans ces conditions sont effectivement infectés par le VIH. Dans quelques rares cas l'enfant peut subir un test de dépistage après un viol.

Pour les enfants de moins de 15 mois, si la transmission mère-enfant est suspectée, le conseiller doit expliquer à la mère ou au couple (après préparation), le fait que la suspicion de l'infection chez l'enfant implique que la mère et le père pourraient l'être également. Aussi, il importe de leur faire comprendre la difficulté de déterminer avec les tests sérologiques actuellement disponibles si l'enfant est infecté ou non du fait de la présence des anticorps de la mère chez l'enfant. La nécessité de refaire le test à l'enfant doit être soulignée. Le conseiller doit toujours avoir à l'esprit la possibilité de référer l'enfant pour un suivi médical. Dans la plus part des cas, le clinicien est en mesure de diagnostiquer le SIDA à la lumière des symptômes présentés par l'enfant.

Le conseiller doit être prêt à répondre aux questions des parents ou tuteurs. Par exemple, même s'il n'est pas possible de confirmer l'infection chez l'enfant, si on détecte des anticorps chez un enfant de moins de 15 mois, cela veut vraisemblablement dire que la mère est infectée. L'un des parents peut soulever cette question. Si la mère est seule avec l'enfant, le conseiller doit explorer la situation familiale de la femme et lui apporter le counseling approprié. Le conseiller doit aussi l'aider à surmonter ses craintes et son sentiment de culpabilité. La mère peut en effet se sentir responsable de la mort prématurée de son enfant.

Si l'enfant est accompagné de ses deux parents, et que la question est posée, le conseiller doit suggérer au couple de se faire tester ensemble. Il doit essayer de porter l'attention sur le couple plutôt que sur la mère. Si le couple accepte d'être testé, le conseiller fournira le counseling comme décrit plus haut.

Si c'est le père ou le tuteur qui accompagne l'enfant, le conseiller doit s'assurer que la confidentialité et l'image de la mère sont respectées.

Chaque fois que l'infection au VIH est identifiée chez un enfant, le conseiller doit travailler avec les parents/tuteurs pour faire face à leur réaction émotionnelle et prévenir la dislocation de la famille qui peut avoir un impact négatif sur la prise en charge de l'enfant infecté. Le conseiller doit donc travailler avec les parents/tuteurs pour trouver des moyens de préserver la santé de l'enfant et lui assurer un développement physique et moral satisfaisant.

Si les parents sont dans l'incapacité de prendre soin de l'enfant, le conseiller devra travailler avec eux pour trouver un relais dans leur famille ou leur entourage.

CHAPITRE IV : SUIVI ET PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE DES PVVS

Le soutien psychosocial et médical dont a besoin le client change au fil de la progression de l'infection. Dans notre contexte défavorisé, la pandémie du VIH/SIDA a un impact négatif sur le niveau socio-économique et la santé des personnes infectées. Le conseiller ne peut pas faire face à tous les besoins exprimés par les clients mais il lui appartient de mobiliser les ressources supplémentaires pour renforcer ses activités de prise en charge. Cela requiert l'intervention de la famille, de la communauté, des groupes religieux, des groupes d'auto assistance, des ONG, des partenaires au développement etc.

Séance 1 : Suivi et soutien psychologique

La majorité des problèmes présentés par les personnes qui se soumettent au dépistage du VIH sont liés à l'annonce du résultat. Pour cela, il est important de ne pas oublier que dans la plupart des cas, les clients qui se présentent pour la première fois éprouvent des craintes qu'ils n'auront pas surmontées après le pré-test. Par exemple après avoir discuté du risque d'avoir contracté le VIH, le client réalise qu'il peut-être infecté et cela le trouble profondément. Le conseiller devra pour cela expliquer à son client que la relation d'aide ne s'arrête pas après l'annonce du résultat, mais ne fera que commencer. Le conseiller va donc suivre son client quel que soit son résultat si ce dernier a besoin de son assistance. Le conseiller doit donc être capable d'identifier ces problèmes, de soutenir son client et si besoin est, de le référer de façon appropriée.

Il existe plusieurs types de réactions face à un résultat de test de dépistage du VIH surtout quand celui-ci est positif. Le client peut être choqué, anxieux ou effrayé ; il peut se mettre en colère, devenir dépressif, avoir des tendances suicidaires, etc. Le conseiller doit être prêt à faire face à ces différentes réactions et encourager son client à avoir des pensées positives.

Les réactions du client peuvent dépendre des éléments suivants :

- La façon dont le client a été préparé. Mais il arrive qu'un client bien préparé réagisse négativement à l'annonce du résultat
- L'existence ou non de problèmes médicaux
- La préexistence d'un réseau de soutien social et émotionnel
- La personnalité du client et ses conditions psychologiques. Dans certains cas, l'annonce d'un résultat positif au VIH fait surgir des problèmes non résolus, ce qui implique le processus de counseling
- Le niveau de stigmatisation et de discrimination de la communauté vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH
- Le niveau culturel et spirituel du client.

Quelles que soient les réactions, le rôle du conseiller consiste à aider son client en lui fournissant le soutien dont il a besoin et en le référant auprès des ressources disponibles.

Pour cela, il doit :

- Donner l'opportunité au client d'exprimer ce qu'il ressent face à ce résultat
- Identifier et explorer les sentiments du client en posant des questions telles que : « *pouvez-vous s'il vous plaît m'en dire plus sur la manière dont vous vous sentez ?* »
- Rassurer le client sur le fait que ses sentiments sont naturels et que cela changera avec le temps
- Essayer d'en savoir plus sur la vie du client
- Déterminer comment le client a réagi face à des difficultés passées
- Identifier un système de soutien (famille, ami(s), partenaires, communautés religieuses, clubs, etc.)
- Aider le client à identifier les actions qui l'aideront à résoudre ses problèmes
- Identifier avec le client les tâches qu'il se sent capable d'accomplir avec le soutien du conseiller
- Assurer le suivi du client ou le référer

En identifiant des actions appropriées aux réactions du client, en identifiant les ressources disponibles en terme de soutien et en se rendant disponible pour le cas où le client aurait besoin d'aide, on parvient à renforcer la confiance du client et ses aptitudes à réagir positivement.

Certains clients ne savent pas quoi faire ou expriment des idées de suicide ou de meurtre. D'autres sont dans l'incapacité de s'exprimer verbalement et le feront à travers des actes. Le conseiller devra alors poser des questions spécifiques pour déterminer si le client a des tendances suicidaires ou des réactions agressives. Le conseiller devra aussi déterminer si le client a un plan pour se faire du mal ou s'attaquer à quelqu'un d'autre. Si c'est le cas, le conseiller doit aider le client à trouver l'aide appropriée pour éviter le pire.

Le conseiller doit aider le client à identifier ses capacités à faire face aux situations difficiles en s'inspirant des situations de crise vécues précédemment. Au cours de l'entretien, le conseiller pourra relever des éléments qui aideront le client à réagir positivement.

Il peut suggérer des solutions spécifiques telles que :

- Parler à un confident (dans la famille ou auprès d'amis)
- Avoir recours au soutien spirituel
- Se rendre à une consultation médicale, etc.

Un client qui se sent incapable de faire face à son résultat doit sentir que le conseiller croit en ses capacités et veut discuter des moyens d'y arriver. Dans de rares cas, le client peut refuser toutes les suggestions du conseiller et refuser de prendre rendez-vous. Avec un tel client, le conseiller doit discuter des différentes options de références et l'assister dans la prise de décision.

Pour aider un client incapable de faire face à son résultat, le conseiller peut utiliser les techniques suivantes :

- Identifier, explorer et valider les capacités du client à faire face aux situations de crises précédentes. Il est rassurant pour un client de se souvenir qu'il a été capable de résoudre des situations de crise dans le passé. Le conseiller, après avoir identifié par la discussion les différents moyens utilisés à l'époque par le client les lui rappellera et les mettra en valeur
- Assister le client avec des techniques concrètes pour résoudre le problème. Utiliser les informations fournies par le client et suggérer des solutions concrètes
- Encourager le client à élaborer un plan d'action à court terme. Le conseiller doit obtenir du client un engagement personnel pour mettre ce plan en pratique et fixer d'autres rendez-vous pour l'assister
- Encourager le client à exprimer son sentiment pendant la situation de counseling et attirer son attention sur les solutions possibles
- Demander au client d'identifier les options et de choisir les actions qu'il posera. Lui demander par exemple d'être précis à propos de ce qu'il fera après être rentré chez lui
- Encourager le client à utiliser l'assistance sociale existante
- Communiquer au client les structures de référence communautaires disponibles

Séance 2 : Les moments de crise dans le counseling

Il peut y avoir des moments de crise quand le client se sent :

- Profondément en danger
- Surpris par ce qui lui arrive
- Troublé émotionnellement
- Paralysé parce qu'il ne voit aucune solution à son problème

Ce que le conseiller doit faire :

- Ecouter attentivement
- Rester calme
- Commenter les sentiments, les craintes ou les efforts du client pour résoudre le problème
- Croire en la sincérité du client
- Etre rassurant et soutenir le client

Ce que le conseiller ne doit pas faire :

- Perdre son sang-froid
- Montrer une fausse assurance
- Donner des directives
- Etre sur la défensive

LES ELEMENTS DE LA SITUATION DE CRISE ET TECHNIQUES DE CONTROLE

- ✓ Le choc provoqué par le fait de réaliser que quelque chose de mauvais est arrivée, qu'on a pris le risque de contracter le VIH et que le résultat du test est positif.
- ✓ La répugnance survient pendant la lutte émotionnelle liée aux implications du choc. Il s'agit d'un écœurement que provoque une chose supposée sale ou qu'on ne peut pas supporter.
- ✓ Le repli sur soi amène le client à s'isoler avec sa peine et sa colère. Cette attitude peut entraîner des dépressions nerveuses.

Au moment de la crise, le conseiller doit immédiatement définir le problème et contrôler la situation. Il peut utiliser les techniques suivantes :

- Poser des questions précises, par exemple : « nous avons besoin de savoir ce qui se passe. Je vais donc vous poser des questions directes. »
- Accepter l'attitude du client en lui disant : « vous êtes en colère contre vous-même, contre moi et contre d'autres personnes, je l'accepte. »
- Apporter un soutien émotionnel en disant par exemple : « Vous êtes en train de lutter et vous avez vraiment besoin de vous exprimer plus longuement, je suis à votre disposition. »

Le conseiller aura besoin de répéter certaines informations que le client n'accepte pas ou ne semble pas comprendre à cause de sa détresse.

Lorsque le client, en utilisant ses propres ressources psychologiques ainsi que les techniques acquises au cours du counseling, arrive à faire face à la situation de crise, il est dans la phase d'approbation.

Séance 3: Les réactions psychologiques

L'infection à VIH a des répercussions psychologiques dues à l'incertitude et à la difficulté d'adaptation du client par rapport à la maladie. On ne peut pas prévoir les réactions à l'annonce d'un résultat positif et au cours de la relation d'aide. Le conseiller doit donc accorder une attention particulière aux réactions des clients surtout au cours de l'annonce d'un résultat positif. Sa tâche consistera à les soutenir et à les aider à vivre dans un cadre positif.

Les réactions les plus courantes sont les suivantes :

3-1 Le choc

C'est une réaction tout à fait normale puisque le client apprend que sa vie est menacée. Sous le choc, le client peut paraître apathique, troublé, désespéré ou instable émotionnellement. En général le client pense que c'est la fin de sa vie et de ses projets.

3-2. Le déni

Le client peut refuser d'admettre son résultat ainsi que les implications de son statut de séropositif au VIH. Lorsque le déni persiste, il peut constituer un obstacle aux changements de comportement.

3-3. La colère

Le client peut se sentir victime du sort et manifester ouvertement sa colère. Il peut aussi adopter une attitude suicidaire ou chercher à nuire aux autres. La colère peut apparaître aussi quand le client est fatigué de la maladie et de tous les efforts à faire pour rester en bonne santé.

3-4 La peur

La peur est le sentiment qui assaille le plus les clients séropositifs. Ils ont peur de mourir, d'être rejeté, de laisser leur famille et leurs enfants sans ressources. Ils craignent beaucoup les effets de la maladie sur leurs facultés physiques.

3-5 Le sentiment de culpabilité

Le client peut se sentir coupable et penser qu'il a pu infecter d'autres personnes. Il peut se sentir responsable de la souffrance que sa maladie inflige à sa famille ou à ses proches.

3-6 La dépression

Le client a parfois l'impression d'avoir tout perdu, sa santé, son travail, ses ambitions, ses relations, etc.

3-7 La dépression

Un client qui perd le contrôle de son existence peut devenir dépressif. Dans la majorité des cas, les personnes qui apprennent qu'elles sont infectées au VIH réagissent négativement. Le stress lié à l'annonce d'un résultat positif peut nuire à l'équilibre psychosocial du client.

Le client peut devenir dépressif pour différentes raisons : l'évolution vers les différents stades de la maladie, le changement de l'apparence physique, le changement de traitement, la perte de l'emploi, la stigmatisation, les problèmes de finance etc.

Le conseiller a la tâche importante de soutenir les clients séropositifs à s'assumer et à vivre dans un cadre positif.

3-8 Les préoccupations d'ordre spirituel

Certains clients trouvent le réconfort dans le soutien spirituel. Celui-ci aide à surmonter la peur de la mort, le sentiment de culpabilité, la colère, etc.

Le conseiller doit accorder une attention particulière aux réactions des clients surtout au cours de l'annonce et particulièrement dans le cas d'un résultat positif.

Séance 4 : Le soutien psychosocial

Le soutien psychosocial est indispensable à la prise en charge des PVVIH et de leurs familles. Les clients déclarés séropositifs doivent accepter leur résultat et vivre avec le VIH en étant confrontés à la discrimination, la stigmatisation, aux longues périodes de maladie, à l'instabilité financière, aux nombreux problèmes psychologiques etc.

Le soutien psychosocial apporte une réponse aux besoins sociaux et psychologiques des personnes vivant avec le VIH, de leurs familles et des personnes qui prodiguent les soins.

Il intervient dans les domaines suivants :

- Le counseling individuel (pré-test, post-test), de groupe, pastoral en rapport avec la communauté
- La prise en charge/développement de plans d'action individuels
- Le soutien économique
- Les groupes d'auto assistance et réseaux de personnes vivant avec le VIH
- La prise en charge à domicile
- Le soutien spirituel et émotionnel
- L'assistance aux orphelins et aux autres enfants vulnérables
- L'accompagnement

4-1 La prise en charge et le développement de plans d'action individuels

Les personnes vivant avec le VIH ont de nombreux problèmes émotionnels, économiques et spirituels qui apparaissent au cours des différents stades de l'infection. L'assistant social doit pouvoir négocier les services du système social gouvernemental et non gouvernemental. Pour cela, il faut évaluer les besoins du client, développer un plan d'action individuel avec le client et assurer les services de suivi. La prise en charge prendra en compte les besoins de chaque client pour apporter une assistance et développer un plan d'action. Pour la prise en charge il faut connaître les ressources sociales disponibles.

4-2 Le soutien économique

Le SIDA est une maladie qui appauvrit. Certaines personnes perdent leur emploi à cause des épisodes fréquents de maladies, mais aussi en raison de la stigmatisation et de la discrimination dont ils sont l'objet. Cela compromet la stabilité financière des PVVIH et affecte leur équilibre familial. En plus, dans le contexte Burundais, les assurances maladies ne sont pas toujours disponibles pour les personnes vivant avec le VIH. Dans de nombreux pays la prise en charge du malade hospitalisé incombe aux membres de la famille. Dans la plupart des cas, il s'agit de femmes sans moyens qui sont parfois elles-mêmes malades. Il y a aussi le problème de vulnérabilité des enfants orphelins.

Les familles pauvres sont plus vulnérables face aux conséquences du VIH/SIDA. Pour procurer à la PVVS les médicaments pour le traitement des maladies opportunistes ou les traitements antirétroviraux, la famille se dépouille et se retrouve ensuite sans ressources. Il importe donc de renforcer les capacités financières des familles.

Les besoins exprimés par les clients sont de plusieurs ordres : nourriture, vêtements, médicaments, logement, soins, travail, spiritualité, accompagnement, etc. Le conseiller doit aider le client à identifier les organisations de soutien matériel. Il doit collaborer avec les ONG, le gouvernement et les partenaires au développement. Il est recommandé de référer les clients auprès de structures spécialisées et de groupes d'auto assistance.

Les programmes de soutien économique pour les PVVS et leur famille sont indispensables et peuvent être fournis par les organisations communautaires et les ONG.

Les services suivants sont à rendre disponibles :

- Prise en charge médicale et psychosociale des PVVS à coûts réduits
- Soutien financier pour les besoins ponctuels : examens médicaux, déplacement, nourriture etc.
- Assistance financière pour la création d'activités génératrices de revenus
- Prise en charge alimentaire et scolaire des orphelins

Les programmes de soutien économique doivent être développés en tenant compte de deux approches :

1. Renforcer les ressources économiques de la famille
2. Soutenir la création de réseaux de protection

Certaines activités identifiées comme pouvant renforcer les ressources financières d'une famille consistent à allouer de petits crédits et à développer des programmes qui assurent le maintien des réseaux de protection communautaire, tels que :

- Développer un programme communal d'agriculture pour couvrir les besoins alimentaires
- Solliciter la contribution des membres de la communauté
- Développer des activités de collecte de fonds (parrainage, gala, matchs, ventes, etc.)
- Développer des activités génératrices de revenus
- Collaborer avec les organisations civiles et religieuses, les ONG, les organisations charitables, les initiatives gouvernementales etc.

Pour assurer la réussite des activités, il faut consulter les responsables communautaires. Les personnes impliquées dans ces activités doivent être formées sur les connaissances de base du VIH/SIDA et les attitudes à avoir face à des personnes vivant avec le VIH. Les coordonnateurs des programmes de soutien économique doivent aussi être formés aux techniques de gestion, de financement, de développement et de soutien socio-économique.

Avant de mettre en place tout programme de soutien économique, il faut faire une évaluation générale des besoins afin de déterminer les besoins des communautés, des familles et des individus vivant avec le VIH/SIDA.

4-3 Les groupes d'auto assistance et les réseaux de personnes vivant avec le VIH

Le mouvement associatif est à encourager. Le regroupement des personnes vivant avec le VIH renforce la solidarité entre elles. En effet, il est bénéfique de trouver des conseillers parmi les personnes infectées par le VIH. Le client a un modèle auquel il peut s'identifier et avec lequel, il peut se familiariser. Les réseaux des PVVIH permettent aux clients de ne plus se sentir rejetés et différents. En plus, les activités développées au sein de ces réseaux vont dans le sens de l'amélioration de la qualité de vie des clients séropositifs.

4-4 La prise en charge à domicile

L'organisation des soins à domicile est importante dans le processus de prise en charge des PVVIH. Elle contribue à répondre à l'insuffisance des ressources au niveau des structures sanitaires. Les soins à domicile permettent de désengorger les structures sanitaires et évitent aux PVVIH d'être exposés aux infections hospitalières. Néanmoins, il faut au préalable s'assurer du consentement du client.

Les visites et soins à domicile sont une activité développée au sein des associations communautaires. Elles aident à insérer le client dans son environnement familial tout en y développant des actions de prévention.

4-5 Le soutien moral et spirituel

Le soutien moral et spirituel peut renforcer les services de counseling et est accessible dans la communauté. Les institutions religieuses sont de plus en plus impliquées dans les programmes liés au VIH/SIDA à travers le soutien pastoral, la prise en charge à domicile et des actions de prévention. Le soutien spirituel se fait avec l'aide des communautés religieuses auxquelles les malades appartiennent.

La majorité des PVVS expriment le besoin d'être soutenues spirituellement à un certain moment de leur maladie. Le conseiller tiendra compte des croyances du client et respectera sa volonté.

Les groupes religieux offrent le soutien nécessaire pour faire face aux frayeurs liés à la question de la mort et aident les malades à se libérer de leurs frustrations et à mieux se sentir.

4-6 L'assistance aux orphelins et aux autres enfants vulnérables

Répondre aux besoins psychosociaux des enfants vulnérables (nourriture, éducation, insertion sociale, etc.) est un moyen d'éviter qu'ils succombent à la délinquance, à la drogue ou à l'isolement social.

Les besoins psychosociaux des orphelins et des autres enfants vulnérables sont énormes et complexes. Les enfants doivent faire face à la détresse de voir leur parent malade ou mourant. Ils peuvent être perturbés par la pensée de voir subir la même souffrance et la même mort. La maladie de leur(s) parent(s) pose des problèmes socio-économiques qu'ils sont dans l'incapacité de résoudre.

Ces enfants ont besoin d'un soutien psychosocial et cela peut se faire à travers l'école, l'éducation pour la santé ou d'autres activités communautaires. Les parents infectés doivent être soutenus dans leur rôle et les enfants doivent avoir l'occasion d'exprimer leurs craintes et leurs frayeurs. Ils doivent également être formés sur la façon de prendre soin de leur(s) parent(s) malade(s). Lorsque le parent décède, l'enfant doit être assisté et bénéficier d'un soutien économique pour éviter qu'il ne sombre dans la dépression, l'isolement et la pauvreté. Les enfants orphelins ont besoin d'être réinsérés au sein de leur famille élargie, leur communauté ou dans des familles d'accueil.

Séance 5 : La référence

Référer un client, c'est l'orienter vers une structure de soin ou d'aide selon son besoin du moment. Pour cela, le conseiller doit connaître les structures de référence avec lesquelles le centre de dépistage collabore, et les critères de recrutement de ces structures.

Cela, revient à souligner l'importance pour une structure de dépistage volontaire d'être en relation avec d'autres structures pour un meilleur encadrement de ses clients

Ce système de référence qu'il soit formel ou informel a besoin d'être documenté pour un meilleur suivi des clients.

5-1 La conduite de la référence

a) Ce qu'il faut faire : lorsque le conseiller pense qu'un client nécessite d'être référé vers une structure de relais,

- Expliquer au client la nécessité pour lui d'être référé vers une autre structure pour le besoin qu'il exprime
- Lui dire ce que le centre fait
- Lui parler de la personne vers laquelle vous allez le référer
- Si son nom et sa sérologie devront être révélés, l'en informer
- Puis le laisser prendre la décision

b) Ce qu'il ne faut pas faire

- Décider à la place du client
- Lui remettre une lettre d'orientation sans son consentement
- Ne pas lui donner des explications sur la nature de la référence
- Ne pas avoir son consentement éclairé

Séance 6 : L'accompagnement

L'accompagnement consiste pour le conseiller à soutenir le malade en fin de vie. Le conseiller accompagnant est différent du thérapeute et de la famille. Son rôle ne consiste pas à changer les choses mais à apaiser le malade et à lui permettre d'exprimer des sentiments qu'il a du mal à exprimer devant sa famille ou ses proches. Le conseiller accompagnant doit véhiculer le bonheur et la joie et transformer la mort en un départ particulier.

6-1 La conduite de l'accompagnement

a) Ce qu'il faut faire :

- Parler avec le malade
- Encourager le malade à s'exprimer
- Apaiser les craintes du malade en lui disant la vérité
- Véhiculer la tendresse et la paix
- Regarder le malade dans les yeux
- Caresser le malade
- Prendre le malade par la main
- Respecter les croyances du malade
- Offrir de petits cadeaux

b) Ce qu'il ne faut pas faire :

- Mentir sur l'évolution de la maladie
- Obliger le malade à faire ce qu'il ne veut pas ou n'aime pas
- Parler du malade en des termes négatifs devant lui
- Manifester des signes de fatigue, de tristesse ou d'impatience
- Pleurer, être désespéré ou en colère

CHAPITRE V : EPUISEMENT DU CONSEILLER

Il est important de reconnaître que le travail de conseiller est difficile et stressant. En effet, les conseillers doivent sans cesse donner du temps, de l'énergie et surtout de la compassion, de la compréhension et de l'espoir. En outre, ils sont confrontés aux épisodes fréquents de maladies qui altèrent l'aspect physique de leurs clients, puis ils doivent faire face à leur mort prématurée. Si le conseiller est une PVVIH, cela est encore plus pénible.

1. Les signes de l'épuisement du conseiller

Il est important que le conseiller reconnaisse, chez lui, les signes de fatigue ou de stress: le vertige, les troubles de mémoires etc. Pour cela il peut utiliser l'approche selon laquelle l'équilibre d'un être humain se définit à travers trois aspects : le corps, la pensée, l'esprit (exemple : trou de mémoire, céphalées, nervosité, vertiges etc).

Les gens ont tendance à ne considérer qu'un seul aspect de la personne, le corps (la santé physique) ou la pensée (traduite par leurs attitudes). Le corps, la pensée et l'esprit sont toujours en relation et ont besoin d'une part égale de soins. Pour être en bonne santé physique un individu doit prendre soin de son état psychologique et veiller à son développement spirituel.

2. Les limites du conseiller

Les conseillers doivent faire attention à ne pas vouloir répondre à tous les besoins des clients. Il est important de faire la part des choses entre la personne du conseiller, la personne du client et les besoins qui créent une relation interactive entre eux.

En évaluant les besoins du client, le conseiller doit se poser la question à savoir ce qu'il peut faire et ce qu'il ne peut pas faire pour son client. Dans la deuxième hypothèse, le client peut être référé.

Le conseiller doit savoir faire la part des choses et reconnaître ses limites, sinon, il risque d'être très rapidement sujet à l'épuisement psychologique. La combinaison d'un sens élevé de la responsabilité, du stress du travail, du manque de soutien adéquat et le fait de se sentir seul crée chez le conseiller le syndrome d'épuisement psychologique (burnout).

3- La conduite appropriée

Il est important que le conseiller :

- demande l'aide quand il en a besoin
- sache dire non
- soit capable de séparer le personnel du professionnel
- partage ses sentiments et ses frustrations
- ne soit pas influencé par ses propres stéréotypes
- participe à des séances de psychothérapie de groupe
- travaille à son rythme
- fasse attention au surmenage

Les thérapies de groupe pour les conseillers devraient être instituées. Les conseillers devraient pouvoir se libérer et s'octroyer des moments de pause pour préserver leur santé mentale.

CONCLUSION

L'appui psychosocial est une composante essentielle en matière de dépistage volontaire du VIH et de la prise en charge des PVVS. Il consiste à créer un environnement dans lequel l'individu ou le groupe prend conscience de sa responsabilité et décide de prendre des mesures en toute connaissance de cause.

Le présent manuel est un outil élaboré à l'endroit des conseillers. Il sera utilisé lors des sessions de formation en counseling VIH/SIDA/IST. Il sera remis à tous les intervenants en matière de counseling afin qu'ils puissent s'y référer dans leurs activités quotidiennes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **ONUSIDA/OMS**, Estimations actuelles concernant le Burundi, Décembre 2003
2. **Ministère de la Santé Publique du Burundi**, Politique de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, Septembre 2003
3. **CNLS Burundi**, Schémas simplifiés de traitement par les médicaments ARV au Burundi, Mars 2004
4. **Haïti**, Enquête de mortalité, morbidité et utilisation des services, 2000
5. **Family Health International** Zimbabwe HIV prevention counseling training manuel, 1999
6. **Population Report** Programme de planning Familial, Série J numéro 35
7. **ONUSIDA/OMS/OPS**, Fiche épidémiologique sur le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles en Haïti, Mise à jour , 2000
8. **Rwanda**, Manuel du conseiller en counseling et dépistage volontaire du VIH, draft 2001
9. **ONUSIDA/OMS**, Données mondiales sur l'épidémie du VIH/SIDA, Décembre 2001
10. **CORNEIL/GHESKIO-FHI/AIDSCAP**, L'assistance counseling: Le counseling, 1994
11. **GHESKIO**, Manuel de prise en charge des IST en Haïti, 2001
12. **FAMILY HEALTH INTERNATIONAL**, Haïti HIV counselors handbook, 2004
13. **CNLS Burundi**, Normes et Directives nationales pour le conseil et dépistage volontaire du VIH, Avril 2004