

PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT
COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LE VIH/SIDA

MODULE 4.
SUIVI ET SOINS CHRONIQUES DES
ENFANTS EXPOSÉS AU VIH OU INFECTÉS
PAR LE VIH

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : cours complémentaire sur le VIH/sida.

8 v.

Contenu: Guide de l'animateur -- Introduction -- Module 1. Rappel de la PCIME et mises à jour techniques -- Module 2. Évaluer, classer et prendre en charge l'enfant pour le VIH/sida -- Module 3. Conseil à la mère VIH positive -- Module 4. Suivi et soins chroniques des enfants exposés au VIH ou infectés par le VIH -- Livret de tableaux. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans les régions à forte prévalence du VIH -- Recueil de photographies.

1.Infection à VIH - diagnostic. 2.Infection à VIH - thérapeutique. 3.SIDA - diagnostic. 4.SIDA - thérapeutique. 5.Nourrisson. 6.Enfant. 7.Gestion maladie. 8.Matériel enseignement. I.Organisation mondiale de la Santé. II.UNICEF III.Titre : Cours complémentaire sur la PCIME dans le VIH/sida. IV.Titre : Cours complémentaire sur le VIH/sida

ISBN 978 92 4 259437 9

(classification NLM: WC 503.2)

© **Organisation mondiale de la Santé 2008**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant - Cours complémentaire sur le VIH/SIDA
préparé par le Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent de
l'Organisation mondiale de la Santé.

TABLE DES MATIÈRES

1.0 INTRODUCTION.....	4
2.0 OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	6
3.0 SUIVI DES ENFANTS NÉS DE FEMMES VIH-POSITIVES.....	6
3.1 SUIVI DES ENFANTS CLASSÉS COMME EXPOSITION AU VIH / INFECTION A VIH POSSIBLE	8
3.2 SUIVI DES ENFANTS CLASSÉS COMME INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE / INFECTION À VIH CONFIRMÉE OU NON INFECTÉS.....	9
JEU DE RÔLES : SUIVI DE L'ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH.....	11
4.0 PRINCIPES DES BONS SOINS CHRONIQUES	12
DISCUSSION DE GROUPE A.....	14
5.0 TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL :	
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LES ARV.....	15
DISCUSSION DE GROUPE B	17
6.0 CLASSIFICATION CLINIQUE PÉDIATRIQUE DE L'OMS POUR L'ÉVALUATION DE L'ACCESSIBILITÉ AU TARV	18
EXERCICE ÉCRIT A.....	21
7.0 CONSEIL POUR L'OBSERVANCE DU TARV	22
JEU DE RÔLES : PRÉPARATION À L'OBSERVANCE.....	27
DISCUSSION DE GROUPE C :.....	27
8.0 OPTIONS DES ARV PÉDIATRIQUES	28
8.1 SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES ARV DE PREMIÈRE INTENTION RECOMMANDÉS POUR L'ENFANT	28
8.2 PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES ARV PÉDIATRIQUES.....	29
EXERCICE ÉCRIT B	30
8.3 EFFETS INDÉSIRABLES DU TARV	31
EXERCICE ÉCRIT C	33
9.0 SOULAGER LA DOULEUR.....	36
9.1 CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES SUR L'ÉVALUATION ET LA MAÎTRISE DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT.....	36
DISCUSSION DE GROUPE D.....	38
9.2 PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE DE LA DOULEUR.....	38
10.0 EXERCICE FINAL DE RÉVISION DES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DU COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LE VIH/SIDA	40
EXERCICE ÉCRIT D.....	40
11. ENREGISTREMENT ET RAPPORTS	42
12. RÉSUMÉ DU MODULE, RÉSUMÉ DU COURS ET CLÔTURE	42

1.0 INTRODUCTION

Le diagnostic et la prise en charge du VIH chez l'enfant sont complexes, et certaines difficultés et considérations sont propres aux enfants, comme l'illustre l'encadré ci-dessous.

Encadré 1.0 Considérations spéciales s'appliquant aux enfants

1. Chez le jeune enfant, le système immunitaire n'est pas achevé, et l'enfant est donc exposé à des infections courantes et opportunistes plus fréquentes et plus sévères.
2. Du fait que les anticorps de la mère se retrouvent chez l'enfant, un test rapide du VIH positif chez l'enfant âgé de moins de 18 mois ne suffit pas pour diagnostiquer l'infection. Un test négatif est cependant utile, car il exclut en général une infection transmise par la mère, à condition que l'enfant n'ait pas été nourri au sein dans les 6 semaines précédentes.
3. La numération CD4 donne des résultats plus élevés chez le jeune enfant que chez l'adulte, et elle décroît avec l'âge pour rejoindre le niveau des adultes vers l'âge de 6 ans. Le dénombrement absolu des CD4 dépend de l'âge et ne peut donc pas être utilisé de la même façon que chez l'adulte pour suivre la progression de l'infection.
4. Le corps de l'enfant réagit de façon différente aux médicaments antirétroviraux, ce qui affecte les doses nécessaires. Les dosages pédiatriques doivent être adaptés au poids de l'enfant au fur et à mesure de sa croissance.
5. Conseiller les enfants dans les domaines de la divulgation de leur statut sérologique, discuter du traitement antirétroviral et de l'observance de ce traitement, exige des efforts et capacités de communication particuliers.

Tous les enfants exposés au VIH, qu'ils soient classés comme EXPOSÉ AU VIH / INFECTION À VIH POSSIBLE ou INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE / INFECTION À VIH CONFIRMÉE, auront besoin d'un suivi régulier et de réévaluations en vue de déterminer les soins et le soutien individuels qui leur seront nécessaires.

Il importe de noter que si un enfant est diagnostiqué comme infecté par le VIH, il n'aura pas nécessairement besoin d'un traitement antirétroviral (TARV). La décision de mettre l'enfant sous TARV dépendra de l'évolution de la maladie.

Si les adultes infectés par le VIH peuvent demeurer asymptomatiques pendant 10 ans ou davantage, chez l'enfant la maladie progresse plus rapidement. Il faut donc assurer un suivi serré et une réévaluation constante de la situation de l'enfant. Grâce à un suivi clinique périodique et à un processus dit de classification clinique, l'enfant pourra être transféré au moment opportun en vue d'un traitement antirétroviral. Plus de 40 % des nourrissons infectés par le VIH présentent des symptômes graves et meurent dans leurs deux premières années de vie en l'absence d'un traitement ARV.

La section 3.0 du présent module vous indiquera comment suivre les enfants des classifications suivantes :

- Les enfants classés comme EXPOSÉ AU VIH / INFECTION À VIH POSSIBLE doivent être suivis et réévalués périodiquement pour déterminer leur statut VIH.
- Les enfants classés comme INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE / INFECTION À VIH CONFIRMÉE devront intégrer un programme de soins chroniques à vie. On l'a dit plus haut, c'est un processus de classification clinique par le suivi et la réévaluation périodiques qui déterminera le moment d'entamer un TARV. Veuillez noter que les nourrissons de moins de 12 mois sont mis sous TARV dès que l'infection à VIH est confirmée.

La section 4.0 vous fournira les principes des bons soins chroniques. La section 5.0 présente les ARV, tandis que la section 6.0 traite de la classification clinique pédiatrique et de l'évaluation de l'indication du TARV. Une fois prise la décision que l'enfant doit suivre un TARV, vous devrez conseiller la mère et l'enfant relativement à l'observance du traitement. Ces aspects sont évoqués à la section 7.0. La section 8.0 porte sur les options antirétrovirales ouvertes aux enfants : les schémas thérapeutiques recommandés, les préparations pharmacologiques destinées aux enfants, les dosages et les effets indésirables. La dernière section constitue un exercice de synthèse qui vous permettra de mettre en pratique toutes les compétences d'évaluation et de conseil que vous aurez acquises dans le cadre de ce cours.

Tout au long de cette section, vous aurez soin d'appliquer les principes de PCIME : par exemple, si une mère VIH-positive¹ amène son enfant en consultation² pour un trouble ou symptôme particulier, ou pour une visite de routine, vous devrez évaluer chez l'enfant les symptômes des maladies courantes de l'enfant, conformément à l'enseignement de PCIME et des modules 1 et 2 de ce cours. En complément de l'évaluation et du traitement des affections aiguës, vous devrez évaluer l'éventuelle infection à VIH chez l'enfant, ce qui pourra impliquer une série de visites ultérieures de suivi.

Vous remarquerez que dans ce cours, le terme de "suivi" désigne les visites cliniques consécutives au dépistage, dans le cadre des programmes de traitement ou de prévention définis entre la mère et l'agent de santé. Par "soins chroniques", on désigne par ailleurs les soins à vie.

Remarque : ce module vise à vous présenter les soins chroniques de l'enfant exposé au VIH ou infecté par le VIH, MAIS ne fournit pas l'ensemble des connaissances et compétences nécessaires aux soins chroniques du VIH. S'il est probable que vous deviez être davantage impliqué(e) dans les soins du VIH, il vous est fortement conseillé de suivre le cours de base PCIMAA sur le TARV et les soins chroniques du VIH. Si par ailleurs vous avez déjà suivi ce cours de PCIMAA, le module 4 ne vous sera pas nécessaire.

¹ Dans ce module, toute allusion à la mère s'applique également à toute autre personne qui a la charge première de l'enfant, selon les cas et en fonction de la situation de l'enfant VIH-positif.

² La mère peut avoir été orientée par un programme de PTME ou par d'autres services cliniques, comme ceux de lutte contre la tuberculose.

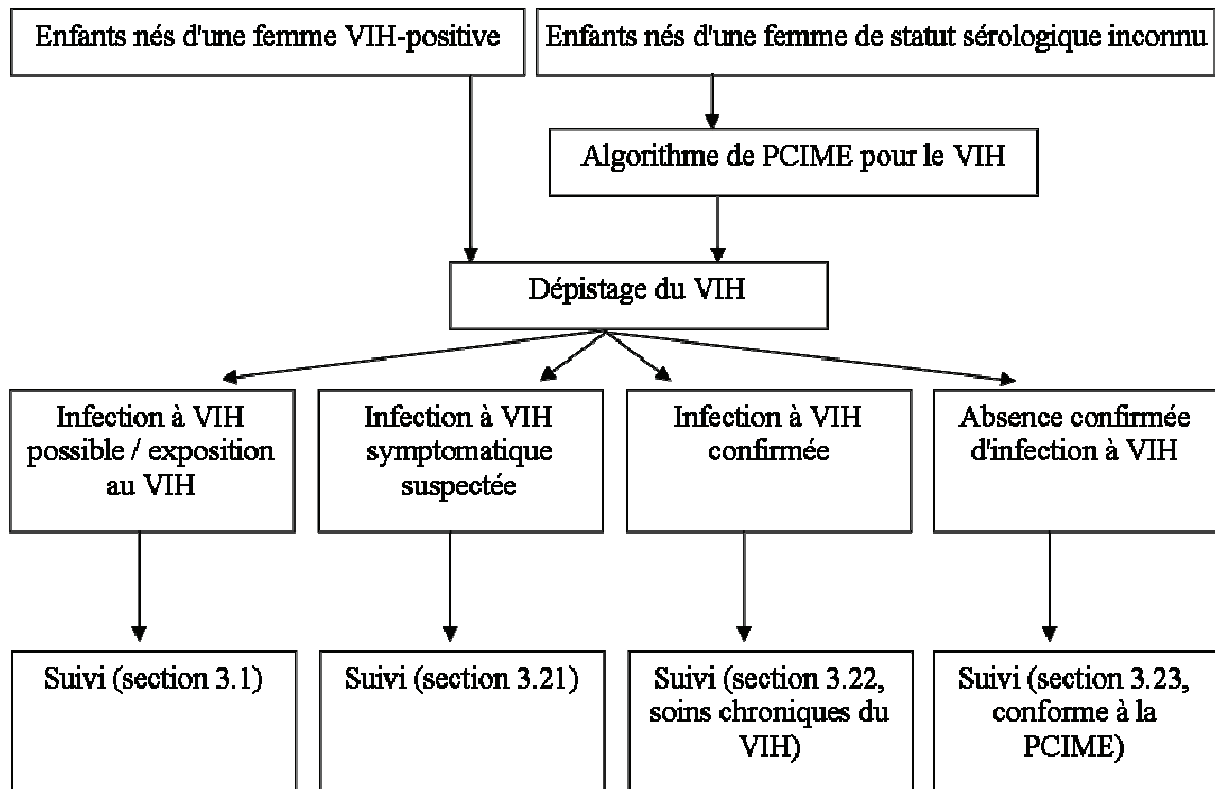
2.0 OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

À la fin de ce module, vous devriez être en mesure de :

- Décrire comment suivre un enfant né d'une femme VIH-positif et faire la distinction entre :
 - le suivi des enfants classés comme EXPOSITION AU VIH / INFECTION À VIH POSSIBLE;
 - Les soins chroniques aux enfants classés comme INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE ou INFECTION À VIH CONFIRMÉE.
- Comprendre les principes des bons soins chroniques.
- Décrire le processus de classification clinique pédiatrique de l'OMS.
- Indiquer comment conseiller la mère ou le tuteur en vue de l'observance du traitement et de la prophylaxie au cotrimoxazole.
- Décrire les schémas thérapeutiques recommandés pour les enfants, les effets indésirables éventuels des médicaments antirétroviraux et la prise en charge de ces éventuels effets.
- Décrire les principes de la prise en charge de la douleur.

3.0 SUIVI DES ENFANTS NÉS DE FEMMES VIH-POSITIVES

Tous les enfants nés de femmes VIH-positives devraient faire l'objet d'un suivi périodique. Par là, on assurera un continuum de soins aux femmes ayant bénéficié des services de PTME avant ou pendant l'accouchement, et on pourra réévaluer l'enfant de façon régulière afin de détecter précocement l'infection à VIH et de déterminer son statut sérologique. Le livret de tableaux de PCIME fournit les détails de ce suivi, qui sont résumés dans les encadrés qui suivent. Lisez-les et voyez comment il convient de suivre les enfants nés de femmes VIH-positives. Sachez que le domaine des connaissances concernant le VIH évolue rapidement, et que ces recommandations de suivi pourront varier de temps à autre. Assurez-vous de mettre en pratique les informations les plus récentes pour les soins de suivi.



Remarque : Les enfants classés comme INFECTION À VIH POSSIBLE / EXPOSITION AU VIH devront être suivis à intervalles réguliers. S'ils sont alors reclassés comme INFECTION À VIH CONFIRMÉE, ils devront intégrer un programme de traitement à vie ici désigné sous le terme de "soins chroniques du VIH".

3.1 SUIVI DES ENFANTS CLASSÉS COMME EXPOSITION AU VIH / INFECTION À VIH POSSIBLE

Le nourrisson classé comme EXPOSITION AU VIH / INFECTION À VIH POSSIBLE peut être en bonne santé ou malade. Quelle que soit la situation, il faudra prendre les dispositions nécessaires pour un suivi périodique dans un dispensaire pour nourrissons bien portants, dans un dispensaire pour les moins de cinq ans ou dans tout autre établissement approprié. Lors de ces visites, on vaccinera les enfants selon les modalités en vigueur, on surveillera leur croissance et on procédera au conseil en matière d'alimentation, à la supplémentation en vitamine A et à la prophylaxie des infections opportunistes, conformément aux directives nationales.

3.1.1 INFECTION À VIH POSSIBLE / EXPOSITION AU VIH

- Revoir : après 14 jours, puis tous les mois pendant 3 mois ou selon les lignes directrices nationales
- Réévaluer à chaque visite de suivi et reclasser le VIH lors de chaque visite de suivi
- Donner un conseil en matière de pratiques alimentaires (page 25 du livret de tableaux, conformément aux recommandations du module 3)
- Respecter une prophylaxie contre les infections opportunistes (cotrimoxazole ou isoniazide selon les directives nationales)
- Appliquer le programme national de vaccination
- Assurer des suppléments en vitamine A tous les 6 mois à partir de l'âge de 6 mois
- Suivre la croissance et le développement
- Effectuer un dépistage virologique du VIH dès que possible après l'âge de 4 à 6 semaines
- Transférer en vue d'un TARV si l'enfant présente un test virologique positif, toute classification sévère suspectée d'être liée au VIH ou une recherche d'anticorps positive avant l'âge de 18 mois, accompagnée de 2 des affections suivantes : candidose buccale, pneumonie grave, malnutrition sévère inexplicquée ou infection bactérienne grave
- Conseiller la mère à propos de son propre statut sérologique et organiser le cas échéant un conseil et un dépistage la concernant.

3.2 SUIVI DES ENFANTS CLASSÉS COMME INFECTION À VIH SYMPTOMATIQUE POSSIBLE / INFECTION À VIH CONFIRMÉE OU NON INFECTÉS

3.2.1 INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE

- Revoir après 14 jours, puis chaque mois pendant 3 mois ou selon les directives nationales
- Effectuer une évaluation complète : classer les maladies courantes de l'enfance, la malnutrition et l'alimentation, l'état cutané et buccal et le VIH, lors de chaque visite
- Vérifier si un dépistage du VIH a eu lieu, et le cas échéant y procéder dès que possible
- Évaluer l'alimentation et surveiller le poids et le gain pondéral
- Encourager les mères à maintenir l'allaitement maternel exclusif
- Donner des conseils concernant tout problème alimentaire nouveau ou persistant
- Entamer une prophylaxie au cotrimoxazole conformément aux directives nationales
- Vacciner conformément au calendrier. Ne pas administrer de BCG.
- Donner de la vitamine A conformément au programme national
- Soulager la douleur le cas échéant
- Transférer à l'hôpital pour confirmation du statut sérologique et mise sous TARV

3.2.2 ENFANT CONFIRMÉ COMME INFECTÉ PAR LE VIH*

- Revoir après 14 jours, puis chaque mois pendant 3 mois ou selon les directives nationales
- Maintenir la prophylaxie cotrimoxazole ou isoniazide
- Surveiller l'alimentation
- Soins à domicile :
 - Conseiller la mère à propos de tout problème nouveau ou persistant
 - Le cas échéant, mettre la famille en contact avec des organisations ou personnes en mesure d'apporter un soutien
 - Conseiller la mère en matière d'hygiène domestique, notamment lors de la préparation des repas
- Réévaluer l'indication du TARV ou transférer à l'hôpital
- Surveiller l'état de santé de la mère et la conseiller en matière de sécurité des pratiques sexuelles et de planification familiale

3.2.3 ENFANT CONFIRMÉ NON INFECTÉ

- Arrêter le cotrimoxazole
- Conseiller la mère sur la prévention de l'infection à VIH et sur sa propre santé

Si le dépistage du VIH n'a pas été effectué :

- Discuter de nouveau des avantages du dépistage du VIH
- Identifier les endroits où peut s'effectuer le dépistage du VIH, y compris les tests virologiques
- Si la mère accepte, organiser un dépistage du VIH et une visite de suivi

Si la mère refuse le dépistage du VIH

- Apporter des soins continus à l'enfant, y compris un suivi mensuel de routine
- Discuter de la prophylaxie par le cotrimoxazole et la fournir
- Lors de visites subséquentes, conseiller de nouveau la mère sur la prévention du VIH et les avantages du dépistage du VIH

** Tout enfant confirmé comme infecté par le VIH devra entamer un parcours de soins chroniques contre le VIH, comprenant l'évaluation de son admissibilité au TARV; voir les sections suivantes de ce module.*

Lors du suivi d'un enfant né d'une femme VIH-positive, vous rechercherez d'abord les signes généraux de danger, puis vous évalueriez et classeriez les maladies courantes de l'enfant, et enfin vous vérifieriez la présence de signes évocateurs du VIH ou liés aux médicaments antirétroviraux nécessitant une hospitalisation. L'encadré ci-dessous reprend les signes qui impliquent un transfert lors du suivi.

Vous remarquerez que certains signes conduisent à une hospitalisation d'urgence, alors que d'autres signalent un besoin moins urgent. Les effets indésirables des médicaments antirétroviraux sont précisés à la section 8.3.

SIGNES À DÉTECTER LORS DU SUIVI QUI EXIGENT UNE HOSPITALISATION D'URGENCE

- Tout enfant de moins de 5 ans classé comme URGENT (rose) dans le cadre de la PCIME (consulter le livret de tableaux ou le module 1)
- Tout enfant qui suit une **PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE** et présente des signes ou caractéristiques de :
 - ❖ syndrome de Steven Johnson (définir), ou
 - ❖ dermatite exfoliative, ou
 - ❖ anémie, ou
 - ❖ infections récurrentes
- Tout enfant (quel que soit son âge) qui présente des effets indésirables graves au **TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (voir section 8.3)**



JEU DE RÔLES : SUIVI DE L'ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH

Cet exercice propose un jeu de rôles concernant le suivi d'un enfant infecté par le VIH.

À la fin de ce jeu de rôles, l'animateur lancera une discussion sur les problèmes que comporte le suivi permanent des enfants infectés par le VIH et sur les moyens de surmonter ces problèmes au niveau de votre dispensaire.

Lungi a 19 mois. Elle a été vue il y a une semaine en raison d'épisodes récurrents de diarrhée. Elle présentait en outre une candidose buccale sévère et des ganglions lymphatiques enflés aux aisselles et à l'aîne. Vous l'avez classé PAS DE DÉSHYDRATATION, PAS D'ANÉMIE, et INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE. Elle a ensuite été transférée pour un dépistage du VIH qui s'est avéré positif.

AGENT DE SANTÉ :

Préparer avec la mère un plan de prise en charge du suivi de cette enfant. Pensez à lui laisser le temps de poser toutes les questions qu'elle voudra et à lui dire que beaucoup peut être fait pour maintenir son enfant en bonne santé.

MÈRE :

Comportez-vous comme une véritable mère dans une telle situation : imaginez vos sentiments en apprenant que votre enfant est infecté par le VIH et a besoin d'un TARV. Posez les questions que pourrait alors poser une mère.

OBSERVATEURS :

Assistez au jeu de rôles et faites vos remarques concernant le conseil fourni, le suivi recommandé et les difficultés rencontrées tant par la mère que par l'agent de santé.

4.0 PRINCIPES DES BONS SOINS CHRONIQUES

La prise en charge des enfants atteints du VIH/sida suppose la capacité d'assurer des soins aigus et chroniques de bonne qualité dans les établissements de santé, en liaison avec les soins à domicile.

Les soins aigus (traités lors du cours sur la PCIME et au module 1 de ce cours) comprennent la prise en charge des maladies courantes de l'enfance, telles que les infections bactériennes, le paludisme, la pneumonie, les infections de l'oreille et les affections cutanées. Dans les pays à forte prévalence de VIH, ces problèmes aigus sont de plus en plus liés à des infections opportunistes qui surviennent en raison de l'immunodéficience provoquée par l'infection à VIH.

L'infection à VIH provoque une maladie chronique qui requiert des soins particuliers. Si on ne traite le patient que lors des épisodes aigus, on ne délivrera que les soins aigus sans assurer pour autant de bons soins chroniques.

Les bons soins chroniques pour l'enfant de moins de 5 ans impliquent que la mère (ou toute autre personne ayant principalement l'enfant en charge) comprenne bien l'état de l'enfant et contribue à sa prise en charge. La mère d'un enfant atteint du VIH doit ainsi supporter une double charge : tout d'abord, si elle vit avec le VIH/sida, elle doit apprendre à gérer sa propre maladie; et ensuite, elle devra apprendre à prendre en charge et à gérer la maladie de son enfant.

La pratique des soins chroniques est différente de celle des soins aigus. En donnant des soins chroniques au nourrisson ou à l'enfant, on doit prendre en compte et suivre divers principes importants énumérés ci-dessous (et à la page 21 du livret de tableaux).

Encadré 2.0 Principes généraux des bons soins chroniques aux enfants infectés par le VIH

1. Mettre en place avec la mère et le nourrisson (ou l'enfant) un partenariat de traitement
2. Mettre au premier plan les soucis et priorités de la mère ou de l'enfant
3. Mettre à profit les aptitudes au conseil acquises au module sur le conseil aux mères, ainsi que les "5 A" dont traite la section 7.0 du présent module
4. Favoriser l'autonomie de la mère et de l'enfant
5. Organiser un suivi dynamique
6. Impliquer des "patients experts", des éducateurs pairs et le personnel d'appui de l'établissement de santé
7. Mettre la mère et l'enfant en liaison avec des ressources et un soutien à base communautaire
8. Employer des supports écrits (registres, plan de traitement, fiches de traitement) pour assurer l'information, le suivi et la conservation des données
9. Travailler en tant qu'équipe clinique
10. Garantir la continuité des soins

La recherche montre que les patients traités selon ces principes se portent mieux. Cinq de ces principes sont précisés ci-après.

1. Mettre en place avec la mère et le nourrisson (ou l'enfant) un partenariat de traitement

Qu'est-ce qu'un partenariat? C'est un accord entre au moins deux personnes en vue de collaborer de façon convenue à un objectif commun. Dans le cadre des soins chroniques, le partenariat s'établit entre l'agent de santé (ou l'équipe clinique) d'une part, et la mère et l'enfant de l'autre. Un partenariat implique une responsabilité partagée par les parties. Chaque partenaire est conscient de son rôle au sein du partenariat. Les partenaires se traitent avec un mutuel respect. Aucun partenaire ne dispose d'un pouvoir de décision absolu.

2. Mettre au premier plan les soucis et priorités de la mère et de l'enfant

Bien souvent, en se focalisant sur les signes ou symptômes évidents de maladie, on risque de passer à côté des véritables raisons de la visite de la mère. Or, il est important de connaître ces raisons : l'enfant est-il malade? A-t-il de la toux, de la diarrhée, des ulcérations buccales, ou les trois? La mère a-t-elle peur, rencontre-t-elle des difficultés ou éprouve-t-elle des besoins psychologiques ou sociaux? Si l'enfant est malade, vous devrez l'évaluer, le classer, le traiter, le conseiller et le suivre par rapport à toutes les maladies courantes de l'enfance (module 1). Mais vous devrez aussi poser des questions d'ordre psychologique et social, observer les besoins et faire en sorte d'y répondre.

3. Mettre à profit les aptitudes au conseil acquises au module sur le conseil aux mères

Les aptitudes au conseil communiquées au module 3 vous aideront à établir de bonnes relations avec la mère et à assurer à long terme des soins de bonne qualité. Pour ces soins à long terme, la mère et l'enfant (selon son âge et sa maturité) devront consentir au plan de traitement. L'agent de santé devra aider la personne chargée de l'enfant à lever les obstacles afin de garantir les soins à long terme. Il faudra prendre des dispositions pour déterminer des dates et actes de suivi et faire en sorte que la mère prenne un traitement tel qu'une prophylaxie au cotrimoxazole ou un TARV.

4. Favoriser l'autonomie de la mère et de l'enfant

Chaque fois que vous évoquerez, en pensée ou en paroles, la prise en charge de la mère VIH-positive et de son enfant infecté par le virus, vous devrez avoir à l'esprit que la mère doit conserver, dans toute la mesure des possibilités et dispositions matérielles, le pouvoir sur ses propres soins et ceux de son enfant. Cette démarche d'autonomie donnera à la mère un sentiment de maîtrise et lui fera mieux accepter sa situation. Il est démontré que cette approche amène les personnes à mieux se soigner.

Dans le cadre de cette autonomie, c'est la mère qui est chargée du traitement quotidien qu'exige l'état de l'enfant.

5. Travailler en tant qu'équipe clinique

La qualité des soins chroniques (tout comme celle des soins aigus) repose sur un travail d'équipe. L'administration d'un TARV suppose un engagement à long terme de la part d'une équipe clinique comprenant une infirmière, un agent de soins, un assistant au TARV (chargé de l'éducation, du soutien psychologique et social et du conseil à l'observance) et d'un responsable médical ou d'un médecin. Ces équipes pourront œuvrer de différentes façons en fonction de leur lieu d'affectation.



DISCUSSION DE GROUPE A

L'animateur demandera aux participants de discuter des différences entre les soins aigus et les soins chroniques.

Les participants apporteront l'expérience de leurs propres situations de travail, pour y appliquer les principes des bons soins chroniques.

5.0 TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LES ARV

Le VIH est un type particulier de virus appelé rétrovirus. C'est pourquoi les médicaments employés pour le combattre sont appelés médicaments antirétroviraux :

Anti
Rétro
Viraux – abrégé en médicaments ARV ou simplement en ARV.

Administer les ARV comme il convient, avec un appui à l'observance, est désigné comme Traitement ARV, ou **TARV**.

On a vu au module 2 que le VIH se reproduit en transformant les cellules CD4 en "usines" à VIH. Les médicaments antirétroviraux interviennent dans le cycle de vie du VIH et l'empêchent de se reproduire. Le TARV ne soigne PAS le VIH, mais en bloquant sa reproduction il évite les dommages au système immunitaire et permet d'améliorer la qualité de vie du patient.

Certains enfants classés comme INFECTION À VIH CONFIRMÉE ou INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE ou INFECTION À VIH POSSIBLE / EXPOSITION AU VIH et qui remplissent des critères spécifiques seront placés recevant un TARV. Leur admissibilité au TARV sera établie au travers d'un processus de classification clinique expliqué à la section 6.0.

Le tableau ci-dessous indique quels sont les 3 types de médicaments antirétroviraux couramment employés. Ces groupes de médicaments agissent sur différents sites et bloquent la multiplication du VIH dans le corps.

Pour que le TARV soit efficace, il faut utiliser une association de 3 médicaments, plutôt qu'un ou deux seulement. Le traitement du VIH en association est équivalent au traitement de la tuberculose en association et se justifie par de nombreuses raisons. Voici les plus importantes :

- **Il faut une grande puissance pour stopper le VIH.** Le VIH se recopie très rapidement. Chaque jour, de nombreuses copies du virus sont produites, et chaque jour, de nombreuses cellules infectées meurent. Un seul médicament peut, par lui-même, ralentir ce rythme d'infection des cellules. Deux médicaments peuvent le ralentir davantage, et trois médicaments associés exerceront un effet très puissant.
- **Les médicaments antirétroviraux des différents types attaquent le virus de différentes façons.** Les différents médicaments ARV attaquent le VIH à différents stades du processus de reproduction (d'abord lorsqu'il pénètre dans la cellule, ensuite lors de la production de nouvelles copies et enfin lorsque ces nouvelles copies tentent de quitter la cellule). En s'attaquant à deux cibles, on améliore les chances d'empêcher le VIH de se recopier et celles de prévenir l'infection de nouvelles cellules immunitaires.

- **Les associations de médicaments ARV permettent de surmonter ou de retarder les résistances.** La résistance est l'aptitude du virus à changer de structure de façon à réduire l'efficacité des médicaments. Il suffit d'une seule modification de faible ampleur pour que le VIH résiste aux effets de certains médicaments comme la névirapine. Pour d'autres, comme la zidovudine, plusieurs changements seront nécessaires. Lorsqu'un médicament est administré seul, le VIH finira par effectuer les changements nécessaires pour y résister. Mais avec deux médicaments, en association, il faudra plus longtemps au VIH pour se transformer et résister. Avec trois médicaments, le délai sera encore rallongé.

MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX COURAMMENT EMPLOYÉS

Inhibiteurs nucléosides de la transcriptase inverse (NsRTI)	Inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (NtRTI)	Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (NNRTI)	Inhibiteurs de protéase (PI)
Stavudine (d4T) Lamivudine (3TC) Zidovudine (ZDV) Didanosine (ddI) Abacavir (ABC)	Ténofovir (disoproxil fumarate** ou TDF)	Névirapine (NVP) Efavirenz (EFV)	Lopinavir (LPV) Saquinavir (SQV) Indinavir (IDV) Nalfinavir (NFV) Ritonavir (RTV)*

* Le ritonavir est employé comme "aide" à un autre inhibiteur de protéase pour renforcer les effets de celui-ci.

** N'est pas encore disponible en utilisation clinique



DISCUSSION DE GROUPE B

Discutez des raisons nécessaires pour l'administration de 3 médicaments dans le traitement de l'enfant et de l'adulte VIH-positif. Consultez la section d'informations de base sur le VIH au module 2.

6.0 CLASSIFICATION CLINIQUE PÉDIATRIQUE DE L'OMS POUR L'ÉVALUATION DE L'ACCESSIBILITÉ AU TARV

Une fois que l'infection à VIH est confirmée chez l'enfant, il est essentiel de pratiquer ce que l'on appelle une CLASSIFICATION CLINIQUE pour ÉVALUER l'enfant ou le nourrisson. Si l'infection à VIH n'est pas confirmée chez l'enfant, mais que vous soupçonnez qu'il pourrait présenter une maladie à VIH grave, il devra être transféré à l'hôpital afin d'évaluer si un TARV est indiqué.

Entamer un TARV n'est pas une urgence. Il est nécessaire de traiter auparavant toute maladie aiguë ou infection opportuniste dont peut être atteint l'enfant.

La classification clinique vous aidera à estimer le degré de déficience immunitaire que présente le nourrisson ou l'enfant. La classification emploie un ensemble de signes et symptômes pour déterminer le degré de déficience immunitaire; par conséquent, pour CLASSER le nourrisson ou l'enfant infecté par le VIH, vous devrez EXAMINER, ÉCOUTER et PALPER, tout en effectuant des tests de laboratoire dans la mesure du possible. Il conviendra de connaître certains des critères de classification pour déterminer le moment auquel transférer l'enfant.

Selon la CLASSIFICATION CLINIQUE PÉDIATRIQUE RÉVISÉE DE L'OMS (2005), l'enfant présentant une infection à VIH confirmée peut appartenir à une catégorie parmi quatre. Un état clinique de stades I ou II indique que le système immunitaire n'est pas encore gravement touché. Les stades III et IV témoignent d'une immunodéficience avancée. On notera que la plupart des affections aux stades 4 et 3 entraînent une HOSPITALISATION D'URGENCE; ce qui est attendu de l'établissement de premier niveau est repérer ces cas. La plupart des affections au stade 2 peuvent être prises en charge par l'établissement de premier niveau.

Consultez la Classification clinique pédiatrique révisée de l'OMS sur les deux pages suivantes puis ouvrez le livret de photographies à la section 6 pour vous exercer à reconnaître les signes et affections pris en compte pour déterminer la classification clinique de l'enfant. L'animateur vous aidera à commenter les photographies pour chacun des stades cliniques.

Classification clinique pédiatrique de l’OMS pour le VIH³

On détermine la classification clinique en évaluant les signes et symptômes de l’enfant. Consultez la classification pour chaque stade et déterminez quel est le stade le plus élevé applicable à l’enfant, si un ou plusieurs des symptômes de l’enfant y figurent.

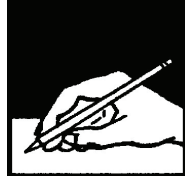
	Classification pédiatrique OMS Stade 1 Asymptomatique	Classification pédiatrique OMS Stade 2 Maladie légère
Croissance	–	–
Symptômes / signes	Pas de symptômes, ou seulement : <ul style="list-style-type: none"> • Lymphadénopathie généralisée persistante (LGP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertrophie persistante inexplicée du foie ou de la rate • Hypertrophie persistante inexplicée de la parotide • Affections cutanées (prurigo, dermatite séborrhéique, verrues ou molluscum contagiosum étendus, onychomycose infectieuse, zona) • Affections buccales (ulcérations buccales récurrentes, érythème gingival linéaire) • Infections récurrentes ou chroniques du système respiratoire (sinusite, infections de l’oreille, amygdalites, otorrhées)
Traitement ARV	Indiqué : <ul style="list-style-type: none"> • <u>Chez tous les nourrissons de moins de 12 mois, indépendamment des CD4</u> • 12–35 mois et CD4 $\leq 20\%$ (ou ≤ 750 cellules) • 36–59 mois et CD4 $\leq 15\%$ (ou ≤ 350 cellules) • 5 ans et CD4 $\leq 15\%$ (ou ≤ 200 cellules/mm³) 	Indiqué : Comme pour le stade 1

³ Remarque : il s’agit là de recommandations provisoires, sujettes à modifications.

Classification pédiatrique OMS Stade 3 Maladie modérée	Classification pédiatrique OMS Stade 4 Maladie grave
Malnutrition modérée inexpliquée ne répondant pas au traitement normal	Amaigrissement, émaciation, malnutrition grave inexpliqués ne répondant pas au traitement normal
<ul style="list-style-type: none"> • Candidose buccale (hors période néonatale) • Leucoplasie orale chevelue • Absence inexpliquée de réponse au traitement de : <ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée > 14 jours - Fièvre > 1 mois - Thrombopénie* (<50 000/mm³ pendant > 1 mois) - Neutropénie (<500/mm³ pendant >1 mois) - Anémie pendant >1 mois (hémoglobine < 8 g/dl)* • Pneumonie bactérienne sévère récurrente • Tuberculose pulmonaire • Tuberculose ganglionnaire • Pneumonie lymphocytaire interstitielle (PLI) symptomatique* • Gingivite/périodontie ulcéronécrotique • VIH chronique associé à une atteinte pulmonaire, y compris bronchiectasie* 	<ul style="list-style-type: none"> • Candidose œsophagienne • Plus d'un mois d'ulcérations à herpes simplex • Infections bactériennes sévères multiples ou récurrentes ≥ 2 épisodes/an (à l'exception de la pneumonie) • Pneumonie à <i>Pneumocystis</i>* • Sarcome de Kaposi • Tuberculose extrapulmonaire • Abscès toxoplasmique cérébral * • Méningite à cryptocoques* • Cryptosporidiose chronique • Fistule rectale acquise liée au VIH • Encéphalopathie à VIH*
<p>TARV indiqué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez tout enfant de moins de 12 mois – en général indépendamment des CD4, mais en cas de tuberculose, de PLI, de leucoplasie orale poilue – TARV <p>L'instauration du TARV pourra être retardée si les CD4 sont au-dessus du seuil de l'immunodéficience fixé pour l'âge.</p>	<p>TARV indiqué : Indépendamment du nombre de CD4 et doit être instauré aussitôt que possible.</p> <p>Si l'infection à VIH n'est PAS confirmée chez un nourrisson de moins de 18 mois, on peut poser un diagnostic d'infection à VIH sévère présomptive, défini de la façon suivante :</p> <p>Présence d'anticorps du VIH ET Une des affections suivantes :</p> <p>Candidose buccale Pneumonie grave Septicémie grave</p>

* Ces maladies seront diagnostiquées par un médecin ou un agent de santé. Les cas seront transférés pour diagnostic et traitement.

✦ Chez l'enfant ayant un diagnostic d'infection à VIH sévère présomptive, s'il n'est pas possible de confirmer l'infection à VIH, on pourra instaurer un TARV.



EXERCICE ÉCRIT A

Selon la classification clinique pédiatrique révisée de l'OMS, à quel stade clinique doit-on classer les enfants suivants, infectés par le VIH et présentant les caractères suivants, sans aucun autre signe?

1. Âgé de 4 ans, nombreux ganglions lymphatiques de plus de 0,5 cm à l'aisselle, à l'aîne et au cou sans cause sous-jacente.
2. 6 mois, statut VIH confirmé par PCR, s'alimente mal, amaigrissement sévère réfractaire au traitement.
3. 9 mois, diarrhée persistante et zona.
4. 3 ans, avec lymphadénopathie persistante et pneumonie sévère récurrente.
5. 9 ans, sarcome de Kaposi, en bonne santé par ailleurs.
6. Nourrisson de 12 mois qui se porte bien, mais dont la mère est VIH-positive.

7.0 CONSEIL POUR L'OBSERVANCE DU TARV

Certains enfants classés comme INFECTION À VIH CONFIRMÉE recevront un TARV, en fonction de leur classification clinique et de l'évaluation de leur préparation au TARV. Il vous appartiendra d'apporter à la mère ou à l'enfant, selon son âge et son degré de maturité, un conseil et un appui afin que le traitement soit observé de façon permanente.

L'observance du traitement est absolument essentielle à son succès, mais divers obstacles peuvent la rendre difficile chez l'enfant :

- Le jeune enfant dépend fortement de ses parents ou tuteurs pour que l'observance soit assurée.
- Il peut être insuffisamment compris que la pharmacothérapie est indispensable à la fois pour le parent et l'enfant.
- Bien des parents ne souhaitent pas divulguer son statut à l'enfant ni à d'autres qui contribuent aux soins, ce qui risque de poser des problèmes pour administrer les doses nécessaires lorsque le parent est au travail ou l'enfant à l'école.
- Il n'existe guère d'associations médicamenteuses à doses fixes convenant à l'usage pédiatrique, et il faut donc employer des mélanges complexes de comprimés et de potions.
- Les médicaments ont souvent un goût insupportable pour les enfants, ce qui rend leur administration difficile.
- Il existe des intolérances liées à la toxicité et aux effets indésirables.
- Les coûts des médicaments et du suivi peuvent devenir prohibitifs.

Compte tenu de ces contraintes, on peut apporter un appui à l'observance en impliquant les parents aussi bien que l'enfant (selon son âge et son degré de maturité) et en tenant avec la mère plusieurs séances préparatoires de conseil.

Préparer le patient à l'observance du TARV implique de la part des agents de santé le respect des "5 A" :

Appréciation (Évaluation)
Avis (Conseil)
Accord
Assistance
Arrangements (Dispositions)

En voici, pour chacun, quelques exemples.

➤ **APPRÉCIER (Évaluer)**

○ **Appréciez les objectifs de la mère ou de l'enfant pour la visite en cours**

"Avez-vous une question spéciale à poser sur le VIH/sida ou le TARV, dans cette visite d'aujourd'hui?"

○ **Appréciez ce que la mère ou l'enfant savent du traitement ARV (TARV)**

Pour évaluer ce que la mère ou l'enfant connaissent du TARV, il faudra poser des **questions spécifiques**. Les questions du type "Avez-vous tout compris à propos du traitement antirétroviral?" seront de peu d'utilité. La plupart des mères répondront "oui" à cette question, même si elles ne la comprennent pas complètement. Il est préférable de poser des questions exigeant de la mère davantage qu'un "oui" ou "non". **Ce sont les questions qui appellent la mère à s'expliquer librement qui permettront d'apprécier ses connaissances réelles.** Il est important de la **mettre à l'aise**, et non de lui donner le sentiment de passer un examen! Si la mère a mal compris ou oublié une information, rassurez-la en lui disant que c'est normal et rappelez-lui à nouveau ce qu'il faut savoir à ce propos.

Pour évaluer les connaissances de la mère, on pourra poser des questions comme :

"Que pouvez-vous dire sur le VIH/sida et le TARV?"

Le cas échéant, on pourra poser des questions plus précises, car des questions aussi **vastes** que "Que pouvez-vous me dire du VIH/sida et du TARV?" risquent parfois de dépasser la mère. En ce cas, elle répondra "rien", tout en en connaissant nombre d'aspects que vous pourrez déceler par des questions **plus limitées, mais plus pointues** telles que :

- ✓ Quels sont les bénéfices du TARV?
- ✓ Le TARV soigne-t-il le VIH chez le patient?
- ✓ Pendant combien de temps faut-il suivre un TARV?
- ✓ Quels sont les effets du TARV sur les défenses du corps?
- ✓ Pourquoi est-il aussi important de venir régulièrement au dispensaire lorsqu'on prend un traitement antirétroviral?
- ✓ Que pouvez-vous me dire des effets indésirables du TARV?
- ✓ Quand on suit un TARV, pourquoi est-il si important de ne pas oublier une prise de médicaments?
- ✓ Que se passe-t-il si le traitement antirétroviral n'est pas pris correctement?
- ✓ Pourquoi ne faut-il pas prendre d'autres médicaments avec le TARV sans consulter d'abord le centre de santé?

○ **Appréciez la motivation vis-à-vis du traitement**

Toutes les mères ne cherchent pas nécessairement un TARV pour leur enfant, même s'il y est médicalement admissible. Les mères peuvent avoir dans leur vie d'autres préoccupations urgentes qui les conduisent à retarder le démarrage du TARV.

C'est pourquoi il est nécessaire de procéder à une évaluation approfondie, pour s'assurer que la mère ou l'enfant souhaitent vraiment que l'enfant suive un traitement ARV.

➤ **AVISER (Conseiller)**

"J'ai quelques informations sur le VIH/sida et le traitement ARV. Cela vous intéresse-t-il?"

Conseillez la mère sur les sujets suivants :

- La maladie à VIH et sa progression prévisible (en adaptant l'explication aux conditions locales, et en employant un langage que le patient sera en mesure de comprendre). Expliquez que chez l'enfant, la progression de la maladie est souvent rapide. S'il peut sembler asymptomatique les premiers temps, l'enfant va devenir vulnérable aux infections opportunistes, qui se feront plus graves à mesure que le VIH attaquera les défenses corporelles.

Traitement ARV (TARV)

- Indiquez à la mère que les ARV sont des médicaments qui sauvent la vie. La vie de son enfant dépend d'un dosage correct, pris deux fois par jour, aux heures exactes.
- Les comprimés ne soignent pas le VIH : ils ne font que le maîtriser. Il est donc essentiel que le nourrisson ou l'enfant ne cesse JAMAIS de prendre ses médicaments. S'il cessait, il retomberait malade, car ses défenses corporelles seraient attaquées et son immunité chuterait à nouveau.
- Il ne faut JAMAIS partager les médicaments avec la famille ou avec des amis. L'enfant doit prendre l'intégralité de la dose.
- Les ARV sont des médicaments très puissants. Expliquez la possibilité d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables tels que nausées et vomissements, qui devront être pris en charge.
- Indiquez à la mère quelles autres démarches sont à entreprendre pour renforcer l'observance :
 - impliquer toutes les personnes qui s'occupent de l'enfant, les deux parents et l'enfant lui-même en fonction de son âge et de sa maturité, lors de plusieurs séances de conseil. Dévoiler prudemment son état à l'enfant peut lui permettre de comprendre l'importance de respecter le traitement.
 - Faire participer les infirmières scolaires ou le personnel de l'orphelinat, le cas échéant.
 - Adapter le dosage à la variation du poids corporel au cours des visites de suivi.
 - Choisir des formulations pharmacologiques appropriées, tenant compte de facteurs tels que le goût et les contraintes des comprimés.
 - Retenir des schémas similaires à ceux des parents, le cas échéant.

REMARQUE : Ne débordez pas la mère en lui livrant trop d'informations à la fois. Elle aura besoin de temps pour en assimiler certaines, avant de pouvoir se concentrer sur d'autres. C'est pourquoi il est préférable de répartir le conseil sur plusieurs visites, en notant sur le volet éducation de la fiche de traitement quelles informations ont déjà été fournies.

➤ ACCORD

Il est important de bien établir que la mère est en demande, motivée et en accord vis-à-vis du traitement du nourrisson ou de l'enfant plus âgé, avant d'entamer son traitement. C'est à la mère qu'il appartient d'assurer que l'enfant prenne son traitement deux fois par jour et d'être suffisamment motivée pour procéder aux adaptations de la vie quotidienne nécessaires à cette tâche. À mesure que l'enfant grandira, il deviendra important qu'il connaisse le TARV et comprenne la nécessité d'une observance absolue.

Commencez par demander :

"Après toutes ces explications et tous ces conseils, dans quelle mesure pensez-vous que votre enfant pourra prendre ce type de traitement?"

Outre la réponse à cette question, tenez compte d'autres paramètres pour mesurer la motivation de la mère (car dans la pratique l'impression de l'agent de santé ne correspond pas toujours à la situation réelle). Vous pourrez par exemple vérifier :

- si la mère a fait la preuve de sa capacité à honorer les rendez-vous de son enfant et à respecter d'autres traitements;
- si la mère souhaite un traitement pour son enfant et comprend à quoi sert le traitement;
- si la mère est prête à emmener son enfant au dispensaire pour les visites de suivi;
- si la mère suit son propre traitement, ou bien si elle a besoin d'un traitement.

➤ ASSISTER

Recherchez ce qui est nécessaire pour aider la mère dans le TARV de son enfant :

"Quels problèmes pourriez-vous rencontrer pour suivre ce plan de traitement?"

"Quelles questions avez-vous à poser sur ce traitement ou sur la façon de suivre ce plan?"

Aidez la mère à obtenir les ressources, l'appui et les dispositions nécessaires à l'observance du traitement :

- Possibilité d'emmener l'enfant aux visites de suivi prévues
- Situation domestique et professionnelle de la mère lui permettant de donner régulièrement ses médicaments à l'enfant sans stigmatisation de la part du milieu
 - Accès régulier à des médicaments gratuits ou abordables
 - Famille ou amis solidaires
 - Dévoilement de l'état de l'enfant à l'enfant lui-même ou à la famille
 - Association d'appui à l'observance du traitement

➤ ARRANGEMENTS (Dispositions)

Lorsque la mère et l'enfant seront prêts à entamer un TARV pour l'enfant, en parler à la prochaine réunion de l'équipe clinique, puis mettre au point un plan.

Sachez qu'il ne sera pas possible de préparer la mère et l'enfant à l'observance du traitement lors de la visite même où vous aurez décidé de son accessibilité au traitement. Il faut habituellement pour cela au moins 2 ou 3 visites et la participation d'autres membres de l'équipe clinique ainsi que d'un compagnon de traitement.

Si la mère a besoin d'une séance supplémentaire de préparation à l'observance, organiser un suivi afin d'appuyer les messages essentiels.

Si la mère le souhaite, organiser une rencontre avec le groupe de soutien au TARV.

L'adoption du TARV exige un engagement à long terme de la part de l'équipe clinique comme de la mère (et de l'enfant, en fonction de son âge). Les deux parties auront besoin de l'appui et de l'aide de compagnons de traitement et d'autres membres de la communauté.

LE CONSEIL PERMANENT À LA MÈRE VIH-POSITIVE

Pensez toujours qu'il est important d'assurer en permanence un appui et un conseil à la mère VIH-positif :

- en encourageant un dépistage précoce du nourrisson à l'aide du meilleur test disponible;
- en appuyant le choix d'alimentation du nourrisson effectué par la mère;
- en assurant un suivi régulier;
- en prescrivant du cotrimoxazole conformément aux directives du module 2;
- en donnant à la mère l'accès à un groupe de soutien comportant d'autres mères.



JEU DE RÔLES : PRÉPARATION À L'OBSERVANCE

Mary est âgée de 2 ans. À l'âge de 18 mois, elle a subi un test des anticorps du VIH qui s'est avéré positif et a été classée comme INFECTION À VIH SYMPTOMATIQUE CONFIRMÉE.

On l'emmène aujourd'hui au dispensaire pour une visite de suivi, et elle est classée comme présentant une candidose buccale et un POIDS TRÈS FAIBLE. L'équipe clinique a conclu qu'elle a besoin d'un TARV.

L'agent de santé devra conseiller la mère quant à la préparation à l'observance du TARV, à l'aide des "5 A".

La mère s'efforcera de se comporter comme le ferait une véritable mère dans une telle situation.

Le reste du groupe observera le jeu de rôles et commentera les conseils fournis ainsi que toute difficulté rencontrée par la mère ou l'agent de santé au cours de la consultation.



DISCUSSION DE GROUPE C : PRÉPARATION À L'OBSERVANCE DU TARV

1. Les participants donneront des exemples des raisons pour lesquelles l'observance du TARV peut poser des difficultés chez l'enfant.
2. L'animateur notera tous ces exemples au tableau.
3. Avec l'aide de l'animateur, vous déterminerez lesquels de ces exemples peuvent se résoudre dans le cadre des "5 A".

8.0 OPTIONS DES ARV PÉDIATRIQUES

Cette section résume les schémas thérapeutiques ARV de première intention recommandés pour l'enfant (voir posologies à l'annexe B).

8.1 SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES ARV DE PREMIÈRE INTENTION RECOMMANDÉS POUR L'ENFANT

L'OMS recommande les schémas thérapeutiques suivants pour le traitement antirétroviral des enfants. Le choix du schéma au niveau des pays sera fonction des directives nationales sur les TARV.

AZT ou d4T + 3TC + NVP ou EFV* :

AZT + 3TC + NVP

AZT + 3TC + EFV

d4T + 3TC + NVP

d4T + 3TC + EFV

ABC + 3TC + NVP ou EFV* :

ABC + 3TC + NVP

ABC + 3TC + EFV

* Si < 3 ans ou < 10 kg, administrer NVP. EFV ne peut pas être administré chez ces enfants.

Recommandations – Quand instaurer un TARV

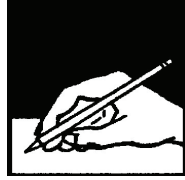
POPULATION	< 12 mois HIV confirmé	≤ 12 mois Infection à VIH présomptive*	1 à 4 ans	≥ 5 ans
AMORCER LE TARV	Tous les enfants dont l'infection à VIH est confirmée indépendamment de la présentation clinique ou des CD4	Tous	Critères cliniques ou immunologiques	Critères cliniques ou immunologiques
Degré de recommandation	Forte	Forte (limitée dans le temps en fonction des résultats sur les algorithmes)	Forte	Forte
<p>*S'il n'est pas possible de réaliser un test viral, utiliser le diagnostic d'infection à VIH présomptive – avec des symptômes cliniques ou un faible nombre de CD4 – permet d'instaurer du TARV en fonction d'un diagnostic présomptif et de l'arrêter si l'enfant est classé comme non infecté. TEXTE UNIQUEMENT – Chez les enfants en bonne santé dont le diagnostic a été posé tard, on peut retarder l'instauration en fonction des CD4/CV</p>				

8.2 PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES ARV PÉDIATRIQUES

La gamme des formulations pédiatriques ARV disponibles dans le commerce est étroite, et la plupart des médicaments n'ont pas de formulations solides dosées de façon appropriée à une utilisation pédiatrique. Les formulations liquides sont souvent d'accès difficile, et même lorsqu'elles sont disponibles, elles risquent d'être d'un emploi peu pratique dans les régions pauvres, en raison de la réfrigération nécessaire, de leur volume important en termes de stockage et de transport et de leur durée de vie limitée. Elles peuvent en outre être plus chères que les formulations solides. Les formulations liquides doivent parfois être prises en volumes importants pour obtenir le dosage optimal; elles sont fréquemment d'un goût désagréable pour les enfants, et il faut parfois de l'eau propre pour mélanger les solutions. Certaines des formulations liquides contiennent de l'alcool, nuisible pour l'enfant.

Certains comprimés et capsules se présentent à des doses suffisamment modestes pour permettre un dosage adapté aux enfants d'à peu près tous les âges (ainsi, les capsules d4T sont de 15, 20 et 30 mg, et pour NFV (nelfinavir) on dispose de comprimés sécables). Lorsqu'il n'existe pas de médicaments ARV à des dosages convenant aux enfants, l'OMS conseille actuellement d'employer éventuellement des médicaments pour adultes, mais ceci ne peut ordinairement s'appliquer qu'aux enfants pesant plus de 10 kg. Le plus souvent, on ne peut obtenir la meilleure dose possible qu'en divisant des comprimés. À cet égard, les agents de santé aussi bien que les personnes responsables de l'enfant devront connaître les problèmes qu'entraîne la division de comprimés conçus pour l'adulte :

- la possibilité de sous-dosage du médicament, susceptible d'accroître le risque de résistance;
- la possibilité de surdosage du médicament, susceptible d'accroître le risque de toxicité;
- la difficulté d'adapter les doses à la croissance de l'enfant;
- dans certains comprimés comportant des associations médicamenteuses (par exemple ZDV/3TC à dose fixe), les composants ne sont pas également répartis dans le comprimé, dont la division conduirait donc à une dose erronée de chaque composant;
- les associations à dose fixe pour adultes aujourd'hui disponibles ne comportent pas toujours les proportions de chacun des médicaments adaptées à l'enfant selon son poids (comme dans le cas de NVP).



EXERCICE ÉCRIT B

La méthode préférable pour calculer avec précision les dosages se basant sur le poids de l'enfant, exercez-vous sur les exemples suivants pour calculer les dosages nécessaires au traitement d'enfants de poids différents. Servez-vous pour cela de l'annexe B du livret de tableaux.

Exemple :

Un enfant de 10 kg est placé sous d4T/3TC/NVP. Cherchez dans le livret (pages 50-52) le tableau des doses ARV par kg de poids. La dose de d4T pour l'enfant de moins de 30 kg est de 1 mg/kg/dose, deux fois par jour. La dose totale est de $1 \text{ mg} \times 10 \text{ kg} = 10 \text{ mg}$ de d4T, deux fois par jour.

Exercez-vous à doser tous les ARV de première intention et une association à dose fixe de d4T/3TC/NVP pour les catégories de poids suivantes :

- 1) enfant de 12 mois et 10 kg
- 2) enfant de 10 mois et 8 kg
- 3) enfant de 13 mois et 12 kg
- 4) enfant de 2 ans et 10 kg
- 5) enfant de 3 ans et 15 kg

8.3 EFFETS INDÉSIRABLES DU TARV

La plupart des médicaments entraînent des effets secondaires d'une sorte ou d'une autre, même si dans la majorité des cas il s'agit d'effets légers, et si tous les utilisateurs ne ressentiront pas les mêmes effets au même degré. Moins de 5% des patients sous TARV éprouvent des effets cliniques indésirables graves. Les patients sont bien plus nombreux à subir des effets indésirables peu graves, mais gênants, notamment en début de traitement. Si les enfants et les personnes qui les ont en charge connaissent ces effets, ils seront plus faciles à assumer.

Nombre de mères et d'enfants se préoccupent des éventuels effets secondaires lors de leur premier début de TARV. Il sera important de prévenir la mère des effets indésirables les plus courants, et de lui indiquer les moyens de remédier à ces effets indésirables.

La mère d'un enfant qui présente un grand nombre d'effets indésirables risque de s'en alarmer et de cesser pour cette raison d'administrer correctement ses médicaments à l'enfant. Parallèlement, les enfants qui souffrent de ces effets peuvent refuser de prendre leur traitement. On a déjà vu à quel point il est indispensable de prendre toutes les doses afin d'assurer le succès du traitement, et ce point devra être rappelé à chaque visite.

Si la mère ou l'enfant se plaignent des effets indésirables, leurs propos sont à prendre au sérieux; dans le cas contraire, ils risqueraient de commencer à "oublier" de prendre leurs médicaments. Il sera important de les encourager, de les rassurer et d'insister sur la nécessité d'une bonne observance au schéma thérapeutique ARV.

On connaît trois types d'effets secondaires. Le tableau qui suit reprend les effets indésirables les plus courants des médicaments ARV.

EFFETS INDÉSIRABLES DES MÉDICAMENTS ARV

	Effets indésirables très courants : <i>Avertir les patients et proposer des moyens de gestion; se préparer aussi à la prise en charge du patient en cas de besoin de soins</i>	Effets indésirables pouvant avoir des conséquences graves : <i>Avertir les patients et leur recommander de demander des soins</i>	Effets indésirables survenant plus tard en cours de traitement : <i>À discuter avec le patient</i>
d4T stavudine	Nausées Diarrhée	Demander des soins d'urgence : Douleurs abdominales sévères Fatigue ET Souffle court Demander rapidement un avis : Fourmillements, engourdissement ou douleurs aux pieds, aux jambes ou aux mains	Changements dans la répartition des masses graisseuses : Les bras, les jambes, les fesses, les joues s'AFFINENT; Les seins, l'estomac, l'arrière du cou deviennent GRAS.
3TC lamivudine	Nausées Diarrhée		
NVP névirapine	Nausées Diarrhée	Demander des soins d'urgence : Yeux jaunes Éruption cutanée sévère Fatigue ET Souffle court Fièvre	
ZDV Zidovudine (autrement dénommée AZT)	Nausées Diarrhée Migraines Fatigue Douleurs musculaires	Demander des soins d'urgence : Pâleur (anémie)	
EFV Efavirenz	Nausées Diarrhée Cauchemars Troubles du sommeil Troubles de la mémoire Migraines Étourdissements	Demander des soins d'urgence : Yeux jaunes Psychose ou confusion Éruption cutanée sévère	

Dans tous les traitements en association, il est essentiel de fournir à la mère un conseil concernant l'ensemble du traitement, et non chaque médicament spécifique. La mère ne devra jamais cesser de donner un des médicaments à l'enfant, ni lui en donner une dose inférieure. Si la mère estime que l'un des médicaments provoque des effets indésirables sur l'enfant, au point où elle souhaiterait arrêter ou modifier le traitement, elle devra aller consulter aussi vite que possible en compagnie de l'enfant. Elle verra alors un médecin, et en cas d'impossibilité elle devra **INTERROMPRE LES TROIS MÉDICAMENTS À LA FOIS**. Elle ne devra jamais arrêter un seul médicament, ou deux.



EXERCICE ÉCRIT C

Dans le tableau ci-dessous figurent des effets indésirables courants ou potentiellement dangereux de médicaments ARV répandus. Pour chaque effet secondaire, indiquez le ou les médicaments de nature à le provoquer.

Effet indésirable (* soins urgents requis)	Type d'effet indésirable (* soins urgents requis)	Médicament à l'origine de l'effet indésirable
Modifications des masses graisseuses	Majeur – survient après un certain temps dans un traitement à long terme	
Maux d'estomac sévères	*Majeur – le patient doit obtenir d'urgence des soins et doit être hospitalisé en urgence – peuvent être graves, s'ils sont provoqués par une pancréatite	
Fourmillements ou insensibilité dans les pieds ou les mains	Majeur – troubles neurologiques justifiant un avis rapide	
Yeux jaunes	* Majeur – le patient doit obtenir d'urgence des soins et doit être hospitalisé en urgence - toxicité hépatique probable	
Éruption cutanée	* Majeur – le patient doit obtenir d'urgence des soins – peut constituer une réaction sévère au médicament et peut nécessiter une hospitalisation urgente	
Nausées, diarrhée	Mineur – la plupart des patients devront être prêts à faire face à ces effets indésirables	

8.3.1 BIEN PRENDRE EN CHARGE LES EFFETS INDÉSIRABLES

La bonne prise en charge des effets indésirables comprendra les aspects suivants :

- Discuter des effets indésirables éventuels avant d'instaurer un traitement chez l'enfant;
- Donner des conseils sur la prise en charge de ces effets; pour le schéma thérapeutique, utiliser la fiche de traitement du patient;
- Prévenir la mère et l'enfant des effets indésirables éventuellement dangereux et leur dire de rechercher des soins d'urgence le cas échéant;
- Donner une suite immédiate aux effets indésirables, par l'accès au dispensaire ou par téléphone;
- Toujours évoquer les effets indésirables, même si ni la mère ni l'enfant n'en font la demande;
- Mettre le patient en contact avec des éducateurs pairs.

Le tableau ci-dessous résume les effets indésirables les plus courants que rencontrent les patients recevant un TARV, ainsi les mesures à prendre et le conseil à donner à la mère.

SIGNES/SYMPTÔMES	MESURES À PRENDRE
Nausée	Conseiller de donner le médicament avec des aliments (à l'exception de la DDI et de l'IDV). En cas de traitement à la zidovudine, expliquer que c'est un effet courant, qui s'atténue habituellement de lui-même. Traiter les symptômes. Si les symptômes persistent plus de 2 semaines ou empirent, demander conseil ou transférer à l'hôpital.
Migraines	Donner du paracétamol. Rechercher les signes éventuels de méningite (voir livret de tableaux). En cas de traitement à la zidovudine ou à l'EFV, expliquer que c'est un effet courant, qui s'atténue habituellement de lui-même. Si les symptômes persistent plus de 2 semaines ou empirent, demander conseil ou transférer à l'hôpital.
Diarrhée	Hydrater. Suivre les directives du livret de tableaux concernant la diarrhée. Expliquer à la mère que si la diarrhée est due à l'ARV, elle s'atténuera en quelques semaines. Revoir après 2 semaines. Si l'état ne s'améliore pas, demander conseil ou transférer à l'hôpital.
Fatigue	Envisager l'anémie, notamment sous ZDV. Vérifier l'hémoglobine.
Anxiété, cauchemars, psychose, dépression	Parfois causé par l'efavirenz. Donner le soir; conseiller et soutenir (durée généralement < 3 semaines). Demander conseil ou transférer à l'hôpital si dépression sévère ou tendances suicidaires ou psychose. Les difficultés initiales peuvent être prises en charge par amitriptyline au coucher.
Ongles bleus/noirs	Rassurer la mère; il s'agit d'un effet fréquent de la zidovudine.
Exanthème	Sous névirapine ou abacavir, évaluer soigneusement. S'agit-il d'une lésion sèche ou humide? Demander conseil. Si éruption sévère et généralisée ou desquamation, interrompre le traitement et transférer à l'hôpital.
Fièvre	Rechercher les causes courantes de fièvre (selon module 1). Demander conseil ou transférer à l'hôpital. (Il pourrait s'agir d'un effet indésirable, d'une infection opportuniste ou d'une autre nouvelle infection, ou d'un syndrome de reconstitution immunitaire).
Yeux jaunes (jaunisse)	Interrompre le traitement. Demander conseil ou transférer à l'hôpital. (Les douleurs abdominales peuvent provenir d'une pancréatite provoquée par DDI ou d4T). En cas de jaunisse ou de foie tendre, demander un test ALT* et interrompre le TARV. (La névirapine est la cause la plus fréquente). Demander conseil ou transférer à l'hôpital.
Douleurs abdominales ou au côté	
Pâleur : anémie	Si possible, mesurer l'hémoglobine. Transférer à l'hôpital/consulter (et arrêter l'AZT/remplacer le d4T) en cas de pâleur grave, de symptômes d'anémie ou de taux très bas d'hémoglobine (< 8 g/dL)
Fourmillements, engourdissement ou douleurs aux pieds ou aux jambes	En cas d'apparition ou d'aggravation avec le traitement, demander conseil ou transférer à l'hôpital. Chez le patient sous d4T-3TC-NVP, on arrêtera le d4T et on le remplacera par ZVD en l'absence d'anémie (vérifier l'hémoglobine).
Toux ou difficultés respiratoires	Il peut s'agir d'un syndrome de reconstitution immunitaire. Demander conseil.
Modifications des masses adipeuses	Évoquer attentivement ce point avec la mère et l'enfant. Est-ce acceptable pour l'enfant?

* Amino alanine transférase.

9.0 SOULAGER LA DOULEUR

9.1 CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES SUR L'ÉVALUATION ET LA MAÎTRISE DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT

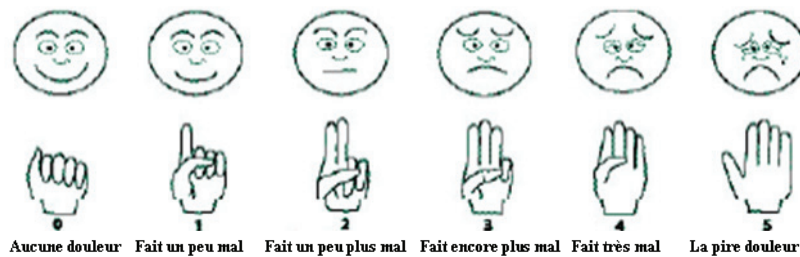
Les enfants infectés par le VIH souffrent souvent de douleurs liées à des causes courantes comme les lésions buccales, des ulcérations ou un érythème fessier. Il est important de soulager la douleur, afin que l'enfant se sente le mieux possible. Les enfants ont besoin que les adultes reconnaissent leur souffrance et y répondent. Bien souvent, l'enfant ne se plaint pas, et l'adulte doit rechercher des signes indiquant une douleur chez l'enfant. En voici quelques-uns :

- Douleur brève : pleurs et expression de détresse
- Douleur persistante : rechercher des signes dans le comportement :
 - irritabilité
 - immobilité
 - perte d'intérêt
 - capacité de concentration réduite
 - troubles du sommeil
 - modification de la façon de se mouvoir
 - agitation
 - augmentation du rythme respiratoire ou du rythme cardiaque

À noter :

- Il importe de faire la différence entre la douleur et l'anxiété.
- Les parents peuvent sous-estimer ou surestimer la douleur chez leur enfant.
- Le jugement que porte l'enfant sur le soulagement de la douleur est à prendre en compte.
- Dans le traitement de l'enfant, ne lui mentez jamais sur les douleurs qu'entraînent les procédures de soins. Expliquez-lui exactement ce qu'il va sans doute vivre, et les mesures que vous prenez pour l'aider à surmonter la douleur.

Les enfants plus âgés sont en mesure de communiquer le degré de douleur en levant un ou plusieurs doigts, ou en désignant un point sur une échelle ou un visage plus ou moins souriant ou affligé; comme ci-dessous.



Il existe diverses méthodes non pharmacologiques qui permettent de soulager la douleur chez l'enfant :

- On peut employer des méthodes cognitives qui y contribuent :
 - Des distractions actives appropriées à l'âge;
 - Les enfants plus âgés peuvent être incités à se concentrer sur un jeu, une conversation ou un récit particulier;
 - La musique ou les chansons peuvent être utiles.
- Autres méthodes non pharmacologiques :
 - Emmittoufler ou prendre le nourrisson dans les bras, lui donner de la chaleur, lui donner le sein ou le nourrir;
 - Le frotter, le bercer, le masser.

Considérations spéciales sur les douleurs cutanées de l'enfant :

- L'enfant infecté par le VIH est sujet aux éruptions, dont certaines sont irritantes. Nettoyer les zones humides et les couvrir d'un pansement, ou les laisser exposées en appliquant une solution de violet de gentiane si les mouches ne sont pas trop nombreuses. Maintenez les ongles courts et propres pour contribuer à réduire l'infection des zones que l'enfant gratte. Donnez un antihistaminique en cas de troubles du sommeil entraînés par le prurit. Parfois, une crème huileuse ou une application brève d'une crème à faible teneur en stéroïdes peut être utile.
- Érythème fessier : La diarrhée peut provoquer dans la région de l'anus un érythème fessier ou des lésions. Encouragez à laver soigneusement à l'eau propre et au savon, et à appliquer un onguent protecteur (vaseline par exemple). Éviter l'emploi permanent de culottes en plastique par-dessus les couches. Changer fréquemment les couches et culottes humides.

DISCUSSION DE GROUPE D

À ce stade, l'animateur conduira une discussion de groupe sur les questions suivantes, concernant la douleur chez l'enfant.

- Comment l'enfant manifeste-t-il sa souffrance?
- Comment peut-on évaluer l'intensité de la douleur chez l'enfant?
- Quelles méthodes peut-on employer pour soulager la douleur chez l'enfant?

9.2 PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE DE LA DOULEUR

Dans le traitement des douleurs chroniques ou sévères, donner des antalgiques à intervalles réguliers. L'échelle des antalgiques compte trois échelons :

ÉCHELON 1

Si l'enfant se présente pour la première fois et ne prend encore aucun médicament, vous commencerez toujours par des médicaments de l'échelon 1 : paracétamol ou ibuprofène. Le choix dépendra de la nécessité d'une action anti-inflammatoire et des précautions d'emploi. L'ibuprofène est particulièrement actif contre les douleurs osseuses.

REMARQUE :

Ne PAS donner d'aspirine aux enfants.

Éviter l'ibuprofène chez l'enfant de moins de 2 ans, préférer le paracétamol.

ÉCHELON 2

Si la douleur persiste ou s'aggrave, elle devra être réévaluée et on ajoutera un opioïde léger à modéré (tel que de la codéine) au régime régulier de soulagement de la douleur proposé au 1^{er} échelon (paracétamol).

ÉTAPE 3

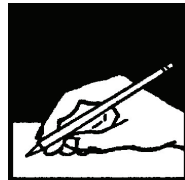
Si la douleur persiste ou s'aggrave, elle devra être réévaluée et on ajoutera de la morphine orale au régime régulier de soulagement de la douleur proposé au 1^{er} échelon. Ne pas associer de morphine à un opioïde.

Le tableau ci-dessous indique les dosages pharmacologiques de soulagement de la douleur par âge et catégorie de poids.

MÉDICAMENTS ANTALGIQUES - DOSAGES PÉDIATRIQUES			
	ÉCHELON 1	ÉCHELON 2	ÉCHELON 3
ÂGE ou poids	Paracétamol À donner toutes les 4-6 heures Comprimés de 100 mg OU Ibuprofène (voir doses en note ⁴)	Codéine À donner toutes les 4 heures Comprimés de 30 mg	Morphine orale 5 mg/5 ml
2 mois à 4 mois (4-< 6 kg)	-	¼	0,5 ml (dose réduite chez le nourrisson < 6 mois)
4 mois à 12 mois (6-< 10 kg)	1	¼	2 ml
12 mois à 2 ans (10-< 12 kg)	1 ½	½	3 ml
2 ans à 3 ans (12-< 14 kg)	2	½	4 ml
3 ans à 5 ans (14-19 kg)	2	¾	5 ml

⁴ Dosages recommandés pour l'ibuprofène : 5-10 mg/kg par voie orale, toutes les 6-8 heures, avec un maximum de 500 mg par jour, c'est-à-dire ¼ de comprimé de 200 mg au-dessous de 15 kg, ½ comprimé de 15 à 20 kg de poids corporel.

10.0 EXERCICE FINAL DE RÉVISION DES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DU COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LE VIH/SIDA



EXERCICE ÉCRIT D

Cet exercice est conçu pour vous aider à exploiter les connaissances accumulées dans le cadre de ce cours; il associe diverses compétences d'évaluation et de conseil, liées à l'évaluation initiale dans le cadre de la PCIME, au traitement des affections aiguës, à l'alimentation du nourrisson, à l'observance, au conseil à la mère, à la classification clinique et aux principes des soins chroniques.

Vous reverrez maintenant pour la dernière fois les 4 enfants de ce cours, Mishu, Dan, Ebaï et Henri. Vous ne les avez pas vus depuis un certain temps. Pour cet exercice, vous aurez besoin des résultats des tests de "Évaluer et classer le VIH chez chacun des enfants", au module 1.

Pour vous les rappeler, voici ces résultats :

Mishu

Le dépistage du VIH chez la mère de Mishu a donné un résultat positif. En revanche, Mishu n'a pas subi de dépistage.

Lors de votre dernière rencontre avec Mishu, elle était classée comme :

- DYSENTERIE
- PAS DE DÉSHYDRATATION
- PALUDISME
- PAS D'ANÉMIE, PAS DE POIDS TRÈS FAIBLE
- INFECTION À VIH POSSIBLE OU EXPOSITION AU VIH

Mishu est maintenant âgée de 8 mois. Elle se porte bien et n'a pas de maladies. Lors de cette visite, elle n'est pas classée comme POIDS TRÈS FAIBLE. Un dépistage virologique du VIH récemment effectué s'est avéré négatif. Elle prend du cotrimoxazole. La mère de Mishu a cessé de l'allaiter il y a trois semaines.

Comment prendriez-vous en charge cet enfant?

Dan

Dan avait 23 mois lors de votre dernière rencontre. Ni lui ni sa mère n'avaient subi de dépistage du VIH. Dan présentait une parotide enflée, mais pas de candidose buccale ni de lymphadénopathie.

Dan présentait les classifications suivantes :

- PNEUMONIE
- UNE CERTAINE DÉSHYDRATATION
- DIARRHÉE PERSISTANTE
- INFECTION CHRONIQUE À L'OREILLE
- PALUDISME
- MALNUTRITION SÉVÈRE AVEC COMPLICATIONS
- INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE

La recherche d'anticorps du VIH s'est avérée positive. Lors de cette visite, Dan est classé comme PNEUMONIE (pas de sifflement audible), DIARRHÉE PERSISTANTE et POIDS TRÈS FAIBLE. Il présente en outre une candidose buccale. Il tousse depuis 2 mois. Sa mère se porte bien et l'allaite.

Comment prendriez-vous en charge cet enfant?

Ebaï

Le dépistage du VIH chez la mère d'Ebaï a révélé qu'elle est VIH-positive. Ebaï a été classé comme INFECTION À VIH POSSIBLE OU EXPOSITION AU VIH.

Ebaï a maintenant 6 mois. Sa mère a cessé de l'allaiter depuis 10 semaines. Un dépistage virologique du VIH a été effectué il y a 2 semaines, avec un résultat négatif.

Comment prendriez-vous en charge cet enfant?

Henri

La mère d'Henri a subi un dépistage du VIH qui s'est avéré positif. La recherche d'anticorps chez Henri a donné un résultat positif.

Henri a aujourd'hui 9 mois. Il va bien en ce moment. Pas de problème d'alimentation.

Sa visite actuelle au dispensaire se justifie principalement par une toux persistante. Il est classé TOUX OU RHUME : PAS DE PNEUMONIE, et PAS DE POIDS TRÈS FAIBLE. Pas de sifflement audible. Il tousse depuis 2 semaines.

Comment prendriez-vous en charge cet enfant?

11. ENREGISTREMENT ET RAPPORTS

L'enregistrement des données et leur notification au niveau supérieur sont d'une importance cruciale pour accumuler et analyser les informations qui en résultent, et revoir la planification. Il devient aujourd'hui absolument indispensable d'améliorer la prise en charge des nourrissons et enfants malades, ainsi que de résoudre la question des fournitures et médicaments de base, y compris les médicaments antirétroviraux.

Pour enregistrer les données du patient, respectez les modèles nationaux. Reportez les données essentielles des fiches de soins du VIH ou de TARV sur les registres de pré-traitement ou de traitement. Les données du patient pourront être livretliées soit dans des registres physiques, soit sous forme électronique. Vous synthétiserez ces données dans des rapports mensuels (ou trimestriels) conformément aux directives nationales.

12. RÉSUMÉ DU MODULE, RÉSUMÉ DU COURS ET CLÔTURE

L'animateur demandera maintenant aux participants de résumer brièvement les thèmes traités au module 4. Les participants feront la liste de ce que le module leur aura apporté, et l'animateur reportera leurs réponses au tableau.

Reprenez les objectifs d'apprentissage du module, et indiquez si, à votre avis, ces objectifs ont été atteints.

Les participants feront part de toute difficulté, des domaines où d'autres éclaircissements sont nécessaires, et de leurs questions finales.

L'animateur vous demandera enfin de reprendre la même procédure pour l'ensemble du cours. Que vous a apporté chacun des modules? Les objectifs d'apprentissage globaux ont-ils été atteints? Reste-t-il des domaines dans lesquels vous estimez avoir besoin d'autres éclaircissements ou d'une formation complémentaire?

Félicitations! Vous avez maintenant atteint la fin de ce cours complémentaire de PCIME sur le VIH/SIDA.