

**Reduire
la Stigmatisation
et la
Discrimination
Liées au
VIH et au SIDA**

Formation des
Travailleurs de Soins de Santé

© 2005 EngenderHealth. Tous droits réservés.

440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
Telephone: 212-561-8000
Fax: 212-561-8067
e-mail: info@engenderhealth.org
www.EngenderHealth.org

Cette publication a été en partie financée grâce au soutien fourni par le Bureau de la population et de la santé reproductive de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), aux termes de l'accord de coopération HRN-A-00-98-00042-00, et par la Fondation William et Flora Hewlett. Les opinions exprimées dans ce document sont celles de l'éditeur et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID ou de la Fondation Hewlett.

Conception et composition : Virginia Taddoni

Conception de la couverture : Virginia Taddoni

Crédits photos de la couverture : Cathryn Wilcox/CCP, J. Fortin, CGP (reproductions autorisées par Photoshare, un service du Projet INFO.), Asiwa Obishai, Peter Twyman

Illustrations : Petra Röhr-Rouendaal

Impression : Printech Business Systems

ISBN 1-885063-43-1

Imprimé aux Etats-Unis d'Amérique. Imprimé sur papier recyclé.

Les données du catalogue de publication à la Bibliothèque du Congrès sont disponibles auprès de l'éditeur.

Table des matières

Introduction.....	1
Séance 1 : Introduction à la formation	5
Séance 2 : Préparation du terrain.....	7
Séance 3 : Impact du VIH et du SIDA sur la vie personnelle et professionnelle.....	9
Séance 4 : Explorer nos idées, convictions et attitudes sur le VIH et le SIDA.....	11
Séance 5 : Vue d'ensemble des droits des clients et des besoins des personnels de santé.....	13
Séance 6 : Stigmatisation et discrimination liées au VIH et au SIDA dans les structures de soins de santé.....	15
Séance 7 : Passer outre « nous » et « eux » : comprendre la perspective des clients vivant avec le VIH et le SIDA.....	25
Séance 8 : Reconnaître nos propres langages de stigmatisation et actions discriminatoires.....	27
Séance 9 : Témoignages : personnes vivant avec le VIH ou le SIDA.....	31
Séance 10 : Vue d'ensemble de la transmission du VIH : comprendre le risque personnel et professionnel.....	33
Séance 11 : Précautions standard dans les structures de soins de santé et dans les soins à domicile.....	47
Séance 12 : Prévention des blessures par les aiguilles et les instruments tranchants	55
Séance 13 : Soins et prophylaxie après exposition.....	59
Séance 14 : Test de dépistage du VIH et droits des clients.....	63
Séance 15 : Elaboration de plans d'action.....	71
Annexe A : Outil d'évaluation des précautions standard et de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.....	75
Annexe B : Réimpression de « <i>Prévention des infections : guide de référence à l'intention des prestataires de soins de santé</i> ».....	87

Remerciements

EngenderHealth tient à remercier les membres du personnel et les consultants suivants pour leur contribution à l'élaboration, l'essai sur le terrain et la publication de ce manuel : Betty Farrell, Isaiah Ndong, Peter Twyman, Julie Becker, Amy Shire, Fabio Saini, Damien Wohlfahrt, Jill Tabbutt-Henry, Levent Catagay, B.P. Singh, Joseph Ruminjo, Jean Ahlborg, Asiwa Obishai, Mofoluke Shobowale, Karen Landovitz, Anna Kurica, Maaza Seyoum, Tewodros Gebremichael, Antigoni Koumpounis, Wuleta Betemariam, Paul Perchal, Elan Shultz, Georgia Holt, Benjamin Weil et Mark Barone.

Introduction

Contexte

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au SIDA sont un problème persistant dans de nombreuses structures de santé à travers le monde, particulièrement dans les pays les plus touchés par l'épidémie. La stigmatisation et la discrimination ont pour conséquence la mauvaise qualité des soins prodigués aux personnes infectées ou malades (ou soupçonnés d'être infectées). En outre, elles effarouchent les clients potentiels qui nécessitent des services liés au VIH et autres services, les empêchent de chercher à se faire soigner et sapent les efforts de prévention en limitant l'accès et l'utilisation des services. Une accumulation croissante de preuves suggère que la stigmatisation et la discrimination dans les structures de soins de santé contribuent à limiter l'utilisation des services liés au VIH tels que le counseling et dépistage volontaire (CDV) et les programmes de prévention de la transmission mère - enfant du VIH. A mesure que les programmes de traitement du VIH deviendront de plus en plus disponibles dans les pays pauvres en ressources, l'accès à ces services vitaux dépendra de la mesure où les structures sanitaires accueilleront les clients séropositifs et respecteront leurs droits.

Les causes de la stigmatisation et de la discrimination au sein des structures de santé sont nombreuses, notamment le manque de connaissances, chez le personnel, sur les modes et risques de transmission du VIH ainsi que les attitudes et préjugés moralisateurs sur la vie sexuelle des personnes vivant avec le VIH. Un autre facteur déterminant est le fait que les agents de santé craignent d'être infectés durant l'exercice de leurs fonctions. A défaut d'assurance qu'ils seront protégés contre le virus, et sans accès aux médicaments de la prophylaxie après exposition, les agents de santé peuvent adopter des comportements pouvant empêcher les individus séropositifs et autres personnes vulnérables de recevoir des soins et un soutien vitaux.

Les exemples suivants illustrent des attitudes, comportements et actions de stigmatisation relevés dans les structures de soins de santé :

- Des agents de santé qui blâment les personnes infectées par le VIH.
- Des agents de santé qui traitent mal les patients appartenant à des populations stigmatisées ou ceux qu'ils croient infectés.
- Des agents de santé qui violent la confidentialité des informations en révélant les résultats des tests d'un client aux parents et aux autres membres du personnel, rendant ainsi public le statut d'un client.
- Des agents de santé qui établissent une discrimination envers leurs collègues qu'ils savent infectés par le VIH ou qui ne coopèrent pas avec eux.
- Des agents de santé qui exigent que les clients subissent systématiquement et obligatoirement le test de dépistage du VIH ou qui font du test une condition pour dispenser les services.
- Des agents de santé qui séparent ou isolent les patients atteints du VIH et du SIDA dans des lits ou des pavillons spéciaux, sans qu'il y ait nécessité clinique.
- Des agents de santé qui libèrent de l'hôpital des patients séropositifs sans tenir compte de leur état général de santé, immédiatement ou peu après avoir obtenu les résultats du test.
- Des agents de santé qui refusent le traitement aux patients atteints du VIH et du SIDA en les traitant de façon moins dynamique que les autres patients gravement malades, mais qui ne sont pas séropositifs, ou qui leur prodiguent des soins inférieurs aux normes.

Les craintes des travailleurs de la santé ne sont pas sans fondement ; elles sont basées sur des risques réels dus au manque de matériels et de formation en matière de prévention d'infections et de précautions standard. Un nombre grandissant de preuves montre que la transmission dans les structures médicales est une voie importante de transmission du VIH, cependant largement négligée dans les cadres pauvres en ressources. Si la transmission sexuelle est indubitablement à l'origine de la vaste majorité des cas, il est de plus en plus clair que les programmes de lutte contre le VIH ont prêté une attention insuffisante à la transmission dans les structures de soins de santé. Le nombre de cas d'infection par le VIH par le biais de la transmission médicale n'est certainement pas insignifiant ; la transmission de l'hépatite B et C est également un risque grave.

Les attitudes et comportements négatifs des agents de santé sont également motivés par les croyances et mythes relatifs au VIH et au SIDA, le manque de compétences et de connaissances sur le counseling et la prise en charge clinique du VIH et du SIDA, le manque de médicaments et de matériels, les connaissances limitées sur les modes et risques de transmission du VIH dans les structures de soins de santé et une surestimation du risque d'infection par le VIH à la suite d'une exposition professionnelle. En outre, les agents de santé sont des membres des communautés dans lesquelles ils travaillent ; leurs attitudes reflètent souvent la stigmatisation qui prévaut dans leurs communautés, en particulier à l'encontre des populations marginalisées comme les travailleuses sexuelles. Les propos suivants d'un prestataire de soins au Kenya illustrent le problème :

« Les travailleurs de la santé sont censés savoir certaines choses, sentir et agir d'une certaine manière, mais qu'est-ce qui les a préparés à cette question [le VIH et le SIDA] ? Beaucoup de agents de santé ont les mêmes informations que l'homme de la rue...La maladie est fatale ! Qui n'a pas peur de la mort ?...Des connaissances et des compétences, oui, ils en ont. Cela fait partie de nombreux programmes de formation. Mais qu'en est-il de la préparation à affronter leurs craintes et angoisses à propos de leur propre sexualité et mortalité, de la préparation à affronter leurs préjugés ? »¹

Les besoins et les obligations des agents de santé séropositifs ne sont pas convenablement pris en charge. Les hôpitaux manquent de politiques qui protègent les droits des employés infectés à la confidentialité, à l'emploi dans un environnement exempt de discrimination, à l'assurance et l'indemnité de maladie, au counseling et aux soins médicaux. Par crainte de la stigmatisation et du chômage, les agents de santé évitent de faire des tests de dépistage pour connaître leur statut sérologique, se privant ainsi de l'occasion de recevoir en temps opportun un soutien émotionnel et des soins cliniques. En niant leur propre éventuelle infection, ils peuvent exposer leurs patients à l'infection.

Approche et contenu de la formation

Pour réduire la stigmatisation et la discrimination dans les structures de soins de santé, nous devons aborder les craintes des agents de santé sur leur éventuelle infection au travail ainsi que leur besoin de se protéger par les précautions standard. Ce manuel emploie des méthodologies participatives de formation pour modifier les attitudes des agents de santé tout en les dotant de connaissances et d'outils pratiques pour préserver les droits des clients et satisfaire leurs besoins de sécurité de l'environnement professionnel. La formation comprend les points suivants :

- Clarification des valeurs à propos du VIH et du SIDA.
- Stigmatisation et discrimination à l'encontre des personnes réputés ou connus d'être séropositives.
- Droit des clients à la dignité, au confort, à l'intimité, à la confidentialité et à la sécurité.

¹ Prestataire de soins au Kenya. Discussion en ligne citée dans : Lianne Brown, Lea Trujillo, Kate Macintyre. "Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learn?" Horizons Program, Tulane University, September 2001.

- Droit des clients de recevoir des services exempts de discrimination.
- Informations fondamentales sur la transmission du VIH.
- Besoin de sécurité des personnels de santé vis-à-vis des blessures et des infections au travail.
- Pratiques de précautions standard aux fins de prévention des infections.
- Conseils détaillés pour prévenir les accidents du travail et l'exposition professionnelle au VIH.
- Soins après exposition, notamment la prophylaxie après exposition.
- Questions liées au dépistage du VIH dans les structures de soins de santé.
- Processus devant permettre aux participants d'élaborer des plans d'action personnels et à l'échelle de la structure pour aborder les droits des clients, les précautions standard et les soins après exposition.

Ce manuel contient des informations et des protocoles actuels pour prévenir et prendre en charge l'exposition professionnelle au VIH. Il faudrait noter que le terme *précautions standard* est utilisé tout au long de ce document. Les *précautions standard* aident à protéger à la fois les clients et les personnels de santé contre l'exposition non seulement au sang, mais aussi aux autres liquides organiques qui peuvent transmettre les infections. Ce terme englobe celui communément utilisé de *précautions universelles*, qui se réfèrent aux pratiques accomplies pour protéger les personnels de santé contre l'exposition aux microorganismes véhiculés par le sang.





Séance 1 :

*Introduction
à la formation*

● **But et objectifs**

Cette séance présentera une vue d'ensemble des objectifs et du contenu de la formation.

A l'issue de cette formation, vous devriez être en mesure :

- d'identifier vos propres préjugés et craintes relatifs au VIH et au SIDA et d'expliquer comment ces attitudes peuvent négativement influencer sur vos interactions avec les clients séropositifs ou ceux qui sont perçus comme tels ;
- de décrire les statistiques de la prévalence du VIH dans votre pays et votre communauté ;
- d'expliquer le lien entre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes séropositives ou présumées infectées dans les structures de soins de santé ;
- de dresser une liste des droits des clients et des besoins des personnels de santé ;
- d'expliquer comment le VIH est transmis dans les structures de soins de santé ou dans les soins à domicile ;
- de décrire les précautions standard pour la prévention de la transmission du VIH dans les structures de soins de santé ou dans les soins à domicile ;
- De décrire les procédures de soins après exposition en cas de blessure par une aiguille ou un instrument tranchant ;
- d'identifier les questions de droits du client liées au dépistage du VIH dans la structure de santé et
- d'élaborer des plans de travail individuels et propres aux structures pour mettre en œuvre ou améliorer les protocoles de précautions standard et de soins après exposition et pour garantir les droits des clients.



Séance 2 :

*Préparation
du terrain*

● **But et objectifs**

Cette séance vous aidera à explorer les attitudes vis à vis des personnes infectées ou présumées infectées par le VIH ainsi que sur celles vivant avec le SIDA.

A l'issue de cette séance vous devriez être capables :

1. d'imaginer les sentiments qu'éprouvent les personnes infectées par le VIH ;
2. d'explorer les manières par lesquelles les personnes deviennent infectés par le VIH et comment elles font face à la situation dans la vie quotidienne ;
3. de comprendre comment les autres personnes réagissent lorsque quelqu'un proche est infecté par le VIH ou vit avec le SIDA ; et
4. de réfléchir sur les questions de stigmatisation et de discrimination envers les personnes séropositives ou celles qui vivent avec le SIDA.



Séance 3 :

*Impact du VIH et du SIDA
sur la vie personnelle
et professionnelle*

● But et objectifs

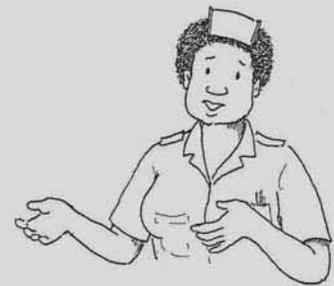
Cette séance vous aidera à identifier vos propres préjugés et craintes relatifs au VIH et au SIDA et à voir comment vos attitudes peuvent négativement influencer vos interactions avec les clients séropositifs ou ceux qui sont perçus comme étant infectés.

À l'issue de cette séance, vous devriez être capables :

1. de décrire comment le VIH et le SIDA ont personnellement et professionnellement affecté vos sentiments et attitudes ;
2. de considérer différents types de réactions au VIH et au SIDA dans votre communauté et dans votre pays ;
3. d'avoir une attitude empathique à l'égard des personnes infectées par le VIH en imaginant ce que vous ressentiriez si vous étiez séropositif et
4. de décrire l'effet que les craintes et préoccupations à propos du VIH et du SIDA peuvent avoir sur la qualité des soins dispensés aux clients.

Idées essentielles à considérer

- Le VIH et le SIDA sont des sujets chargés d'émotion qui sont fréquemment associés à la crainte, la stigmatisation et les préjugés. Les mythes, incompréhensions et mauvais traitements des clients peuvent traduire le sentiment de panique qui entoure le VIH et le SIDA. En outre, il peut être stressant et troublant pour les personnels de santé de parler aux clients d'une maladie qui menace la vie.
- Les craintes et préoccupations à propos de la transmission du VIH et du SIDA sur le lieu de travail peuvent augmenter le niveau de stress des personnels de santé et diminuer la satisfaction professionnelle ainsi que la qualité des services offerts si elles ne sont pas correctement prises en charge.
- En tant que personnels de santé, il est important que nous soyons conscients de nos sentiments, attitudes et idées sur le VIH et le SIDA. Si nous ne prenons pas en charge nos réactions et émotions personnelles, nous pouvons involontairement traiter les clients séropositifs et ceux que nous soupçonnons d'être infectés ou vulnérables différemment des autres clients, diminuant ainsi la qualité des soins que nous dispensons.
- Nous sommes professionnellement tenus de veiller à ce que nos sentiments, idées et attitudes personnelles ne s'étendent pas à nos lieux de travail. Si cela devait arriver, il nous appartient également de déterminer quelle mesure prendre pour que les droits de nos clients à des soins de qualité ne soient pas compromis. (Par exemple parler à un superviseur des sentiments, idées et attitudes inappropriés ; orienter les clients vers d'autres prestataires de soins si des questions personnelles entravent la qualité des soins ; etc.)



Questions sur l'impact personnel et professionnel du VIH et du SIDA

Expériences personnelles avec le VIH et le SIDA

- Quand avez-vous entendu parler du VIH et du SIDA pour la première fois ?
- Quelle a été votre réaction et quels sentiments avez-vous éprouvés ?
- Connaissez-vous quelqu'un qui est atteint du VIH ou du SIDA ou qui est mort du SIDA ? Si oui, comment avez-vous réagi envers cette personne lorsque vous avez découvert qu'elle était atteinte du SIDA ?
- Vos réactions ou sentiments ont-ils changé avec le temps ? Si oui, dans quelle mesure ?
- Votre vie a-t-elle changé à cause du VIH et du SIDA ? Dans quelle mesure ? Si non, pourquoi pas ?

Et si vous aviez le VIH ou le SIDA ?

- Si vous étiez infecté par le VIH, voudriez-vous le savoir ?
- Qu'est-ce qui vous motiverait à vouloir connaître votre statut sérologique ?
- Que ressentiriez-vous si quelqu'un effectuait un test de dépistage du VIH à votre insu ou sans votre permission ?
- Si l'on vous apprenait que vous étiez infecté par le VIH, comment cette information changerait-elle votre vie ?
- Si l'on vous apprenait que vous étiez infecté par le VIH, avec qui voudriez-vous partager cette information ? Comment voudriez-vous partager cette information avec cette (ces) personne(s) ?
- Si l'on vous apprenait que vous étiez infecté par le VIH, à qui ne voudriez-vous pas révéler cette information ? Pourquoi ne voudriez-vous pas que cette (ces) personne(s) soient informées ?
- Que ressentiriez-vous si d'autres personnes propageaient la nouvelle de votre infection par le VIH à votre insu ou sans votre permission ?
- Qu'advierait-il de votre travail si votre patron ou vos collègues découvraient que vous êtes infecté ?
- Si vous étiez infecté par le VIH, comment voudriez-vous être traité par les autres ?
- Si vous étiez infecté par le VIH, comment voudriez-vous être traité dans une structure de santé ?

Expériences professionnelles avec le VIH et le SIDA

- Si vous travaillez directement avec les clients, rappelez-vous la première fois que vous avez eu affaire à un client que vous saviez être séropositif. Qu'avez-vous ressenti en dispensant des soins à cette personne ? L'avez-vous traitée différemment des autres clients ? Pourquoi ou pourquoi pas ? En réfléchissant rétrospectivement, que feriez-vous différemment aujourd'hui ?
- Pensez-vous que les clients séropositifs devraient être traités différemment des clients non infectés ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
- Quelles sont vos craintes ou préoccupations à propos de la fourniture des soins à des clients qui sont ou pourraient être infectés par le VIH ?



Séance 4 :

*Explorer nos idées,
convictions et attitudes
sur le VIH et le SIDA*

● But et objectifs

Dans cette séance, nous explorerons comment les valeurs et attitudes négatives sur le VIH et le SIDA peuvent interférer avec les prestations de services de santé de haute qualité centrés sur le client.

A l'issue de cette séance, vous devriez être en mesure :

1. d'identifier vos attitudes et valeurs sur un éventail de questions potentiellement sensibles relatives au VIH et au SIDA ;
2. de respecter la diversité des opinions et des sentiments au sein du groupe ;
3. d'expliquer pourquoi il est important de reconnaître et d'être conscient de vos propres attitudes et valeurs sur le VIH et le SIDA, et quel impact celles-ci pourraient avoir sur votre travail et
4. d'identifier des moyens de rester neutre tout en travaillant avec les clients, malgré vos propres valeurs et attitudes

● Clarification des valeurs

La fourniture de services centrés sur le client exige des compétences techniques, le respect et la sensibilité, autant de facteurs qui font savoir au client que vous vous préoccupez de ses besoins. Cette approche aide les prestataires à recueillir et partager les informations nécessaires pour dispenser des soins de qualité. En offrant des soins de santé, nous prodiguerons éventuellement des soins à des personnes infectées par le VIH ainsi qu'à des personnes vivant avec le SIDA. Pour fournir des services à ces clients d'une manière positive, respectueuse et compétente, nous devons d'abord examiner les attitudes et valeurs inhibitrices que nous avons sur le VIH et le SIDA, puis explorer les moyens de séparer nos sentiments personnels de nos responsabilités professionnelles afin d'offrir des services de qualité.



Idées essentielles à considérer



- Les gens contractent le VIH à cause de leurs actes ou des actes de leur(s) partenaire(s) et non à cause de leur condition. Par conséquent, nous ne devrions pas présumer des personnes susceptibles d'être infectées.
- Faire subir un test de dépistage aux clients pour déterminer leur statut sérologique dans l'intérêt du prestataire peut procurer à ce dernier un sentiment erroné de sécurité si les clients se trouvent dans la période de latence sérologique. Au cours de cette période qui survient peu après l'infection, le niveau d'anticorps n'est pas assez élevé pour que l'infection puisse être détectée.
- Il est contraire à la déontologie de faire un test de dépistage à une personne à son insu ou sans son consentement, de faire un test de dépistage à une personne et de ne pas lui donner les résultats ou de faire un test de dépistage à une personne sans lui fournir le counseling approprié avant et après le test. (La Séance 14 traite les questions liées au dépistage du VIH.)
- Les précautions standard constituent le meilleur moyen de garantir la prévention de la transmission des infections dans un cadre clinique et elles peuvent contribuer à diminuer les craintes des prestataires et des clients sur la transmission du VIH. (La Séance 11 traite les précautions standard).
- Les travailleurs de la santé sont professionnellement tenus de rester objectifs, de ne pas porter de jugements catégoriques sur les clients et d'éviter que leurs croyances et attitudes personnelles les empêchent de dispenser aux clients des soins de haute qualité empreints de compassion.
- Il est important d'examiner nos sentiments, idées et attitudes à l'égard du SIDA, particulièrement par rapport à notre travail de prestataires. Le SIDA est une maladie souvent associée à la peur, la stigmatisation et les préjugés, ainsi qu'à une grande charge émotionnelle. Il en résulte de nombreux mythes et incompréhensions. Si nous n'essayons pas de résoudre nos sentiments et attitudes à l'égard du VIH, nous risquons consciemment ou inconsciemment de traiter différemment les clients séropositifs ou perçus comme infectés ou vulnérables, réduisant ainsi la qualité des soins offerts dans notre structure. Les craintes à propos du VIH au lieu de travail peuvent aussi accroître le stress lié au travail et diminuer la satisfaction professionnelle ainsi que le rendement pour certains prestataires.



Séance 5 :

Vue d'ensemble des droits des clients et des besoins des personnels de santé

● But et objectifs

Au cours de cette séance, nous explorerons les droits des clients et les besoins des personnels de santé dans les services de santé.

A l'issue de cette séance, vous devriez être capables :

1. de décrire les droits des clients et d'identifier votre rôle dans la mise en place de services de santé non discriminatoires et d'un environnement sûr pour les clients et les autres membres du personnel et
2. de décrire les besoins des personnels de santé et votre rôle dans la mise en place d'un environnement sûr et favorable pour les clients et les autres membres du personnel.

● Droits des clients dans les services de santé

Information : Les clients ont droit à une information exacte, appropriée, compréhensible et sans équivoque en rapport à la santé. Les matériels éducatifs destinés aux clients doivent être disponibles dans tous les services de la structure de santé.

Accès aux services : Les services doivent être d'un coût abordable, disponibles à des moments et des lieux convenables pour les clients, sans obstacles physiques bloquant l'accès à la structure de santé, sans conditions requises inopportunes et sans barrières sociales, notamment la discrimination basée sur le genre, l'âge, la situation matrimoniale, la fertilité, la nationalité ou les origines ethniques, la classe sociale, la caste ou l'orientation sexuelle.

Choix éclairé : Décision volontaire et réfléchie qu'un individu prend sur la base d'options, d'information et de la compréhension de l'information. Le processus est un continuum qui commence dans la communauté où les gens obtiennent des informations avant même de se rendre dans une structure de santé. Il incombe au prestataire de confirmer le choix éclairé du client ou de l'aider à faire un tel choix

Services sûrs : Des services sûrs requièrent des prestataires qualifiés, des pratiques médicales appropriées et efficaces, et qu'on veille à la prévention des infections. Ce droit se rapporte également à l'utilisation correcte des directives de prestation des services, aux mécanismes d'assurance de la qualité au sein de la structure, au counseling, aux instructions données aux clients ainsi qu'à la reconnaissance et la prise en charge des complications liées aux interventions médicales et chirurgicales.



Intimité et confidentialité : Les clients ont droit à l'intimité et à la confidentialité pendant la prestation des services, par exemple pendant le counseling et les examens physiques, ainsi que lors de la manipulation de leurs dossiers médicaux et autres informations personnelles par le personnel.

Dignité, confort et expression de son opinion : Tous les clients ont le droit d'être traités avec respect et considération. Les prestataires doivent s'assurer que les clients sont le plus à l'aise possible pendant les interventions. Les clients devraient être encouragés à exprimer librement leurs opinions, même lorsque celles-ci diffèrent de celles des prestataires de services.

Continuité des soins : Tous les clients ont droit à la continuité des soins, aux fournitures, au suivi et à la référence à d'autres services

● Les besoins des personnels de santé

Supervision et gestion facilitatives : Les travailleurs de la santé fournissent un effort maximum lorsqu'ils se sentent soutenus dans leur milieu de travail ; la gestion et la supervision facilitatives motivent le personnel et lui permettent d'accomplir adéquatement ses tâches et de mieux satisfaire les besoins des clients.

Information, formation et développement : Pour qu'une structure de santé puisse offrir des services de santé de qualité, il faut que le personnel possède et continue d'acquérir les connaissances, compétences et attitudes nécessaires pour offrir les meilleurs services possibles de santé reproductive et de santé en général.

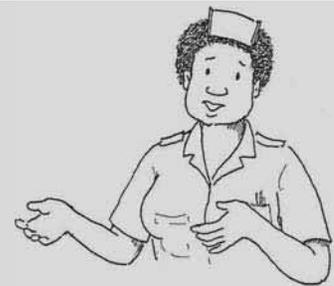
Fournitures, équipement et infrastructure : Pour que les travailleurs de la santé puissent offrir des services de qualité, le personnel a besoin de fournitures fiables et en quantité suffisante, d'équipement en bon état et d'une infrastructure adéquate.

Sécurité : Pour pouvoir travailler efficacement, les personnels de santé doivent se sentir en sécurité au travail. Des protocoles devraient être mis en place pour protéger le personnel des accidents professionnels. En outre, une formation et des fournitures liées à la prévention des blessures doivent être assurées.

Idées essentielles à considérer

■ Pour garantir des services de qualité, les droits des clients doivent être respectés. En outre, il est essentiel de garantir les droits des clients séropositifs— souvent confrontés à la discrimination dans les structures de santé—à la dignité, l'intimité et la confidentialité pour qu'ils se sentent les bienvenus et qu'ils soient à l'aise en accédant aux services.

■ Avec l'apparition de l'épidémie de VIH et de SIDA, la peur de l'infection par le VIH au travail a souvent augmenté l'angoisse des travailleurs de la santé. La formation, la supervision et les fournitures associées à la prévention des infections dans la structure de santé doivent être en place pour garantir la sécurité de l'environnement de travail et diminuer ces craintes.



Séance 6 :

Stigmatisation et discrimination liées au VIH et au SIDA dans les structures de soins de santé



● But et objectifs

Dans cette section, nous examinerons le lien entre la stigmatisation qui entoure le VIH et le SIDA et la discrimination dans les structures de soins de santé.

A l'issue de cette séance vous devriez être capables :

1. de définir la stigmatisation et la discrimination ;
2. de discuter des causes et conséquences de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et au SIDA ;
3. d'expliquer comment la stigmatisation liée au VIH et au SIDA influe sur la qualité des services de soins de santé offerts aux personnes vivant avec le VIH ou le SIDA ou perçues comme vivant avec le VIH ou le SIDA et
4. d'identifier au moins deux mesures qui peuvent être prises dans votre structure pour que les clients séropositifs et ceux perçus comme étant séropositifs ou exposés à un risque élevé d'infection par le VIH ne subissent pas de discrimination.

Des exemples de discrimination par les personnels de santé incluent :

- le port de gants en latex en relevant les signes vitaux ;
- l'absence de volonté à élaborer un plan de soin pour maintenir la santé d'un client parce que le prestataire pense que les personnes séropositives vont mourir, de toute façon ;
- une attitude peu courtoise, dédaigneuse ou peu accueillante à l'égard des clients que l'on sait être séropositifs ou que l'on soupçonne d'être séropositifs ;
- la consultation des clients que l'on sait être séropositifs dans des zones séparées de celles où consulte la population générale de la clinique.

Tous ces comportements et pratiques ne sont ni nécessaires ni appropriés.

La stigmatisation mène souvent à la discrimination lorsqu'une distinction établie entre une personne et d'autres fait que la personne est traitée injustement sur la base de son appartenance réelle ou supposée à un groupe particulier. La stigmatisation liée au VIH et au SIDA est intimement liée à la discrimination. Par exemple,

La stigmatisation est définie comme un attribut indésirable ou déshonorant que possède une personne ou un groupe et qui entraîne la réduction du statut de cette personne ou de ce groupe aux yeux de la société. La stigmatisation peut résulter d'une caractéristique physique, comme les symptômes visibles d'une maladie, ou d'attitudes négatives à l'égard du comportement d'un groupe, comme les homosexuels ou les prostituées.

La discrimination, qui peut se manifester par des attitudes négatives ou des actions ou comportements particuliers, est souvent décrite comme une distinction faite entre une personne et d'autres, qui fait que la personne est traitée injustement sur la base de son appartenance réelle ou supposée à un groupe particulier. Par exemple, la stigmatisation peut mener aux préjugés et à la discrimination active contre les personnes réellement infectées par le VIH ou simplement perçues comme telles, ainsi que les groupes sociaux et personnes avec qui elles sont associées.

lorsque les préjugés d'un prestataire le conduisent à accomplir un acte ou à omettre quelque chose qui à son tour nuit aux services ou prive de ceux-ci une personne séropositive ou perçue comme telle, le client reçoit des soins de qualité inférieure.

Causes

Le manque d'information, de compréhension et d'expérience, une compréhension et une expérience limitées ou la peur de l'inconnu sont souvent à l'origine de la stigmatisation et de la discrimination. Les comportements discriminatoires sont habituellement irrationnels et basés sur des stéréotypes.

Conséquences

Les pratiques discriminatoires peuvent avoir un impact négatif sur la santé d'un client en dressant des barrières aux soins optimaux et en retardant l'accès aux services nécessaires. Lorsque les travailleurs de la santé repoussent les clients ou que les systèmes de la structure sont mis en place pour isoler inutilement les clients séropositifs ou perçus comme tels de la population générale de clients, le principe hippocratique qui consiste à ne faire de mal à personne est violé. Le traumatisme émotionnel causé par le dédain et le rejet vient s'ajouter au fardeau existant de la maladie ainsi qu'au besoin inhérent de soutien émotionnel et psychologique. Par ailleurs, si les clients séropositifs sont gênés d'entrer dans la clinique, ils ne recevront pas les soins de base nécessaires pour les maintenir en bonne santé aussi longtemps que possible.

Réduire la stigmatisation et la discrimination dans les structures de soins de santé

En explorant les attitudes et convictions liées au VIH et au SIDA, nous devons examiner comment nos propres attitudes et convictions mènent à la stigmatisation de certains individus sur la base de leur statut sérologique réel ou perçu. L'examen de nos propres comportements nous aide à voir nos actions qui contribuent à rendre l'environnement peu accueillant pour la prestation des services à la communauté et aux individus, y compris nos collègues. Une fois ces comportements reconnus, nous pouvons trouver des moyens de les changer. Les mesures suivantes constituent des moyens de protéger les droits des clients :

- ✓ Protéger le droit du client à l'intimité en s'assurant de l'existence ou de la création d'endroits où les voix ne peuvent pas être entendues par hasard pendant le counseling ou l'interrogatoire.
- ✓ Protéger le droit du client à la confidentialité en gardant les dossiers des clients dans un édifice sécurisé, en les classant immédiatement à la fin de chaque séance et en ne discutant jamais des situations de prise en charge des clients dans des endroits de la structure où la discussion pourrait être entendue par hasard.
- ✓ Evitez de mettre dans la zone de prestation des services toute étiquette ou tout signe qui pourrait attirer l'attention sur les clients atteints du VIH ou de toutes autres affections qui sont stigmatisées.



- ✓ Eviter de séparer les clients atteints du VIH de la population générale de clients, à moins que cela ne soit indiqué, par exemple si l'immunité du client est gravement compromise et que la prévention des infections est cruciale.
- ✓ Eviter d'utiliser des gants en latex pour des activités ne présentant aucun risque d'exposition au sang ou à des liquides organiques.
- ✓ Eviter la communication non verbale qui dénote le dédain, le dégoût ou le manque de respect (expressions faciales, expressions des mains en touchant les ustensiles ou les vêtements d'un client, etc.).
- ✓ Eviter tout comportement qui pourrait signifier que le client est perçu comme étant différent.
- ✓ Accueillir tous les clients chaleureusement, avec un sourire, des paroles aimables et un véritable intérêt pour leurs personnes et leurs situations.
- ✓ Participer à, ou mener, une formation sur place et des activités de vulgarisation communautaires qui abordent la stigmatisation et la discrimination, fournissent des informations exactes sur les modes de transmission du VIH et les comportements qui permettent de prévenir l'infection, tout en favorisant la santé optimale chez les personnes infectées.
- ✓ Préconiser l'élaboration et la mise en application de politiques et législations qui protègent les personnes vivant avec le VIH et le SIDA contre les abus (physique ou de toute autre forme) ou la discrimination (par exemple divorce sans soutien financier, perte d'emploi, d'assurance maladie, de logement, de biens et/ou d'accès aux services sociaux), ou soutenir les efforts de plaidoyer en faveur de ces questions.

Idées essentielles à considérer

- Les clients séropositifs, présumés infectés ou perçus comme exposés au risque d'infection sont souvent confrontés à la stigmatisation, aux menaces de violence et à l'ostracisme dans les communautés où ils vivent. Il est absolument indispensable de faire de la clinique un milieu chaleureux, accueillant et non moralisateur, qui soit ouvert à tous les clients et respectueux de ces derniers, quel que soit leur statut sérologique.
- Assurez-vous que votre clinique offre un environnement où les clients peuvent obtenir des services et des informations sur le VIH et le SIDA sans craindre que les prestataires de services n'établissent de discrimination envers eux ou que les membres de la communauté ne soient informés de leur situation. Ceci revient à établir des systèmes qui garantissent l'intimité du client et la confidentialité des informations qu'il fournit.
- Parfois, les travailleurs de la santé craignent d'être infectés en travaillant avec les clients séropositifs. Cette crainte peut mener à la discrimination contre ces clients. Les précautions standard conçues pour prévenir la transmission du VIH diminuent considérablement les risques d'infection au travail et dissipent de telles craintes. (La Séance 11 traite de manière détaillée les précautions standard). Toutefois, les travailleurs de la santé doivent aussi se protéger contre la transmission sexuelle du VIH.



Exemples de scénarios sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au SIDA

1. Un homme atteint du SIDA est traité par un médecin qui ne veut pas le toucher.
2. Quelques infirmiers et aides cliniques bavardent sur un client séropositif en présence d'autres clients.
3. Une femme séropositive très malade se trouve dans la salle d'attente de la clinique avec ses trois enfants. Son mari et sa belle-famille l'ont chassée de la maison et elle n'a nulle part où aller.
4. La parente d'une aide clinique se rend à la clinique avec son enfant malade. Elle révèle en confiance à un prestataire que son mari est séropositif, qu'elle a peur et qu'elle est troublée. Après la consultation, le prestataire informe immédiatement un autre prestataire. Ils bavardent sur l'aide clinique et sa famille « sale » et « immorale », et ils commencent à la snober.
5. Lorsqu'une femme séropositive connue comme travailleuse sexuelle quitte le centre médical après un rendez-vous de planification familiale, les autres femmes dans la salle d'attente se plaignent vivement parce qu'elles n'apprécient pas d'être traitées dans un environnement où l'on soigne des femmes « malades » et « sales ». Elles ne veulent pas que les mêmes médecins, infirmiers ou matériel les touchent.
6. Un chirurgien séropositif qui s'habille dans le vestiaire des médecins entend par hasard le personnel parler négativement des personnes atteintes du SIDA.
7. Vous observez deux prestataires qui emploient des gants pour effectuer toutes les tâches, qu'elles soient cliniques ou non, parce qu'une cliente dans la salle « ressemble à une travailleuse sexuelle et doit donc être atteinte du SIDA ».
8. Une sage-femme qui travaille dans une clinique apprend qu'une autre sage-femme de la clinique est infectée par le VIH. Elle en bavarde auprès de vous qui êtes membre du personnel de la clinique.
9. Le directeur d'un hôpital de district apprend qu'un infirmier qui a travaillé dans la salle d'opération pendant de nombreuses années est infecté par le VIH. Sans explication, il ordonne au superviseur immédiat de l'infirmier de le transférer immédiatement dans un autre service de l'hôpital.

Questions sur les scénarios concernant la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au SIDA

- Pensez-vous que ces scénarios soient réalistes ?
- Quels dilemmes d'éthique et de droits ces scénarios ont-ils d'explorer ?
- Qu'avez-vous observé dans le comportement des personnels de santé qui ne reflétait pas une discrimination contre le client/collègue vivant avec le VIH ou le SIDA ou présumé atteint du VIH ou du SIDA ?
- Qu'est-ce qui, dans le comportement des personnels de santé, reflétait la discrimination contre le client/collègue atteint ou présumé atteint du VIH ?
- Que feriez-vous différemment pour que les personnes séropositives ou présumées séropositives ne soient pas victimes de discrimination ?



Vue d'ensemble de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au SIDA

« La stigmatisation et la discrimination associées au VIH et au SIDA constituent les plus grands obstacles à la prévention d'autres infections, la fourniture de soins, de soutien et de traitement adéquats et la réduction de l'impact du VIH et du SIDA. » (ONUSIDA, 2002).

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au SIDA sont presque aussi vieilles que l'épidémie elle-même. Il est maintenant largement reconnu que la stigmatisation et la discrimination sont l'une des trois phases de l'épidémie de SIDA. La première phase est la propagation silencieuse du VIH dans toute une société. Elle est suivie par la deuxième phase, celle de l'augmentation du nombre de personnes séropositives dont la santé se détériore et chez qui le SIDA sera éventuellement diagnostiqué. Cependant, c'est la troisième phase de l'épidémie – la propagation de la stigmatisation, de la discrimination, du déni et du blâme collectifs – qui est peut-être la plus nuisible des trois pour la santé d'une société. En rendant difficile la discussion franche de questions liées au VIH et au SIDA, la stigmatisation et la discrimination agissent comme des obstacles à la mise en place et l'exécution d'efforts de prévention efficaces.

Définition de la stigmatisation et de la discrimination

La stigmatisation, bien qu'existant sous une forme ou une autre dans toutes les sociétés, est un concept social qui est compris de différentes manières à travers le monde. Des termes et mots différents sont utilisés dans différentes sociétés pour désigner le phénomène social connu sous le nom de « stigmatisation » dans le monde occidental. L'une des définitions les plus simples du terme décrit la stigmatisation comme un attribut indésirable ou déshonorant que possède une personne ou un groupe et qui entraîne la réduction du statut de cette personne ou de ce groupe aux yeux de la société. La stigmatisation peut résulter d'une caractéristique physique, comme les symptômes visibles d'une maladie, ou d'attitudes négatives à l'égard du comportement d'un groupe, comme les homosexuels ou les prostituées. La stigmatisation est aussi souvent décrite comme un processus dynamique de dévaluation, et elle est fréquemment liée à des questions de pouvoir et de régulation sociale au sein d'une société particulière. La création de la stigmatisation liée au VIH et au SIDA au sein d'une société repose souvent sur des attitudes et idées négatives qu'elle renforce au sein d'une société. Les gens pensent souvent que les personnes atteintes du VIH ou du SIDA méritent d'être malades parce qu'elles ont fait quelque chose de « mal » aux yeux de la société, par exemple en étant homosexuel(le) ou en étant « légère ».

Une fois la définition du terme comprise, nous pouvons diviser les cas de stigmatisation en deux catégories : la stigmatisation ressentie et la stigmatisation subie. La stigmatisation ressentie se rapporte aux prévisions que les personnes stigmatisées ont s'agissant de la manière dont les autres réagiront à leur situation. Elle peut être décrite comme une auto-stigmatisation et comme la peur de la stigmatisation. C'est un processus psychologique interne pour la personne stigmatisée, qui pousse souvent les gens à cacher leurs situations de stigmatisation pour éviter d'être soumis aux douloureuses expériences de la discrimination. Dans le cas du VIH et du SIDA, la stigmatisation ressentie peut empêcher une personne exposée au risque de contracter le VIH de subir un test de dépistage par peur de devoir faire face à la discrimination si les résultats du test étaient positifs.

La stigmatisation subie est un terme utilisé pour décrire comment une personne stigmatisée fait l'expérience d'actes discriminatoires et pour dépendre ces actes du point de vue de la personne stigmatisée. Par exemple, la stigmatisation subie se rapporte aux sentiments et réactions d'une personne stigmatisée lorsque son statut sérologique est divulgué contre sa volonté, qu'elle perd son emploi ou son logement une fois que la communauté est informée de son statut ou qu'on lui refuse le droit de se marier à cause de son statut sérologique.

La discrimination, qui peut se manifester par des attitudes négatives ou des actions ou comportements particuliers, est souvent décrite comme une « distinction faite entre une personne et d'autres, qui fait que la personne est traitée injustement sur la base de son appartenance réelle ou supposée à un groupe particulier. » Les actes discriminatoires peuvent être des lois officielles qui restreignent les droits et libertés de certains individus ou populations, par exemple les lois qui empêchent les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA de recevoir des soins médicaux. Les actes discriminatoires peuvent aussi être des mesures informelles prises par les membres de la communauté, tels que le rejet et le bannissement de leur communauté d'une personne atteinte du VIH ou du SIDA.

Il est important de comprendre que la stigmatisation et la discrimination existent dans un cercle vicieux. La stigmatisation encourage le développement d'attitudes discriminatoires ou de préjugés. Ces attitudes sont alors souvent exprimées par des comportements discriminatoires qui attirent l'attention sur la stigmatisation qu'elle renforce. Ainsi, la stigmatisation et la discrimination se renforcent et se perpétuent mutuellement.

Des cas de discrimination liée au VIH et au SIDA ont été recensés partout dans le monde. Les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA (PVVIH) ont été le centre de commérages et de rumeurs, elles ont été isolées dans les écoles, on leur a refusé des emplois et des logements, on leur a refusé le droit de se marier, elles ont été rejetées par leurs communautés et leurs familles et elles ont même été tuées à cause de leur séropositivité. Des études ont montré que les PVVIH intériorisent souvent les messages stigmatisants les concernant et qu'elles éprouvent de l'anxiété et du désespoir face à l'avenir. Certaines PVVIH souffrent également de graves dépressions qui les poussent à ne plus avoir d'interactions sociales et à s'isoler du reste de la société.

De nombreuses PVVIH subissent malheureusement la discrimination même lorsqu'elles vont demander de l'assistance auprès des personnes censées les aider, les prestataires de soins de santé. Un nombre croissant de cas de discrimination liée au VIH ou au SIDA a été signalé dans les structures de soins de santé à travers le monde au cours des dernières années. Des exemples de discrimination subie par les PVVIH dans les structures de soins de santé incluent : le retard dans l'administration du traitement ou le refus d'administrer le traitement, l'administration d'un traitement inapproprié, le renvoi prématuré du client de la structure de santé, le refus d'admettre un client dans une structure de santé, l'administration du test de dépistage sans le consentement du client, la violation de la confidentialité des informations, les injures, la raillerie et les comportements humiliants.

Causes de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et au SIDA

De nombreux facteurs contribuent à la création de la stigmatisation et de la discrimination liées à une caractéristique, une maladie ou un attribut particuliers au sein d'une société. En discutant de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et au SIDA dans le contexte des structures de soins de santé, il est important de se rendre compte qu'il existe deux principaux groupes de causes : les facteurs de société et les facteurs de causalité qui sont spécifiques aux cadres sanitaires.

Un des plus importants facteurs de société qui contribuent à la création de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au SIDA est le manque de connaissances sur la transmission du VIH et du SIDA en général. Les études ont montré que les personnes qui savent que la transmission par hasard est impossible sont moins susceptibles d'avoir des préjugés contre les PVVIH que les personnes moins informées sur la transmission du VIH. En outre, le SIDA étant une maladie incurable et dégénérative, il est étroitement associé à la mort et aux maladies destructives. Cette association à la mort, en plus des faibles niveaux de connaissances sur le VIH et le SIDA, contribue à accroître la stigmatisation qui entoure le VIH et le SIDA.

L'une des raisons pour lesquelles la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au SIDA sont difficiles à surmonter est que le VIH et le SIDA sont liés à des préjugés préexistants. La stigmatisation de longue date entourant les premières populations à être frappées par l'épidémie, comme les hommes homosexuels, les prostituées et les consommateurs de drogues intraveineuses, a contribué à la stigmatisation générale associée au VIH et au SIDA. Le VIH et le SIDA ont été appelés « la peste des homosexuels » ou « la maladie des femmes » dans différents pays. À l'association avec ces populations déjà stigmatisées est venue s'ajouter la conviction que les personnes qui devenaient infectées par le VIH recevaient un châtement juste pour leur comportement « immoral » et « déviant ». Malheureusement, étant donné que beaucoup de PVVIH appartiennent à des groupes déjà stigmatisés et socialement marginalisés (tels que les pauvres, les homosexuels et les travailleuses de l'industrie du sexe), les stigmatisations qu'elles subissent sont multiples et aggravées. Les puissants effets de ces stigmatisations aggravées créent de nouveaux préjugés au sein de la société tout en établissant plus solidement les anciens, préjugés qui sont extrêmement difficiles à surmonter.

En plus des facteurs sociétaux généraux qui contribuent à la création de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et au SIDA, il existe un autre ensemble de causes propres aux structures de soins de santé. Le plus important de ces facteurs est peut-être la peur de bon nombre de travailleurs de la santé de devenir infectés en travaillant. Bien qu'il existe un faible risque d'exposition professionnelle pour les travailleurs de la santé, la plupart des craintes de ces derniers relatives à une exposition professionnelle occasionnelle sont injustifiées. Les études ont montré que la peur non fondée de la transmission occasionnelle du VIH qu'éprouvent de nombreux travailleurs de la santé peut être dissipée grâce à une information exacte ainsi qu'à la formation. En outre, de nombreux travailleurs de la santé ont les mêmes préjugés que la société en général et ils peuvent donc être fâchés de devoir risquer leur santé pour soigner des gens qui sont devenus infectés du fait de ce qu'ils croient être un comportement « immoral » et risqué. À la crainte qu'ils ressentent au sujet d'une éventuelle infection s'ajoute l'inquiétude due à la possibilité d'être stigmatisés parce qu'on les croit séropositifs ou atteints du SIDA.

Il existe deux autres causes de stigmatisation et de discrimination associées au VIH et au SIDA dans les structures de soins de santé, causes qui sont étroitement liées au système de soins. Les travailleurs de la santé confrontés à un manque de ressources, qu'il s'agisse de médicaments pour le traitement, de trousse de dépistage ou d'une pénurie de personnel, peuvent penser que cela ne vaut pas la peine de consacrer du temps et des efforts au traitement des PVVIH et qu'il vaudrait mieux consacrer ce temps et cette énergie à aider les clients souffrant d'affections curables qui sont plus faciles à prendre en charge que le VIH ou le SIDA. De telles attitudes, qui ne reflètent peut-être pas une volonté de discrimination de la part des travailleurs de la santé, peuvent néanmoins empêcher les PVVIH de recevoir le traitement et les soins qu'ils nécessitent. En outre, les PVVIH subissent une discrimination institutionnelle lorsqu'elles cherchent à accéder aux services de soins de santé. Certains systèmes de soins ont instauré des politiques discriminatoires qui restreignent la capacité des PVVIH d'accéder au traitement et aux services de santé, les privant ainsi de services (comme la thérapie antirétrovirale) qui pourraient considérablement améliorer et prolonger leurs vies.

Conséquences de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et au SIDA dans les structures de soins de santé

La présence de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et au SIDA dans une structure de soins de santé peut entraîner deux types de conséquences : des conséquences pour les cibles de la stigmatisation et de la discrimination et des conséquences pour les cibles potentielles de la stigmatisation et de la discrimination. Il est important de se rendre compte que toutes les personnes qui souffrent de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et au SIDA ne sont pas séropositives ou atteintes du SIDA. En effet, une personne peut être victime de la stigmatisation et de la discrimination simplement parce que les autres présumant

qu'elle est séropositive ou atteinte du SIDA (peut-être parce que cette personne semble malade ou parce qu'on sait qu'elle participe à des activités risquées). Comme il a été dit plus haut, lorsqu'on sait ou qu'on présume qu'un client est séropositif ou qu'il vit avec le SIDA, sa santé peut en pâtir puisque l'accès aux traitements et soins nécessaires peut lui être refusé. Par ailleurs, parce que les PVVIH ou les personnes qui sont présumées vivre avec le VIH ou le SIDA savent qu'elles pourraient subir la stigmatisation et la discrimination dans les structures de soins de santé, certaines d'entre elles choisissent de ne pas essayer d'accéder aux services, diminuant ainsi l'utilisation des services de traitement. En outre, la stigmatisation et la discrimination associées au VIH et au SIDA étant si intenses et indésirables, certaines personnes vivant avec le VIH et le SIDA recourent à des mesures extrêmes pour éviter de divulguer leur statut à d'autres et de s'exposer à la stigmatisation et la discrimination. Par exemple, les PVVIH pourront éviter d'utiliser des préservatifs lors des rapports sexuels de peur que leurs partenaires ne présumant qu'elles sont infectées. De cette manière, la stigmatisation et la discrimination contribuent en fait à la propagation de l'épidémie et réduisent l'efficacité des efforts de prévention.

Non seulement la stigmatisation et la discrimination empêchent les PVVIH ou les personnes qui sont présumées vivre avec le VIH ou le SIDA d'accéder aux services et aux méthodes de prévention et de les utiliser, mais elles peuvent aussi entraîner de graves traumatismes psychologiques chez les personnes ciblées. La recherche a montré que les personnes qui sont stigmatisées et qui sont victimes de la discrimination en raison de leur statut sérologique connu ou présumé souffrent souvent d'une perte d'estime de soi, de la dépression et du désespoir. La stigmatisation et la discrimination peuvent également causer indirectement l'isolement social des personnes que l'on sait ou que l'on présume vivre avec le VIH ou le SIDA. En effet, les PVVIH sont souvent isolées non seulement des autres personnes, mais aussi du processus de développement des interventions relatives au VIH. La stigmatisation et la discrimination font que les PVVIH sont perçues comme un problème plutôt qu'une partie de la solution de l'épidémie. Sans l'inclusion des PVVIH dans le processus de planification pour nos interventions de VIH, nous manquons d'opportunités de prévenir l'infection et de prendre en charge l'épidémie. Sans l'inclusion des PVVIH dans le processus de planification des services cliniques liés au VIH, nous manquons la possibilité d'obtenir la contribution de clients potentiels sur la manière d'améliorer les services que nous offrons afin de les rendre plus attrayants pour les PVVIH. En veillant simplement à ce que les PVVIH soient inclus dans le processus de planification des services liés au VIH, nous aidons à accroître les taux d'utilisation des services, ce qui permettra éventuellement d'accroître aussi l'efficacité de nos efforts de prévention.

Il est important de se rendre compte que les conséquences de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et au SIDA s'étendent au-delà des PVVIH et des personnes qui sont présumées vivre avec le VIH ou le SIDA. En effet, une autre population est touchée par la stigmatisation et la discrimination : les personnes qui ne savent pas très bien quel est leur statut sérologique—les cibles potentielles de la stigmatisation et de la discrimination. Il se peut que la menace d'être stigmatisé et de subir la discrimination soit si forte que les personnes qui se savent exposées au risque de contracter le VIH décident de ne pas subir de test de dépistage parce qu'elles préféreraient ne pas découvrir qu'elles sont séropositives. Ces personnes, qui évitent délibérément de subir un test de dépistage par peur d'être stigmatisées, sont forcées de vivre en pensant constamment qu'elles pourraient être séropositives et qu'elles risquent de développer le SIDA. En outre, si une personne séropositive décide de ne pas subir de test de dépistage parce qu'elle ne veut pas devenir stigmatisée à cause de son statut sérologique, elle peut propager le VIH à d'autres personnes sans le savoir. Ceci est un autre exemple de la manière dont la stigmatisation et la discrimination perpétuent la croissance de l'épidémie.

Il est évident que la stigmatisation et la discrimination, liées au VIH et au SIDA, sont préjudiciables aux PVVIH, aux personnes qui sont présumées vivre avec le VIH ou le SIDA et à toute la société en général. Afin de combattre efficacement l'épidémie de VIH/SIDA et d'offrir aux PVVIH les meilleurs services cliniques possibles, nous devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour réduire la stigmatisation et la discrimination qui existent aujourd'hui, en particulier dans les structures de soins de santé. C'est seulement lorsque la stigmatisation et la discrimination seront réduites au sein d'une société que les services de prévention et de traitement pourront atteindre leurs plus hauts niveaux potentiels d'efficacité.

Sources

Horizons Program, Tulane University (2001). Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?. Brown, L., Trujillo, L. et Macintyre, K.

International Center for Research on Women (2003). Disentangling HIV and AIDS: Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia. Nyblade, L., Pande, R., Mathur, S., MacQuarrie, K. et Kidd, R.

Pan American Health Organization (2003). Understanding and responding to HIV/AIDS-related stigma and stigma and discrimination in the health sector. Foreman, M., Lyra, P. et Breinbauer, C.

UNAIDS (2003). Fact Sheet: Stigma and Discrimination.

UNAIDS (2002). World AIDS Campaign 2002-2003: A conceptual framework and basis for action: HIV/AIDS stigma and discrimination. Préparé par Aggleton, P. et Parker, R.



Séance 7 :

*Passer outre « nous » et « eux » :
comprendre la perspective des clients
vivant avec le VIH et le SIDA*

● But et objectifs

Pendant cette séance, nous explorerons la perspective des clients séropositifs ou vivant avec le SIDA.

A l'issue de la séance, vous devriez être capables :

1. de mieux exprimer la perspective des clients vivant avec le VIH et le SIDA et
2. de décrire l'impact des comportements des travailleurs de la santé sur la santé et le bien-être des clients séropositifs.

● Questions pour le travail en petits groupes :

- Comment vous sentiriez-vous si vous étiez dans cette situation ?
- Quelle serait votre réaction ?
- Retourneriez-vous à cet hôpital ou cette clinique ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
- Si non, comment vous soigneriez-vous ?

● Questions pour la discussion :

- Comment vous êtes-vous senti en imaginant que vous étiez les clients séropositifs décrits sur vos fiches ?
- Quelles questions liées aux droits des clients ont été soulevées ?
- Comment cet exercice nous a-t-il permis de comprendre l'impact des comportements des personnels de santé sur les soins ?
- Que pouvons-nous faire dans nos structures pour que « les expériences positives » soient la norme pour les clients séropositifs ?

Idées essentielles à considérer

- Il est important pour nous de comprendre la perspective des clients vivant avec le VIH afin de pouvoir leur fournir un soutien et des soins appropriés et empreints de compassion.
- Nous devrions nous efforcer de créer dans nos structures de santé un environnement où les clients séropositifs sont traités de la manière dont nous aimerions être traités si nous étions dans leur situation.





Séance 8 :

*Reconnaître nos propres
langage de stigmatisation
et actions discriminatoires*

● But et objectifs

Au cours de cette séance, nous examinerons le langage stigmatisant et les actions discriminatoires et nous discuterons des moyens de les éliminer des structures de soins de santé.

A l'issue de la séance, vous devriez être capables :

1. d'identifier le langage et les pratiques employés dans les structures de santé qui contribuent à la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et le SIDA ;
2. d'identifier le langage non stigmatisant à utiliser en parlant du VIH et des personnes vivant avec le VIH et le SIDA et
3. de préciser des manières de traiter les clients séropositifs de façon non stigmatisante et non discriminatoire.

Exemples de langage stigmatisant et d'actions discriminatoires :

Langage stigmatisant

- Victime du SIDA
- Maladie de la maigreur
- Mauvais sang
- Personne souffrant du SIDA
- Porteur du SIDA
- Le SIDA est une sentence de mort.
- Les groupes à haut risque
- Le VIH/SIDA
- Orphelin du SIDA

Non-stigmatizing Language

- Personne séropositive
- Personne vivant avec le VIH
- Personnes vivant avec le VIH ou le SIDA
- VIH et SIDA
- Patient séropositif
- Vie positive

Actions et pratiques discriminatoires dans les structures de soins de santé

- Codage des fiches des patients séropositifs
- Doublage des gants en prenant le pouls des patients séropositifs
- Changement de l'expression du visage en constatant que l'on traite un patient séropositif
- Dénier de soins et de traitement complets, inconditionnels et de haute qualité
- Isoler les patients séropositifs dans un coin ou dans un pavillon spécial
- Refuser de toucher un patient séropositif
- Exprimer un pronostic fatal—qu'il n'y a « pas d'options » ou qu'il « n'y a rien que nous puissions faire ».

Langage à éviter :

VIH/SIDA – Cette expression ne fait pas de distinction entre être séropositif et avoir le SIDA. Afin de rendre les gens conscients que les personnes séropositives peuvent mener une vie saine et productive, sans maladie, il est préférable de ne pas combiner les deux sigles et d'utiliser plutôt VIH et/ou SIDA.

Victime du SIDA, personne souffrant du SIDA, etc. – De même, ces termes ne reconnaissent pas que les personnes séropositives peuvent mener une vie saine et productive et qu'elles n'ont pas nécessairement besoin qu'on ait pitié d'elles.

Groupe à haut risque— Cette expression a contribué à la stigmatisation de certains groupes dans la société, tels que les travailleuses de l'industrie du sexe et les camionneurs, comme étant la source de l'épidémie de VIH. Elle a également contribué à la réticence des gens à subir un test de dépistage du VIH ou à révéler leur statut sérologique de peur d'être associés à ces groupes. Enfin, elle a contribué au déni des comportements à risque des personnes qui ne s'identifient pas à l'un quelconque des soi-disant « groupes à haut risque ».

Actions et pratiques non discriminatoires dans les structures de soins de santé

- Salutations chaleureuses montrant attention et compassion
- Ne pas étiqueter ou coder les fiches des clients
- Toucher un patient séropositif
- Respect, intimité, dignité, droit à l'opinion
- Ecouter
- Soutien émotionnel
- Garantir la confidentialité
- Ne pas porter de gants en examinant les patients ou en donnant des médicaments
- Communication non verbale positive (signe de la tête, sourire, contact visuel)



Idées essentielles à considérer

- La plupart des personnels de santé se sont engagés à fournir des services de haute qualité à tous, y compris aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Toutefois, nous utilisons parfois un langage stigmatisant ou agissons de manière discriminatoire sans nous en rendre compte. La sensibilisation des personnels de santé aux langages et pratiques que nous utilisons dans les structures de soins de santé constitue une première étape pour susciter des changements et fournir des soins et un soutien appropriés et empreints de compassion.
- Il existe de nombreuses manières de rendre la structure de santé « non stigmatisante » et « non discriminatoire ». Ce faisant, nous créerons un environnement dans lequel les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA se sentiront les bienvenus et où tout le monde pourra accéder aux services de prévention, de soins et de soutien dont il a besoin.





Séance 9 :

*Témoignages :
personnes vivant avec
le VIH ou le SIDA*

● **But et objectifs**

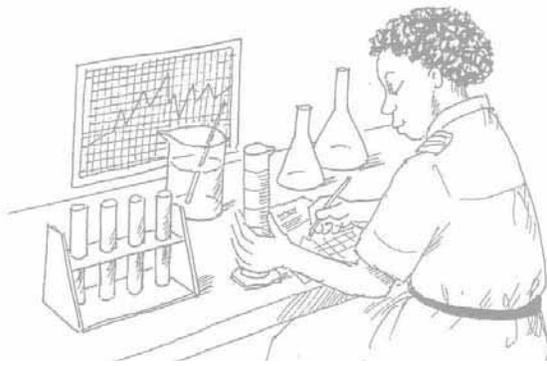
Dans cette séance, nous entendrons des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA et nous discuterons avec elles de quelques-uns de leurs espoirs et préoccupations.

A l'issue de la séance, vous devriez être capables de mieux comprendre quelques-uns des espoirs, préoccupations et problèmes auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH et le SIDA.

Idées essentielles à considérer :

- Bien que les sujets et questions abordés par les membres du groupe de discussion soient personnels, il est probable qu'ils soient aussi les préoccupations et questions des personnes que rencontrent les autres personnes vivant avec le VIH ou le SIDA. Cette information est utile parce que nous avons pu apprendre de première main les préoccupations, espoirs et questions des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA.
- En tant que prestataires de services, les participants devraient parler et écouter les clients qui vivent avec le VIH ou le SIDA. Ainsi, les participants pourront être plus conscients de la complexité des questions et de la réalité qu'affrontent certains des clients dont ils s'occupent.





Séance 10 :

Vue d'ensemble de la transmission du VIH : comprendre le risque personnel et professionnel

● But et objectifs

Dans cette séance, nous examinerons les questions liées au risque de transmission du VIH ainsi que les pratiques qui facilitent ou entravent sa propagation. Ceci vous permettra de fournir des informations exactes aux clients et à la communauté.

A l'issue de la séance, vous devriez être capables :

1. d'identifier le niveau de risque de transmission de l'infection à VIH relativement à diverses pratiques et/ou comportements ;
2. d'expliquer les voies par lesquelles le VIH n'est pas transmis ;
3. de discuter des pratiques courantes de soins de santé qui facilitent la transmission du VIH : du prestataire au client, du client au prestataire et d'un client à un autre ;
4. d'indiquer le niveau de risque de transmission du VIH après une exposition accidentelle au sang et
5. d'expliquer pourquoi le terme « comportement à risque » est plus approprié que le terme « groupes à risque ».

Infection à VIH

Le VIH fait partie d'un groupe de virus appelés **rétrovirus**. Une des raisons pour lesquelles le VIH est une infection particulièrement grave est qu'il attaque et détruit les cellules du **système immunitaire** – appelées **cellules T** ou **cellules CD4** – qui sont conçues pour combattre les infections et les maladies. Après que le VIH a pénétré ces cellules, il s'empare de leurs dispositifs (ou reprogramme ces cellules) de sorte à commencer la production de nombreuses copies du virus. Eventuellement, il détruit les cellules immunitaires. Le VIH a la capacité de se métamorphoser (de changer) fréquemment, raison pour laquelle il est particulièrement difficile pour les chercheurs de trouver des traitements ou des vaccins efficaces.

Il existe deux types de VIH. Le VIH 1 est responsable de la grande majorité des infections et cas de SIDA dans le monde. Le VIH 2 est le type le plus courant en Afrique de l'Ouest, et il connaît une évolution plus lente que le VIH 1.

Dès qu'une personne est infectée par le VIH, le virus commence à endommager le système immunitaire. Bien que le système immunitaire d'une personne infectée lutte pour se défendre —et il peut agir ainsi pendant dix ans ou plus chez un adulte autrement en bonne santé—le virus continue à détruire ces défenses jusqu'à ce que le système immunitaire devienne trop faible pour lutter contre les infections.

Une personne peut être infectée par le VIH et ne pas le savoir parce qu'il est possible que les symptômes ou maladies liés au VIH ne surviennent pas pendant de nombreuses années après l'infection. La plupart des gens mènent une vie saine et productive après l'infection par le VIH. En effet, beaucoup de personnes ne se

rendent pas compte qu'elles sont infectées parce qu'elles se sentent bien. Malheureusement, même si la personne infectée se sent bien, elle peut transmettre l'infection à d'autres



SIDA

Le SIDA est le stade avancé de l'infection à VIH – c'est la phase tardive de l'infection, lorsque le système immunitaire est affaibli. L'infection par le VIH, à un stade avancé, affaiblit le système immunitaire à tel point qu'il ne peut pas repousser les infections aussi efficacement que d'habitude.

L'individu devient plus susceptible à diverses infections (appelées **infections opportunistes**) ainsi qu'à d'autres maladies (par exemple le cancer). Eventuellement, la personne infectée perd du poids et contracte des maladies comme des diarrhées persistantes et graves, la fièvre, la tuberculose, la pneumonie ou le cancer de la peau. Les infections opportunistes sont ainsi appelées parce qu'elles profitent de l'affaiblissement du système immunitaire pour causer la maladie. Des exemples d'infections opportunistes incluent la cryptosporidie chronique, l'infection oculaire à cytomégalo virus, les souches du *Mycobacterium avium*, la pneumocystose, la tuberculose et la toxoplasmose. D'autres maladies associées au SIDA sont le cancer invasif du col de l'utérus, le sarcome de Kaposi et le lymphome.

Selon le centre de lutte contre les maladies (CDC, *Centers for Disease Control and Prevention*) des Etats-Unis, un quelconque nombre d'affections indiquant une grave immunodépression ou l'infection à VIH chez un individu ayant une numération de CD4 (cellules T) inférieur à 200 cellules par microlitre (moins de la moitié du nombre considéré comme le seuil inférieur de la gamme normale) constitue un diagnostic de SIDA.

Les personnes vivant avec le SIDA présentent souvent de multiples infections, des troubles neurologiques, une perte de poids extrême, des diarrhées et des cancers. Bien qu'une personne infectée meurt généralement du fait des complications de ces infections, affections et malignités, la vie avec le SIDA est semblable à la vie avec les autres maladies chroniques : parfois la personne se sent malade et à d'autres moments, elle se sent bien et peut vaquer à ses activités normales. Personne ne meurt du SIDA ou du VIH ; plutôt, une personne atteinte du SIDA meurt d'une infection ou affection que son système immunitaire affaibli ne peut plus combattre.

En Europe et aux Etats-Unis, le temps moyen entre l'infection par le VIH et le développement du SIDA dépasse 11 ans. Dans les pays en développement, ce temps est plus court. Ceci est probablement dû à de multiples facteurs, notamment un niveau d'infections préexistantes plus élevé, un accès insuffisant aux soins, y compris la prophylaxie pour les infections opportunistes, et une mauvaise nutrition. L'évolution de l'infection chez les enfants est en général beaucoup plus rapide que chez les adultes.

Le système immunitaire

Le système immunitaire est composé de nombreuses cellules et organes interdépendants qui protègent le corps contre les bactéries, les parasites, les champignons, les virus et les cellules des tumeurs. Le système immunitaire agit comme une armée qui protège le corps contre les envahisseurs, et ses différentes cellules accomplissent toutes des fonctions hautement spécialisées et étroitement liées dans la lutte contre ces envahisseurs.

Lorsque les bactéries, les virus ou autres agents envahissent le corps, ils sont reconnus comme étrangers, ce qui donne au système immunitaire le signal de les attaquer et de les détruire. Si le système immunitaire n'agit pas suffisamment en réaction à un agent envahisseur, il s'ensuivra une infection.

Comment le VIH affecte le système immunitaire

Après qu'un rétrovirus a pénétré une cellule, il crée une version ADN de ses gènes et son ADN devient une partie de l'ADN de la cellule infectée. Le VIH infecte un type particulier de cellules du système immunitaire appelé **cellules CD4 (ou cellules T)**. Les cellules T coordonnent la régulation du système immunitaire et sécrètent des facteurs spécialisés qui activent d'autres globules blancs pour repousser l'infection. Chez les individus en bonne santé, le nombre de cellules CD4 varie normalement entre 450 et 1200 cellules par microlitre de sang (cette mesure est appelée la **numération des cellules T**).

Lorsqu'une cellule T est infectée par le VIH, elle devient une cellule de réplication du VIH. En d'autres termes, le virus s'unit avec la cellule, s'intègre à l'ADN de la cellule et pousse la cellule à commencer la production de nouveaux virus du VIH. Ce processus entraîne éventuellement la mort de la cellule. À mesure que le nombre de cellules T diminue, le système immunitaire de la personne infectée devient de plus en plus compromis. Lorsque la numération de cellules T (nombre de cellules CD4) d'une personne descend en-dessous de 200 cellules par microlitre de sang, on considère que la personne a le SIDA.

Le corps d'une personne infectée essaie de lutter contre l'infection à VIH en fabriquant agressivement des **anticorps**, qui sont de minuscules bouts de protéines conçus pour se combiner avec les particules du VIH afin de les neutraliser avant qu'elles ne puissent infecter d'autres cellules. La plupart des tests de dépistage du VIH détectent en fait la présence de ces anticorps et non du VIH lui-même.

Il est particulièrement difficile pour le système immunitaire de lutter contre l'infection à VIH pour un certain nombre de raisons, notamment :

- Le VIH attaque le système immunitaire lui-même, affaiblissant sa capacité de se défendre.
- Le VIH se reproduit en quantités trop importantes pour que le système immunitaire compromis puisse les combattre.
- Le VIH a la capacité de se métamorphoser (changer), ce qui fait qu'il est encore plus difficile pour l'organisme de lutter contre l'infection.

Transmission du VIH

Le VIH est propagé à travers trois principaux modes. Ces modes de transmission sont le résultat d'une exposition aux liquides organiques (sang, sperme, liquide vaginal et lait maternel) d'individus infectés. Plus particulièrement, le VIH peut être transmis par :

1. Contact sexuel :

- Rapports sexuels vaginaux
- Rapports sexuels anaux
- Rapports sexuels oraux (ou relations sexuelles buccogénitales)

2. Contact sanguin :

- Injections/aiguilles (partage d'aiguilles, de drogues intraveineuses ou d'attirail pour l'injection des drogues, ou blessures par des aiguilles ou autres objets tranchants contaminés)
- Instruments tranchants (utilisation d'instruments de perçage de la peau contaminés comme les scalpels, les aiguilles, les lames de rasoir, les aiguilles de tatouage, les instruments de circoncision)
- Transfusion (en recevant du sang ou des produits sanguins infectés) ou transplantation d'un organe infecté
- Contact avec la peau écorchée (exposition au sang par des coupures ou des lésions)

3. Transmission de la mère à l'enfant

- Grossesse
- Accouchement
- Allaitement

Bien que toute exposition par l'une de ces méthodes puisse entraîner l'infection à VIH, toutes les expositions n'aboutissent pas à la transmission de l'infection.

Comment le VIH n'est pas transmis

De nombreux mythes existent sur la manière dont le VIH est transmis et beaucoup de ces mythes sont propres à la culture. Il est important de se rendre compte que le VIH est en réalité assez difficile à transmettre. Par exemple, il est beaucoup moins transmissible que l'hépatite B ou que d'autres infections sexuellement transmissibles. Le VIH n'est pas transmis par :

- le contact social de tous les jours ;
- le partage de vêtements ;
- le toucher ;
- le partage de nourriture ou d'assiettes ;
- le baiser sans échange de salive ;
- la poignée de main ;
- les sièges des toilettes ;
- les piqûres d'insecte ;
- le massage administré à une autre personne ;
- la stimulation sexuelle d'un(e) partenaire avec la main (quoiqu'un risque puisse exister si le sang, le sperme ou les liquides vaginaux entrent en contact avec la peau écorchée) ;
- la masturbation ;
- le fait de vivre avec une personne ayant le VIH.



En outre, le VIH n'est pas transmis par les larmes, la sueur, la salive, les vomissements, les excréments ou l'urine. Bien que ces substances puissent contenir le VIH, elles n'en contiennent pas en quantités suffisamment importantes pour causer l'infection. L'évaluation approfondie et continue de nouvelles infections par le VIH au cours des 20 dernières années dans de nombreux pays n'a pas révélé de personnes infectées par ces liquides organiques. **Le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et le lait maternel sont les seuls liquides organiques par lesquels la transmission du VIH a été documentée.**

Il est théoriquement possible de transmettre le virus à travers un baiser avec échange de salive si les gencives ont des plaies ouvertes ou si elles saignent, mais ceci est très peu probable. La transmission dans ce cas se ferait quand même par le sang plutôt que par la salive.

Transmission par contact sexuel

L'une des voies de transmission du VIH les plus courantes est le contact sexuel, principalement à travers des rapports sexuels vaginaux ou anaux sans protection. Dans chaque acte de pénétration sexuelle, il y a une personne qui « pénètre » et une personne qui « reçoit l'acte ». La personne qui reçoit l'acte court généralement un plus grand risque que celle qui pénètre. Toutefois, si le pénis de la personne qui pénètre présente des coupures, plaies ou ulcères ouverts, son risque sera accru.

Le rapport sexuel anal (pénétration de l’anus par le pénis) sans protection entre deux hommes ou entre un homme et une femme sont particulièrement dangereux parce que le risque de dommage (petites déchirures et lésions) à la fine paroi du rectum est élevé. Ceci facilite la transmission du VIH en permettant au virus présent dans le sperme d’entrer rapidement dans la circulation sanguine.

Lors du rapport sexuel pénis - vagin, la partenaire est généralement exposé à un plus grand risque en raison de la plus grande surface exposée dans le tractus génital féminin que dans le tractus génital masculin, des concentrations plus élevées de VIH dans le liquide séminal que dans les liquides vaginaux et de la quantité plus importante de sperme que de fluides vaginaux échangée pendant les rapports sexuels.

Bien qu’il puisse y avoir transmission du VIH à travers les rapports sexuels oraux sans protection—cunnilingus (contact bouche—vulve) ou fellation (contact bouche—pénis), le risque est beaucoup plus faible que dans le cas des rapports vaginaux ou anaux sans protection. Toutefois, ce comportement n’est pas exempt de risque. Avec les rapports sexuels oraux, la personne exposée au plus grand risque est celle qui utilise sa bouche pour stimuler les organes génitaux de l’autre personne. Le risque est accru lorsque cette personne a des plaies ouvertes dans la bouche ou des gencives qui saignent, ou lorsqu’elle reçoit du sperme dans la bouche ou avale des sécrétions.

La transmission du VIH a également été signalée à travers le sperme infecté utilisé pour l’insémination artificielle. Les banques de sperme de bonne réputation font maintenant des tests de dépistage sur tous les échantillons avant de les utiliser.

Si dans une relation les deux partenaires savent qu’ils ne sont pas infectés et qu’ils sont monogames (ce qui peut être difficile à savoir dans certaines situations), il n’y aura pas de risque de transmission du VIH pendant des rapports sexuels sans protection.

Transmission du VIH par le sang et les produits sanguins.

Partage d’attirail pour l’injection des drogues

Le partage d’aiguilles, de seringues, de drogues et autres attirails pour l’injection des drogues contaminés par le VIH peut entraîner la transmission du VIH. Même si les aiguilles et seringues sont stériles, les drogues mélangées dans des récipients (notamment les cuillères et les capsules pour bouteille) puis partagées ou les drogues partagées à partir d’un récipient commun peuvent donner lieu à des injections très risquées.

Bien que les injections intraveineuses présentent le plus grand risque d’infection, il est aussi possible d’être infecté par les injections sous-cutanées et intramusculaires. Dans beaucoup de pays, les médicaments injectables, les seringues et les aiguilles sont disponibles au grand public sans ordonnance. Si plusieurs personnes les utilisent, le risque de transmission du VIH augmentera.

Transfusions et transplantations d’organe

Les transfusions ou les traitements avec du sang ou des produits sanguins infectés peuvent causer la transmission du VIH. Dans beaucoup de pays du monde, des tests de dépistage du VIH sont maintenant systématiquement effectués sur les dons de sang avant d’en approuver l’utilisation. Toutefois, de nombreux pays n’ont pas les ressources nécessaires pour le faire. Les organes ou tissus prélevés d’individus atteints du VIH peuvent aussi transmettre le virus aux personnes qui les reçoivent.

Partage d’outils de perçage ou d’incision de la peau

Le VIH peut être transmis par les instruments de perçage, d’incision et de tatouage de la peau (aiguilles, lames de rasoir, instruments de circoncision) ayant été en contact avec du sang ou des liquides organiques infectés et n’ayant pas été correctement traités avant d’être réutilisés.

Transmission dans les structures de soins de santé

Les clients courent un risque d'infection pendant les interventions cliniques ou chirurgicales s'ils sont exposés à du sang ou des liquides organiques contenant le VIH provenant d'autres clients. Les travailleurs de la santé, notamment les agents de nettoyage et les laborantins, courent un risque d'infection par le VIH pendant leur travail s'ils sont exposés à du sang ou autres liquides organiques d'individus infectés.

Transmission du VIH de la mère à l'enfant

Une femme infectée par le VIH peut transmettre le virus à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Environ 15 à 30 pour cent des nouveau-nés de mères séropositives non traitées deviennent infectés par le VIH pendant la grossesse et l'accouchement, et 10 à 20 pour cent d'autres pendant l'allaitement. Le risque varie selon les régions, avec des taux de transmission de 15 à 25 pour cent dans les pays industrialisés d'Europe Occidentale et aux Etats-Unis, mais des taux plus élevés (20 à 35 pour cent) signalés dans les pays en développement. Certaines études ont trouvé des taux atteignant 43 pour cent en Afrique subsaharienne. Ces taux représentent le risque de transmission sans intervention préventive. Les options pour l'utilisation des médicaments antirétroviraux, qui peuvent considérablement réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant, deviennent plus facilement disponibles dans les contextes aux ressources limitées.



Le risque de transmission du VIH par l'allaitement, qui a été estimé entre 10 et 20 pour cent, augmente avec la durée de l'allaitement. Ce risque semble être le plus élevé pendant les premiers mois de la vie. Cependant, le taux d'infection par le VIH est plus faible chez les enfants nourris exclusivement au sein que chez ceux qui sont allaités et qui reçoivent aussi des aliments ou des liquides complémentaires. Les enfants nourris exclusivement au sein sont moins susceptibles de devenir infectés pendant les premiers mois de la vie, comparés à ceux qui reçoivent une alimentation mixte.

Le risque de transmission du VIH d'une femme à son enfant est déterminé par divers facteurs, notamment :

Le stade de l'infection : Si une femme est à un stade avancé de l'infection, elle aura une charge virale plus élevée et sera plus susceptible de transmettre le virus à son enfant. En outre, si elle devient infectée pendant la grossesse ou juste avant celle-ci, la pointe initiale de la charge virale au moment de l'infection peut accroître le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Le schéma d'allaitement : Il a été démontré que l'allaitement maternel exclusif présente un plus faible risque d'infection que l'allaitement mixte qui est la norme dans beaucoup de pays.

La durée de l'allaitement : Le risque augmente avec la durée de l'allaitement.

Lésions buccales ou du sein : Les lésions buccales chez le nourrisson ou les lésions sur les seins de la mère augmentent le risque de transmission du VIH en raison du plus grand nombre de portes d'entrée pour le virus ainsi que de l'exposition au sang.

Maladie gastro-intestinale : Chez un bébé nourri au sein, un intestin affaibli peut augmenter le nombre de portes d'entrée pour le virus présent dans le lait maternel.

Thérapie antirétrovirale : Elle peut considérablement réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement.

Césarienne : Elle peut considérablement réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, mais c'est une pratique à forte intensité technique et financière qui n'est pas nécessairement réaliste dans les contextes pauvres en ressources.

Procédés invasifs : En évitant les procédés invasifs pendant l'accouchement, on peut considérablement réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Il est important de noter qu'à la naissance, le dépistage des anticorps anti-VIH est positif chez tous les enfants nés de mères séropositives, qu'ils soient ou non réellement infectés. Ceci est dû à la présence des anticorps de la mère dans le sang de l'enfant. Le dépistage des anticorps peut permettre de déterminer exactement la présence de l'infection chez l'enfant après l'âge de dix-huit mois.



Risque d'infection par le VIH et vulnérabilité

Risque

Un certain nombre de facteurs démographiques, attitudinaux et sociaux exposent les gens au risque d'infection par le VIH et autres infections sexuellement transmissibles. Les facteurs de risque traditionnellement cités sont, par exemple, l'âge, la multiplicité des partenaires sexuels, les partenaires ayant de multiples partenaires sexuels, des antécédents d'infections sexuellement transmissibles et la consommation de drogues et d'alcool. Au début de la pandémie de SIDA, il y avait une tendance à se référer aux « groupes à haut risque »—groupes de personnes ayant par le passé contracté l'infection en grands nombres. Ces groupes comprenaient souvent les travailleuses du sexe et les homosexuels, par exemple. Ces types de catégorisations peuvent mener certaines personnes à présumer qu'elles ne courent pas de risque d'infection si elles n'appartiennent pas à ces groupes..

Avec le temps, l'expérience a montré que le risque n'est pas basé sur la condition d'une personne, mais plutôt sur ses actes. La notion de comportements à risque sous-entend que le VIH et le SIDA ne font pas de discrimination sur la base de la race, de l'appartenance ethnique, de la caste, du niveau de revenus, de l'âge ou du genre. Toute personne qui adopte un comportement l'exposant au VIH court un risque d'infection. Ces comportements incluent :

- toute personne de quelque âge que ce soit qui a des rapports sexuels oraux, vaginaux ou anaux sans protection avec une personne autre qu'un partenaire non infecté, et ceci dans une relation mutuellement monogame ;
- toute personne dont le/la partenaire a des rapports sexuels sans protection avec d'autres personnes ;
- les consommateurs de drogues qui partagent les aiguilles et autres attirails pour l'injection des drogues ;
- toute personne qui reçoit une injection avec une aiguille ou seringue potentiellement contaminée ;
- le/la ou les partenaires sexuels d'un consommateur de drogues injectables ;
- les personnes qui reçoivent des transfusions ou des traitements avec du sang ou des produits sanguins dans les régions où un dépistage fiable des provisions de sang n'est pas effectué ;
- toute personne qui utilise des aiguilles de tatouage et autres instruments de perçage de la peau potentiellement contaminés ;
- les travailleurs ou les clients des structures de santé qui entrent en contact avec le sang, les produits sanguins, les aiguilles ou les instruments chirurgicaux sales et
- le fœtus d'une mère infectée par le VIH ou l'enfant qui tète une mère infectée par le VIH.

Cette compréhension—en plus du fait qu'on sait par expérience que l'identification de groupes de personnes comme étant des groupes « à haut risque » entraîne une stigmatisation et une discrimination injustes—a abouti à un changement de langage, faisant passer de « groupes à risque » à « comportements à risque ». La distinction entre ces deux termes est importante.

Vulnérabilité

Plus récemment, il est devenu de plus en plus apparent qu'en plus de ces comportements ou caractéristiques individuelles, certaines forces sociales, économiques et politiques rendent les personnes ou groupes de personnes vulnérables à l'infection. Ainsi, bien que tout le monde puisse contracter le VIH ou le SIDA, les statistiques montrent que certains groupes de personnes sont plus susceptibles au VIH ou au SIDA que d'autres. Certains des facteurs qui influent sur la vulnérabilité sociale sont les inégalités entre les sexes, le pouvoir économique, la jeunesse, les concepts culturels et les politiques gouvernementales.

Les femmes, en particulier, sont vulnérables à l'infection à cause des inégalités entre les sexes et du manque de pouvoir dans les relations sexuelles, ce qui rend difficile, sinon impossible, la négociation d'une sexualité à risques réduits avec leurs partenaires. Le manque de pouvoir économique peut rendre les femmes vulnérables, car certaines d'entre elles sont forcées de devenir des travailleuses sexuelles ou de former des partenariats temporaires pour troquer le sexe contre la survie économique. Par ailleurs, les femmes sont exposées à un plus grand risque d'infection à cause de leur plus grande vulnérabilité biologique à la transmission des infections.

Les jeunes gens des deux sexes sont vulnérables à l'infection pour des raisons sociales, biologiques, attitudinales et démographiques. Par exemple, on exerce souvent de fortes pressions sur les jeunes hommes pour qu'ils soient sexuellement actifs. Ils sont par conséquent moins susceptibles de se renseigner sur les moyens de se protéger et de protéger leurs partenaires de peur de paraître inexpérimentés. D'autre part, les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables pour des raisons biologiques (des tissus moins matures sont plus facilement pénétrés ou endommagés) et sociales, notamment le manque de ressources économiques ou de pouvoir de négociation.

Transmission du VIH dans les structures de soins de santé et dans les soins à domicile

Le personnel des structures de soins de santé, le personnel qui dispense les soins à domicile, les clients qui reçoivent les soins et ceux qui vivent dans la communauté courent tous un risque d'infection par le VIH lié à la prestation des services de soins de santé.

Risque d'infection professionnelle par le VIH

Les travailleurs de la santé peuvent contracter des infections causées par le VIH et autres organismes véhiculés par le sang à la suite de manquements à des pratiques de prévention des infections en rapport au lavage des mains, à la manipulation des objets tranchants et au traitement des instruments, par exemple. Le risque d'infection professionnelle par le VIH—infection des personnels de santé pendant l'accomplissement de leur travail—est reconnu depuis le milieu des années 1980.

Lorsque la peau d'un travailleur sanitaire est percée ou coupée par une aiguille ou autre objet tranchant contaminés, le risque de transmission du VIH est en fait très faible, environ 0,3 % (en d'autres termes, 1 sur 300). Ceci dépend de plusieurs facteurs, tels que la taille et l'emplacement de la blessure, la quantité de sang concernée et le taux de virus dans le sang.

Lorsque le sang ou autres liquides organiques d'un client sont éclaboussés sur les muqueuses d'un travailleur sanitaire (par exemple les yeux, le nez, la bouche), le risque de transmission du VIH est encore plus faible que dans le cas de blessures par des aiguilles ou des objets tranchants, environ 0,1 % (soit 1 sur 1000).

D'autres infections véhiculées par le sang, comme l'hépatite B et C, sont plus facilement transmises par les blessures d'objets tranchants et l'exposition des muqueuses.

Transmission du VIH aux clients dans les structures de soins de santé

Les clients sont également exposés au risque d'infection lorsque les travailleurs de la santé ne suivent pas les

pratiques correctes de prévention des infections et, par exemple, font des injections dans de mauvaises conditions de sécurité ou réutilisent des instruments contaminés. On estime que 40 % des 16 milliards d'injections faites chaque année dans les pays en développement sont faites avec des seringues et aiguilles non stérilisées et réutilisées. Chaque année, les injections faites dans de mauvaises conditions de sécurité sont à l'origine d'environ 20 millions d'infections par l'hépatite B, 2 millions d'infections par l'hépatite C et 250 000 infections par le VIH. Ces infections chroniques ont un profond effet sur les économies et la qualité de vie locales et nationales.

Les pratiques d'injection dangereuses concernent habituellement la réutilisation des aiguilles et seringues – soit la réutilisation sans stérilisation soit la réutilisation d'aiguilles et de seringues jetables. Une pratique courante consiste soit à rincer l'aiguille et la seringue dans de l'eau tiède entre les injections, soit à changer l'aiguille entre les clients tout en réutilisant la même seringue plusieurs fois. Toutes ces deux pratiques sont dangereuses. L'eau ne tue pas les microorganismes véhiculés par le sang et les seringues deviennent contaminées parce que la pression négative produite lorsque l'aiguille est retirée fait remonter le contenu de l'aiguille dans la seringue. Pour cette raison, la norme acceptable de pratique d'injection sans risque consiste à utiliser une seringue et une aiguille stérilisées pour chaque client.

Risque de transmission du VIH à la communauté par les pratiques de soins de santé

Les membres de la communauté sont également exposés au risque d'infection, en particulier celui découlant de l'élimination inadéquate des déchets médicaux, comme les objets tranchants contaminés et les matières organiques. Les pratiques qui exposent la communauté au risque d'infection sont notamment :

- la mauvaise élimination des déchets médicaux, notamment les pansements, les tissus ouatés, les aiguilles et seringues contaminés, ainsi que les lames chirurgicales. Ces articles peuvent être ramassés par des enfants et autres personnes fouillant les décharges publiques. Les déchets médicaux sont souvent éparpillés par terre dans des lieux où les adultes et les enfants passent, exposant ces derniers au risque d'infection et de blessure ;
- le fait de ne pas mettre les vêtements d'un client souillés de sang ou de liquides organiques dans un sac en plastique avant de les donner aux membres de la famille et de ne pas leur donner d'instructions concernant la manipulation et le lavage des vêtements à la maison ;
- le fait de ne pas mettre le placenta dans un récipient approprié avant de le remettre à la cliente ou à sa famille, avec des instructions claires pour la manipulation dans les contextes où la famille conserve le placenta après l'accouchement. Il faudrait dire aux membres de la famille qu'il est préférable de ne pas toucher le placenta avec les mains nues et leur conseiller de toujours utiliser des gants ou de se recouvrir les mains avec des sacs en plastique intacts en manipulant le placenta. Si le placenta doit être manipulé avec des mains nues, il faudrait préalablement le tremper dans une solution chlorée à 0,5 % pendant au moins 10 minutes ;
- les agents de santé portant des tenues de travail contaminées en public et chez eux ;
- le fait de ne pas expliquer aux membres de la famille ou aux personnes qui soignent les clients infectés par le VIH ou vivant avec le SIDA comment ils peuvent se protéger.

Réduire le risque de transmission du VIH lié aux soins de santé

L'observation de pratiques correctes de prévention d'infection peut radicalement réduire le risque d'exposition professionnelle et de transmission du VIH aux clients et aux membres de la communauté. Le meilleur moyen de prévenir les infections liées aux soins de santé est de suivre les précautions standard. Il s'agit d'un ensemble de

recommandations conçues pour minimiser chez les clients et le personnel le risque d'exposition à des matières infectieuses. (Voir la séance 11 pour des informations complémentaires sur les précautions standard).

Les prestataires devraient prendre les précautions standard pour tous les clients, qu'ils les croient infectés ou non. Ceci est important parce qu'il est impossible de savoir qui est infecté par le VIH tout simplement en regardant les gens. Par ailleurs, les personnes infectées elles-mêmes ne le savent pas souvent.

Rappel : Il est plus prudent d'agir comme si tous les clients étaient infectés, plutôt que de ne prendre les précautions standard que pour certains clients.

Idées essentielles à considérer



- Il est important pour nous en tant que travailleurs des soins de santé, que nous conseillions les clients ou non, de comprendre les comportements et situations qui peuvent mener à l'infection par le VIH. Cette information nous aidera non seulement à mieux servir nos clients, mais aussi à mieux comprendre les risques d'infection par le VIH dans les structures de santé et dans nos propres vies.
- Les différences de comportement sexuel, les relations et les facteurs sociaux peuvent influencer sur le risque de transmission du VIH. Ce risque dépend du contexte dans lequel un comportement particulier survient aussi bien que d'autres facteurs tels que l'âge (les femmes plus jeunes sont plus vulnérables en raison d'un tissu vaginal moins mature ; une femme considérablement plus jeune que son partenaire pourra rencontrer des difficultés à négocier des pratiques sexuelles à risques réduits), le genre (il est possible que les femmes aient des difficultés à négocier des pratiques sexuelles à risques réduits avec leurs partenaires), si un partenaire est infecté ou non, si une personne « donne » ou « reçoit » des liquides organiques pendant l'activité sexuelle ainsi que la difficulté de connaître le passé sexuel et le statut sérologique d'un partenaire.
- Souvent les mythes et idées fausses sur le VIH sont focalisés sur des groupes précis qui sont marginalisés au sein d'une communauté (les travailleuses de l'industrie du sexe, par exemple). Il est important que les travailleurs de la santé reconnaissent comment ces mythes contribuent à la discrimination contre ces groupes afin de prévenir la stigmatisation et de rendre les services accueillants et accessibles à tous les groupes.
- En comprenant les différents risques de transmission du VIH dans les structures de santé, nous pouvons mieux nous protéger de l'infection. Les précautions standard contre l'infection par le VIH devraient être en place pour réduire le risque. (La Séance 11 traite les précautions standard).
- Les rapports sexuels sans protection et les pratiques sexuelles à risque comportent un risque considérablement plus grand de transmission du VIH que l'exposition accidentelle au sang et aux liquides organiques dans la structure de santé.
- L'identification de groupes de personnes comme étant des groupes à « haut risque » mène à une stigmatisation et une discrimination injustes. En parlant de « comportements à risque » au lieu de « groupes à risque », on établit une distinction très importante qui a un effet positif sur les attitudes à l'égard des personnes infectées par le VIH.

Continuum du risque de transmission du VIH

Pratique	Risque	Remarques 
Abstinence	Aucun risque	Il n'y a pas de risque de transmission du VIH tant que des liquides organiques ne sont pas échangés.
Masturbation	Aucun risque	Il n'y a pas de risque de transmission du VIH tant que des liquides organiques ne sont pas échangés.
Rapports sexuels avec un partenaire monogame non infecté	Aucun risque	Les relations sexuelles dans une relation monogame ne comportent aucun risque tant que les deux partenaires ne sont pas infectés. Toutefois, il est souvent difficile de savoir si le partenaire est vraiment monogame et non infecté.
Partager les ustensiles de table avec une personne séropositive	Aucun risque	Les études ont montré que la salive ne contient pas suffisamment de virus pour permettre la transmission du VIH.
Serrer la main à une personne séropositive	Aucun risque	Il n'y a pas de risque de transmission du VIH tant qu'il n'y a pas échange de liquides organiques.
S'asseoir sur le siège de toilettes publiques	Aucun risque	Il n'y a pas de risque de transmission du VIH tant qu'il n'y a pas échange de liquides organiques.
Etre piqué par un moustique	Aucun risque	Les études ont montré que les moustiques ne transmettent pas le VIH entre les personnes.
Massage	Aucun risque	Il n'y a pas de risque de transmission du VIH tant qu'il n'y a pas échange de liquides organiques.
Serrer une personne séropositive dans ses bras	Aucun risque	Il n'y a pas de risque de transmission du VIH tant qu'il n'y a pas échange de liquides organiques.
Aider quelqu'un qui saigne du nez	Aucun risque	Si la peau des mains est intacte, il n'y a pas de risque de transmission.
Prendre la tension artérielle sans porter de gants	Aucun risque	Il n'y a pas de risque de transmission du VIH tant qu'il n'y a pas échange de liquides organiques.
Prendre la température sans porter de gants	Aucun risque	Il n'y a pas de risque de transmission du VIH tant qu'il n'y a pas échange de liquides organiques.
Effectuer un examen abdominal sans porter de gants	Aucun risque	Il n'y a pas de risque de transmission du VIH tant qu'il n'y a pas échange de liquides organiques.
Effectuer un examen abdominal prénatal sans porter de gants	Aucun risque	Il n'y a pas de risque de transmission du VIH tant qu'il n'y a pas échange de liquides organiques.
Recevoir le sang d'un client sur les mains	Aucun risque	Si la peau des mains est intacte, il n'y a pas de risque de transmission.
Nettoyer une éclaboussure de sang en portant des gants en latex	Aucun risque	Les gants protègent contre un éventuel échange de liquides organiques.
Pratiquer une césarienne en portant des gants en latex	Risque faible/ Aucun risque	En l'absence de blessures par un instrument tranchant, le risque de transmission du VIH est très faible.
Stimulation sexuelle des organes génitaux d'une autre personne avec les mains	Risque faible/ Aucun risque	Le risque est très faible s'il n'y a pas de coupures sur les mains ou si la peau n'est pas écorchée, surtout s'il n'y a pas de contact avec les sécrétions, le sperme ou le sang menstruel.

Continuum du risque de transmission du VIH

Pratique	Risque	Remarques 
Relations sexuelles buccogénitales sur un homme (fellation) portant un préservatif	Risque faible/ Aucun risque	Le risque est très faible si le préservatif est utilisé correctement. Cependant, quelques IST (par exemple l'herpès) peuvent être transmises par le contact avec la peau non recouverte par le préservatif.
Relations sexuelles vaginales avec un préservatif	Risque faible	Tant que le préservatif est utilisé correctement, le risque de transmission est faible. Quelques infections sexuellement transmissibles (par exemple l'herpès) peuvent tout de même être transmises par le contact avec la peau non recouverte par le préservatif.
Relations sexuelles vaginales avec de multiples partenaires, en utilisant toujours un préservatif	Risque faible	La multiplicité des partenaires augmente le risque, cependant le port correct et constant du préservatif le diminue. Un nouveau préservatif doit être utilisé avec chaque partenaire et pour chaque acte sexuel.
Nettoyer une éclaboussure de sang sans porter de gants	Risque faible	Le risque est plus élevé si les mains présentent des coupures ou des rougeurs.
Recevoir une éclaboussure du sang d'un client dans l'œil	Risque faible	Le risque de transmission est d'environ 1 sur 1000.
Recevoir une éclaboussure du sang d'un client dans la bouche	Risque faible	Le risque de transmission est d'environ 1 sur 1000.
Effectuer un accouchement sans porter de gants	Risque faible	Le risque de transmission est faible tant que la peau des mains est intacte.
Effectuer un examen pelvien durant l'accouchement sans porter de gants	Risque faible	Le risque de transmission est faible tant que la peau est intacte. Cependant, le lavage méticuleux des mains est nécessaire pour minimiser la transmission de l'infection.
Recevoir le sang d'un client sur la main (où il y a une coupure récente)	Risque faible	Cela dépend de la taille et la profondeur de la coupure, de la quantité de sang et de la quantité de virus dans le sang. Peu ou pas de cas documentés de ce mode de transmission.
Recevoir le sang d'un client sur la main (où il y a des rougeurs)	Risque faible	Cela dépend de la gravité des rougeurs, de la quantité de sang et de la quantité de virus dans le sang. Peu ou pas de cas documentés de ce mode de transmission.
Recevoir le sang d'un client sur la main qui a une cuticule déchirée	Risque faible	Cela dépend de la taille et la profondeur de la déchirure, de la quantité de sang et de la quantité de virus dans le sang. Peu ou pas de cas documentés de ce mode de transmission.
Remettre le capuchon sur une aiguille usagée	Risque faible	Bien que le risque de blessure soit élevé, le risque réel d'infection est faible (environ 1 sur 300).
Se piquer avec une aiguille usagée au laboratoire	Risque faible/peut-être risque moyen	Le risque approximatif de transmission est de 1 sur 300. Le risque varie selon la profondeur de la blessure et le stade de la maladie du patient source.
Relations sexuelles anales avec un préservatif	Risque faible/peut-être risque moyen	Le risque de cassure du préservatif est plus élevé que dans les relations sexuelles vaginales. Quelques IST (par exemple l'herpès) peuvent être transmises par le contact avec la peau non recouverte par le préservatif.

Continuum du risque de transmission du VIH

Pratique	Risque	Remarques 
Relations sexuelles buccogénitales sur un homme (fellation) ne portant pas de préservatif	Risque faible/peut-être risque moyen	Le VIH peut être transmis par les relations sexuelles orales, bien que le risque soit très faible, à moins qu'il n'y ait des coupures ou des plaies dans la bouche. Le risque de transmission est plus faible si le sperme n'entre pas dans la bouche.
Relations sexuelles buccogénitales sur une femme (cunnilingus)	Risque faible/peut-être risque moyen	Le VIH peut être transmis par les relations sexuelles orales, bien que le risque soit très faible, à moins qu'il n'y ait des coupures ou des plaies dans la bouche.
Relations sexuelles vaginales sans protection avec retrait avant l'éjaculation	Risque élevé	Le VIH peut être présent dans le liquide pré-éjaculatoire. Par conséquent, le risque de transmission est élevé. Toutefois, le retrait réduit quelque peu le risque de transmission du VIH. Il est peu probable qu'il réduise le risque de transmission des autres infections sexuellement transmissibles.
Relations sexuelles vaginales sans préservatif	Risque élevé	Une des activités présentant le plus grand risque de transmission de l'infection. Le partenaire réceptif court un risque plus élevé.
Relations sexuelles anales sans préservatif	Risque élevé	Une des activités présentant le plus grand risque de transmission de l'infection. Le partenaire réceptif court un risque plus élevé.
Réutilisation d'instruments tranchants pour inciser la peau [par exemple les instruments utilisés pour la scarification, la mutilation génitale des femmes (MGF), le tatouage]	Risque élevé	Si ces instruments ont été utilisés sur d'autres personnes et qu'ils ne sont pas correctement traités, le VIH et l'hépatite pourraient être transmis.
Réutilisation d'aiguilles ou de seringues pour injection d'un client à l'autre	Risque élevé	Les aiguilles pour injection doivent être jetées dans un récipient résistant à la perforation (jetable) ou traitées avant d'être réutilisées pour prévenir la transmission des organismes véhiculés par le sang d'un client à un autre. Pour un traitement correct, utiliser la désinfection de haut niveau ou la stérilisation.
Etre allaité par une mère séropositive	Risque élevé	Bien que le risque soit relativement élevé, il est toujours conseillé à une femme séropositive d'allaiter si aucune autre bonne source de nutrition n'est disponible.
Accouchement (risque pour l'enfant si la mère est séropositive)	Risque élevé	Le risque peut être considérablement réduit avec certains régimes de médicaments antirétroviraux et des pratiques obstétricales sûres.
Partager les aiguilles, seringues, drogues et autre attirail pour l'injection des drogues	Risque élevé	Le VIH et l'hépatite peuvent facilement être transmis d'une personne infectée par le partage d'aiguilles et de seringues pour injection.
Circoncision traditionnelle	Risque inconnu	Si la lame de rasoir ou l'instrument coupant sont réutilisés sans avoir été correctement stérilisés, le risque peut être élevé.
Aller chez le dentiste	Risque inconnu	Cela dépend des pratiques de prévention des infections du dentiste.
Relations sexuelles sans protection avec son conjoint	Risque inconnu	Il peut être difficile de savoir si le conjoint se livre à des activités qui vous exposent au risque.
Recevoir une transfusion sanguine	Risque inconnu	Dans de nombreux pays, des tests de dépistage du VIH sont adéquatement effectués sur les réserves de sang.
Faire un don de sang	Risque inconnu	En présence de pratiques correctes de prévention des infections, il n'y a pas de risque.



Séance 11 :

Précautions standard dans les structures de soins de santé et dans les soins à domicile

● But et objectifs

Cette séance donne une vue d'ensemble des précautions standard qui devraient être prises afin de réduire le risque de transmission des infections dans les structures de soins de santé et les soins à domicile.

A l'issue de la séance, vous devriez être capables :

1. de décrire les précautions standard qui doivent être prises dans les structures de soins de santé aux fins de prévention des infections ;
2. de décrire les pratiques de précautions standard qui doivent être enseignées aux membres de la famille et aux personnes qui s'occupent des personnes vivant avec le SIDA et
3. de discuter des moyens de respecter les précautions standard dans les contextes aux ressources limitées.

Précautions standard dans les structures de soins de santé

Les informations suivantes sont un résumé des précautions standard pour les structures de soins de santé et les soins à domicile. Pour de plus amples informations sur les pratiques de prévention des infections, se référer à l'Annexe B : Réimpression de **Prévention des infections : guide de référence à l'intention des prestataires de soins de santé**, à la page 87, Annexe B.

Lavage des mains

Lavez-vous les mains avec du savon et de l'eau courante après être entré en contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excréments et des articles contaminés, que vous ayez ou non porté des gants. Lavez-vous les mains aussitôt après avoir enlevé les gants et entre les contacts avec les clients pour éviter de faire passer les microorganismes d'un client à un autre et de contaminer l'environnement. (Pour plus d'informations, voir l'Annexe B, à la page 5).

Gants

Portez des gants avant d'entrer en contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excréments et des articles contaminés. Mettez des gants propres juste avant de toucher des muqueuses et une peau non intacte. Mettez une nouvelle paire de gants propres entre les tâches et les interventions sur un même client après être entré en contact avec des matières pouvant contenir une concentration élevée de microorganismes. Rincez les mains gantées dans une solution chlorée à 0,5 pour cent avant d'ôter les gants. Ensuite, enlevez les

Les précautions standard sont un vaste ensemble de recommandations de pratique clinique conçues pour minimiser le risque d'exposition à des matières infectieuses comme le sang et autres liquides organiques. Elles permettent de briser le cycle de transmission de la maladie au niveau du « mode de transmission » et de diminuer le risque de transmission des infections à la fois aux clients et aux travailleurs de la santé.

Les précautions universelles sont un terme plus ancien qui fait référence aux pratiques accomplies afin de protéger les professionnels des soins de santé contre l'exposition aux microorganismes véhiculés par le sang.

gants juste avant de toucher des articles et surfaces non contaminés. **Remarque :** Les personnels de santé ayant des lésions ouvertes, des coupures, l'eczéma, des rougeurs ou des mains très gercées devraient éviter le contact direct avec les clients. En outre, ils ne devraient pas manipuler des équipements contaminés parce que les plaies sur la peau fournissent aux microorganismes des points par lesquels ils peuvent entrer dans la circulation sanguine et causer l'infection. (Pour plus d'informations, voir l'Annexe B, à la page 7).

Protection des yeux

Portez une protection des yeux, un écran facial ou un masque pour protéger les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche pendant les interventions (par exemple pendant l'accouchement, le sectionnement du cordon ombilical) et les activités de soins aux clients qui pourraient produire des éclaboussures ou des gouttelettes de sang, de liquide organique, de sécrétion et d'excrétion.

Vêtements de protection

Portez des blouses (propres non stériles) pour protéger la peau et les vêtements pendant les interventions et les activités de soins aux clients qui pourraient produire des éclaboussures ou des gouttelettes de sang, de liquide organique, de sécrétion et d'excrétion. Utilisez, si possible, une barrière en plastique ou en caoutchouc (par exemple un tablier) pour protéger les vêtements si d'importantes quantités de souillures sont anticipées (par exemple pendant l'accouchement). Enlevez une blouse souillée immédiatement, mettez-la dans un récipient prévu pour la décontamination et lavez-vous les mains. (Pour plus d'informations, voir l'annexe B, à la page 44).

Traitement des instruments

Traitez les instruments usagés en respectant les directives de prévention des infections admises pour la décontamination, le nettoyage, la désinfection de haut niveau et/ou la stérilisation. Veillez à ce qu'un instrument réutilisable ne soit pas utilisé sur un autre client avant d'avoir été correctement traité. (Pour plus d'informations, voir l'annexe B, à la page 25).

Manipulation des objets tranchants

Manipulez les objets tranchants avec soin pour éviter les blessures et réduire le risque d'infection.

- Evitez de remettre les capuchons sur les aiguilles (employez la technique « d'une main » s'il est absolument nécessaire de le faire).
- Ne courbez pas les aiguilles, ne les cassez pas ou ne les coupez pas après l'emploi.
- N'enlevez pas l'aiguille de la seringue avant l'élimination.
- Jetez les aiguilles usagées dans un récipient résistant à la perforation pas trop plein aussitôt après l'emploi.

En cas de blessure par une aiguille ou un instrument tranchant contaminés, lavez immédiatement la zone avec du savon et de l'eau, puis suivez les directives de prophylaxie après exposition de votre structure. (La Séance 12 traite plus en détail la prévention des blessures par les aiguilles et les objets tranchants, tandis que la Séance 13 traite les soins après exposition. Voir aussi l'annexe B, à la page 20.)

Propreté de l'environnement et élimination des déchets

Maintenez la propreté de l'environnement et les pratiques d'élimination des déchets conformément aux directives appropriées de prévention des infections. Assurez-vous que les déchets liquides sont placés dans un récipient contenant suffisamment de solution désinfectante pour tuer efficacement les organismes.

Veillez à ce que tous les déchets contaminés (pansements mouillés de sang, tampons, tissus ouatés, compresses, linges souillés par des liquides organiques, etc.) soient placés dans des sacs ou récipients clairement marqués, prévus à cet effet, et que ceux-ci soient enlevés et emportés pour être incinérés ou autrement éliminés en toute sécurité. Nettoyez immédiatement les éclaboussures de sang, de liquide organique, de sécrétion et d'excrétion sur les surfaces avec une solution désinfectante telle qu'une solution chlorée à 0,5 %, puis nettoyez l'endroit avec un détergent et de l'eau. (Pour plus d'informations, voir l'annexe B, à la page 56).

Manipulation et traitement des linges

En manipulant des linges souillés par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments, portez toujours des gants et placez les articles dans des sacs ou récipients clairement marqués, prévus à cet effet. Si un sac en plastique est utilisé, mettez les linges dans un sac et placez ce sac à l'intérieur d'un autre sac en plastique (double sac). Transportez les linges souillés de manière à ne pas percer le sac ou perdre des articles souillés en allant à la laverie. Lavez les linges souillés avec un détergent et un germicide conformément aux directives appropriées de prévention des infections. (Pour plus d'informations, voir l'annexe B).

Précautions standard en prodiguant des soins à domicile

Tout comme dans les structures de soins de santé, les précautions standard peuvent aider à prévenir la propagation des infections lorsque les soins sont dispensés à domicile. Les soins à domicile peuvent comprendre l'accouchement, le suivi postnatal de la mère et du bébé et les soins aux individus atteints de maladies infectieuses comme le SIDA. Les précautions standard pour les soins à domicile sont identiques à celles prises dans les structures de soins de santé.

Les personnels de santé dispensant des soins à domicile devraient suivre les précautions standard comme il le ferait dans la structure de santé. Il est indispensable qu'ils enseignent les pratiques de prévention des infections aux membres de la famille et autres soignants. Les clients devraient également être informés des pratiques de prévention des infections pour ne pas interpréter le comportement de leurs soignants comme un rejet ou du mépris. Si les membres de la famille ou les soignants savent lire, une courte fiche d'instructions peut être préparée pour qu'ils puissent s'y référer. Toute information partagée avec la famille et/ou les soignants devrait comporter au minimum les éléments suivants :



Lavage des mains

Lavez-vous les mains avec du savon et de l'eau courante :

- juste avant de commencer à prodiguer des soins à une personne séropositive ;
- aussitôt après avoir enlevé les gants ou si le gant se déchire et
- si vous recevez du sang ou des liquides organiques sur la main (ou sur toute autre partie du corps, lavez la zone).

Gants

Si possible, portez des gants de caoutchouc lorsque :

- vous touchez la muqueuse (par exemple la bouche, les organes génitaux), la peau écorchée ou les liquides organiques (sang, excréments, urine, liquides contenus dans les plaies, salive ou vomissement) de la personne infectée ;
- vous manipulez des articles ou surfaces souillés par du sang ou des liquides organiques ;
- vous nettoyez du sang ou des liquides organiques autour de l'endroit où vous prodiguez des soins au client.

Portez une paire de gants neufs chaque fois que vous pratiquez une intervention ou que vous accomplissez une tâche. Si les gants ne sont pas disponibles ou d'un prix abordable, envisagez d'utiliser des sacs en plastique (qui ne sont pas troués) que vous pourriez acheter au marché pour vous recouvrir les mains.

Vêtements de protection (masques, protection des yeux/ du visage, blouse/tablier)

Portez des vêtements de protection en exécutant toute tâche qui pourrait vous exposer à du sang ou des liquides organiques. Si de grands sacs à ordures en plastique sont disponibles, faites un trou au milieu de l'extrémité fermée et sur chaque côté de manière à pouvoir enfiler le sac et passer vos bras par les trous latéraux. Portez le sac lorsque vous prévoyez d'être exposé à des éclaboussures ou mouillé par des liquides contaminés.

Lavage des linges et vêtements souillés

Les linges et vêtements souillés par du sang et autres liquides organiques doivent être lavés séparément des autres articles, en utilisant un détergent et une solution javellisée. Expliquez aux personnes prodiguant des soins à domicile combien de mesures d'eau de Javel et d'eau devraient être utilisées pour laver les vêtements souillés.

Élimination des déchets contaminés

Avant de jeter des articles souillés par du sang ou des liquides organiques, mettez-les dans un sac en plastique et placez le sac à l'intérieur d'un deuxième sac en plastique (double sac). Si possible, marquez le sac avec une attache colorée ou un marqueur (par exemple rouge) et placez-le dans le lieu de la structure de santé locale destiné à l'élimination des déchets médicaux. Renseignez-vous auprès de votre structure de santé ou de votre travailleur sanitaire sur le lieu d'élimination des liquides organiques et déchets infectés. Si l'enfouissement est la seule méthode disponible, creusez une fosse à 50 mètres de toute source d'eau. La fosse doit être située en aval des puits et être éloignée des terres réservées aux cultures. Creusez une fosse d'au moins 1 à 2 mètres de large et 2 à 5 mètres de profondeur. Si possible, érigez une barrière autour du site pour empêcher les enfants et les animaux d'y entrer.

Maintenir la sûreté des surfaces

Nettoyez immédiatement les éclaboussures de sang et de liquides organiques avec de l'eau de Javel avant de laver la surface avec du savon/un détergent et de l'eau. N'oubliez pas de porter des gants de ménage en nettoyant les liquides renversés sur les surfaces ainsi que les surfaces

Précautions à prendre pour les aiguilles

Évitez de remettre les capuchons sur les aiguilles (utilisez la technique « d'une main » s'il est absolument nécessaire de le faire). Ne courbez pas les aiguilles, ne les cassez pas ou ne les coupez pas après l'emploi. N'enlevez pas l'aiguille de la seringue avant l'élimination. Jetez les aiguilles usagées dans un récipient résistant à la perforation pas trop plein aussitôt après l'emploi.

Si vous êtes blessé par une d'aiguille, procédez immédiatement comme suit :

- Nettoyez à grande eau la blessure avec de l'eau courante.
- Lavez-vous les mains avec du savon et de l'eau, en veillant à laver l'endroit qui saigne.
- Laissez l'endroit saigner brièvement.
- Informez votre superviseur aussitôt après vous être occupé de la blessure.

Remarque : A défaut d'eau, une solution antiseptique peut être utilisée pour inonder la surface, mais rappelez-vous que les solutions antiseptiques ne se sont pas avérées plus efficaces que le savon et l'eau.

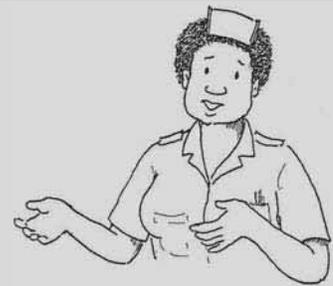
Si un membre de la famille doit faire les injections, apprenez-lui à manipuler et éliminer correctement les aiguilles et les seringues usagées. Dites-lui d'apporter le récipient au site d'élimination des déchets de la structure lorsqu'il est plein aux trois quarts afin qu'il soit détruit sans risque. Informez les membres de la famille qu'en cas de blessure accidentelle par une aiguille usagée, ils devraient immédiatement laver la plaie avec du savon et de l'eau, la laisser saigner, la recouvrir et se rendre à la structure pour une évaluation et une prise en charge.

Accroître la conscience des risques potentiels

Rappelez aux clients et aux membres des familles que des risques de transmission du VIH peuvent être associés aux pratiques accomplies par les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses traditionnelles et les personnes qui pratiquent la circoncision lorsqu'il y a exposition au sang ou que des instruments tranchants sont partagés.

Idées essentielles à considérer

- Les précautions standard permettent de prévenir les infections à la fois chez les prestataires et chez les clients. Elles devraient être prises pour tous les clients, que leur statut sérologique soit connu ou présumé.
- Pratiqués régulièrement, le lavage des mains, l'utilisation des gants et d'autres vêtements de protection, la non-remise des capuchons sur les aiguilles usagées et l'élimination sûre des déchets contaminés constituent des procédés de précautions standard vitaux qui devraient être suivis aussi bien dans les structures de soins de santé que dans les soins à domicile.
- Il existe des recommandations simples et pratiques pour efficacement mettre en œuvre les précautions standard, même dans les contextes aux ressources limitées.



Etudes de cas : Précautions standard dans les contextes où les ressources sont limitées

Etude de cas N°1 :

Madame Yaro, qui a quatre enfants, vient d'accoucher à domicile. Vous êtes l'infirmière communautaire et en effectuant vos visites à domicile, vous trouvez que sa famille s'apprête à l'emmener à la structure de santé parce qu'elle saigne plus abondamment que lors de ses accouchements antérieurs. Vous remarquez que ses vêtements sont très mouillés de sang, ce qui indique un saignement actif. Il ne vous reste plus de gants stériles dans votre sac, mais vous avez des gants jetables.



Quelles mesures devriez-vous prendre concernant cette situation pour dispenser le traitement nécessaire et protéger la cliente et vous-même contre les microorganismes véhiculés par le sang ?

Etude de cas N°2 :

Anita travaille dans un centre médical pour femmes. Elle y est chargée de relever la tension artérielle, la température et le poids des clientes. Elle prélève également quelques gouttes de sang du doigt des clientes pour vérifier leur hémocrite. Elle ne porte habituellement pas de gants pendant tout ce processus, mais elle se lave les mains avant de passer à la cliente suivante. Lorsque la cliente semble maigre et « malade », elle met des gants, car elle est inquiète à l'idée que ces clientes soient infectées par le VIH.

Est-ce là une pratique appropriée de prévention des infections ? Pourquoi ?

Etude de cas N°3 :

Le docteur Asante est le directeur de la Clinique Suta qui organise une exposition de santé communautaire. Lors de la séance d'ouverture, les membres de la communauté arrivent en nombre largement supérieur à la capacité de l'espace et ils se déversent dans les zones broussailleuses. Tandis que le discours d'ouverture est en train d'être prononcé, on entend un hurlement de douleur à l'arrière de la foule : un homme a piétiné une aiguille et seringue qui est maintenant plantée dans son pied. Après inspection de l'endroit où se tenait l'homme, le Dr Asante trouve un tas de déchets médicaux récemment déposés au pied d'un arbre. Il se met en colère et il est perplexe, car la clinique possède un incinérateur et il ne comprend pas pourquoi les déchets médicaux ont été jetés là. Il discute de la question avec le personnel responsable de l'élimination des déchets et de l'opération de l'incinérateur. Celui-ci l'informe qu'il reçoit souvent plus de déchets que ne peut traiter l'incinérateur et qu'il est parfois obligé de jeter les déchets dans les arbres.

Quels problèmes d'élimination des déchets se posent ici et que peut-on faire à propos de cette situation ?

Etude de cas N°4 :.....

YVotre clinique dispose d'un récipient spécial pour éliminer les objets tranchants. Le récipient se trouve dans la salle de vaccination puisque c'est là que la plupart des injections sont habituellement faites. De temps à autre, les clients doivent recevoir des injections dans la salle de soins qui se trouve plus loin dans le couloir, après la salle de vaccination. Dans ces cas, les infirmières remettent les capuchons sur les aiguilles hypodermiques, les portent dans la salle de vaccination et les jettent dans le récipient pour objets tranchants.



Qu'est-ce qui devrait être fait différemment pour réduire le risque d'infection dans votre clinique ?

Etude de cas N°5 :.....

Vous êtes superviseur et vous visitez un poste de santé dans une zone rurale. Pendant votre visite, vous observez que plus de mères que d'habitude sont venues faire vacciner leurs bébés. Bien que la séance soit presque terminée, au moins 20 mères attendent encore avec leurs enfants. Un membre du personnel d'entretien ménager fait bouillir des aiguilles et des seringues pour répondre à la demande, mais vous remarquez aussi que l'une des plus anciennes infirmières fait des injections en changeant seulement l'aiguille et en réutilisant la même seringue. Lorsque vous attirez son attention sur le fait que cette pratique n'est pas la technique correcte pour faire des injections, elle répond qu'elle ne veut pas faire attendre les femmes plus longtemps qu'elles ne l'ont déjà fait. De plus, c'est seulement l'aiguille, qui perce la peau, qui doit être stérile.



Quelles mesures devriez-vous prendre concernant cette situation pour prévenir les pratiques d'injection dangereuses ?



Séance 12 :

Prévention des blessures par les aiguilles et les instruments tranchants

● **But et objectifs**

Dans cette séance, nous examinerons les causes fréquentes des blessures par les aiguilles et les instruments tranchants et nous discuterons des stratégies pour les prévenir.

A l'issue de cette séance, vous devriez être capables :

1. de citer au moins cinq situations au cours desquelles les blessures sont le plus susceptibles de se produire lorsqu'on utilise des aiguilles et des instruments tranchants ;
2. de décrire au moins quatre mesures que les personnels de santé peuvent prendre pour prévenir ou minimiser les blessures par les aiguilles et les instruments tranchants et
3. d'identifier au moins trois mesures que les membres d'une équipe chirurgicale peuvent prendre pour prévenir ou minimiser les blessures par les aiguilles et les instruments tranchants.

Prévention des blessures par les aiguilles et les instruments tranchants

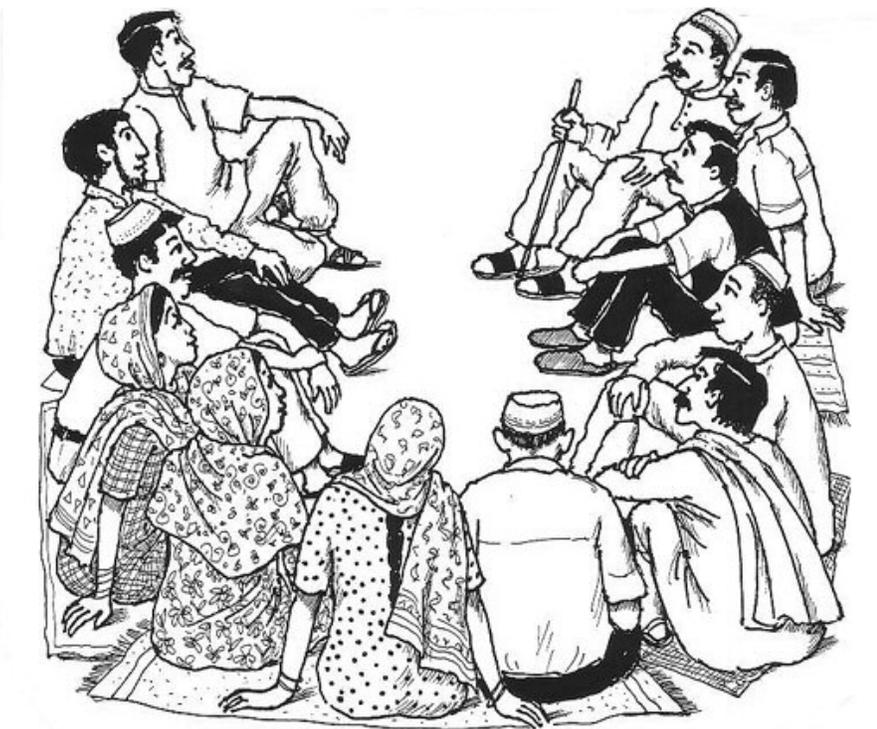
Dans la plupart des pays, des données exactes ne sont pas disponibles sur le nombre de blessures par les aiguilles ou les instruments tranchants subies chaque année par les travailleurs de la santé. Aux Etats-Unis, on estime que 600 000 à 800 000 de ces blessures surviennent annuellement, la moitié desquelles ne sont pas signalées. Les blessures par les aiguilles les plus signalées concernent les infirmières, mais les sages-femmes, le personnel de laboratoire, les médecins, le personnel d'entretien ménager et autres travailleurs de la santé subissent également des blessures qui les exposent à des organismes véhiculés par le sang (VHB, VHC et VIH). L'impact émotionnel et physique est grave, que l'infection soit ou non transmise. Il est beaucoup plus simple et plus rentable de prévenir les blessures causées par les instruments tranchants que de gérer les coûts émotionnels et financiers entraînés par le traumatisme subi par le travailleur et sa/son partenaire, le temps consacré aux conseils personnalisés, la fourniture de médicaments, s'ils sont disponibles, et la surveillance continue. Les blessures par les instruments tranchants peuvent être prévenues. Pour mieux comprendre comment prévenir ces blessures, il est important de comprendre comment elles se produisent.

Comment les blessures par les aiguilles et autres objets tranchants surviennent communément

Les blessures par les aiguilles et les instruments tranchants surviennent dans beaucoup de circonstances, notamment lorsque :

- les aiguilles à suture et autres articles sont manipulés manuellement (par exemple lorsqu'une aiguille à suture est remise dans un porte-aiguille ou qu'un scalpel est monté sur un porte-scalpel) ;
- les instruments sont démontés après utilisation ;

- les aiguilles ou les instruments tranchants sont placés dans des récipients pour objets tranchants qui sont pleins et qui ne permettent pas d'insérer facilement les articles ;
- les aiguilles sont enlevées des orifices des tubulures à transfusion ;
- les capuchons sont remis sur les aiguilles, que celles-ci sont courbées, coupées ou cassées après l'emploi ;
- le sang est transféré d'une seringue dans un tube à essai ;
- les doigts sont utilisés comme guide par les chirurgiens ou les assistants chirurgicaux ;
- les tissus sont tenus à la main pendant la suture ou que les sutures sont attachées alors que l'aiguille s'y trouve encore ;
- les aiguilles sont laissées exposées sur les porte-aiguilles ;
- un scalpel ou autre instrument tranchant est passé de l'utilisateur à un assistant ou de l'assistant à l'utilisateur.



Stratégies de prévention des blessures

De nombreuses stratégies peuvent être utilisées pour réduire le risque de blessure pendant les services de soins de santé.

Aiguilles

- Avertissez le client avant de lui faire une injection pour éviter de le faire sursauter et de causer une blessure.
- Evitez de remettre les capuchons sur les aiguilles après l'emploi. Utilisez la technique « d'une main » s'il est absolument nécessaire de le faire.
- Ne courbez pas les aiguilles, ne les cassez pas, ne les coupez pas et ne les enlevez pas des seringues après l'emploi.
- Jetez immédiatement les aiguilles usagées dans un récipient résistant à la perforation.
- Placez les récipients pour objets tranchants près des zones de travail pour que le personnel n'ait pas à traverser la pièce pour atteindre le récipient ou à aller chercher un récipient plus loin dans le couloir.



- Brûlez ou enterrez le récipient lorsqu'il est plein aux trois quarts.
- En transférant du sang d'une seringue dans un tube à essai, placez le tube à essai dans un porte-tubes et introduisez l'aiguille dans le tube à essai en utilisant une main.
- Encouragez la conscience de la sécurité pendant les séances de formation sur place axées sur le changement de comportement en vue de prévenir ou minimiser les blessures par les aiguilles ou les instruments tranchants.

Scalpels et autres objets tranchants

- Manipulez ou remettez en place les lames chirurgicales et aiguilles à suture en utilisant des pinces plutôt que vos doigts.
- Envisagez d'utiliser des agrafes à la place des sutures et des aiguilles à suture, si cette option est appropriée.
- Utilisez des aiguilles courbes manipulées à l'aide d'un porte-aiguille, qui sont une option plus sûre que les aiguilles droites tenues à la main.
- Les instruments contondants, tels que les ciseaux à bouts arrondis, les pinces à serviette non pénétrantes, les écarteurs contondants et les sutures synthétiques, au lieu des sutures de fil métallique, peuvent être une alternative pour prévenir les blessures.
- Evitez de passer les objets tranchants directement d'un membre du personnel à l'autre. Créez une **zone de sécurité**, en utilisant un plateau, un tapis, une partie du support pour instruments ou une zone précise du champ, où l'utilisateur pourra placer les instruments pour que l'assistant puisse les récupérer en toute sécurité. N'utilisez pas de cuvettes haricots, car il est difficile de prendre les articles qui s'y trouvent.

Efforts d'équipe pour prévenir les blessures

- Faites savoir aux personnes qui se trouvent autour de vous que vous vous déplacez pour que la main ou le corps n'entrent pas en collision avec les objets tranchants.
- En tant que membre de l'équipe chirurgicale, signalez le déplacement des objets tranchants pour éviter les blessures. Vous pouvez dire, par exemple, « Attention, aiguille » ou « Attention, objet tranchant » chaque fois que vous remettez ces instruments dans la **zone de sécurité**.
- Evitez d'éponger automatiquement les tissus quand le chirurgien ne s'y attend pas et quand un objet tranchant est utilisé.
- Tenez les mains éloignées de l'incision pendant l'incision et la suture.
- Evitez l'écartement manuel ; utilisez des écarteurs dans la mesure du possible.
- Maintenez un champ chirurgical bien éclairé pour faciliter la visibilité des articles et instruments tranchants ;
- Surveillez tous les objets tranchants utilisés jusqu'à ce qu'ils soient remis dans la zone de sécurité et enlevés du champ.
- Tenez des réunions en équipe pour analyser les schémas de blessures et élaborer des stratégies pour les prévenir.

Gardez à l'esprit que tout en protégeant les prestataires de soins de santé, les stratégies de prévention des blessures protègent le personnel d'entretien ménager, le personnel d'entretien et autres personnels travaillant dans les structures de santé.



Séance 13 :

Soins et prophylaxie après exposition

● But et objectifs

Dans cette séance, nous examinerons les soins et la prophylaxie après exposition pour vous permettre de prendre en charge une exposition accidentelle au sang conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la santé et de l'ONUSIDA.

À l'issue de cette séance, vous devriez être capables :

1. d'exprimer vos sentiments sur le risque d'exposition professionnelle au VIH ;
2. de décrire le risque d'infection par le VIH à la suite d'une blessure par une aiguille, d'une éclaboussure de sang infecté par le VIH sur les muqueuses ou du contact de la peau non intacte avec du sang ou des liquides organiques contenant le VIH ;
3. d'énumérer les options de soins après exposition à la suite d'une exposition accidentelle au sang dans les structures de soins de santé et
4. de discuter des recommandations relatives à la prophylaxie après exposition.

Soins et prophylaxie après exposition pour les personnels de santé blessés

Le risque d'infection par le VIH à la suite d'une blessure par une aiguille ou un instrument tranchant est d'environ 0,3 % (soit 1 sur 300) en moyenne ; la plupart des blessures ne donnent pas lieu à l'infection. Le risque d'infection par le VIH après l'exposition d'une muqueuse ou de la peau non intacte est de 0,1 % (soit 1 sur 1000). Ceci dépend de la quantité de matière infectée, de la durée de l'exposition et de la quantité de VIH contenue dans la matière. À la suite d'une blessure par une aiguille ou un instrument tranchant contaminé ou de l'exposition d'une muqueuse, des mesures devraient être prises immédiatement pour réduire le risque d'infection.

L'OMS, l'ONUSIDA et le centre de lutte contre les maladies (CDC, *Centers for Disease Control and Prevention*) des États-Unis recommandent la prophylaxie après exposition pour les travailleurs de la santé exposés au sang et autres liquides organiques—lorsque les médicaments antirétroviraux sont disponibles—s'il est établi que le risque d'infection est important. Le traitement n'est pas recommandé après chaque exposition professionnelle parce que la plupart des expositions ne donnent pas lieu à l'infection, et les effets secondaires du traitement peuvent être graves. Les soins après exposition, qui devraient être guidés par les politiques locales, dépendent de la disponibilité du counseling, du test de dépistage du VIH et des médicaments. La prise de la Zidovudine (ZDV ou AZT) toute seule peut diminuer de 80 % environ le risque de contracter l'infection ; avec la trithérapie, le risque est encore plus réduit. Toutefois, des travailleurs de la santé sont devenus séropositifs à la suite d'une exposition professionnelle bien qu'ils aient reçu une prophylaxie après exposition.

1. Aussitôt après l'exposition :

- Nettoyez la blessure avec de l'eau courante et lavez-la avec du savon et de l'eau. En cas de saignement, laissez l'endroit saigner brièvement. Il n'y a pas de preuve scientifique qu'en pressant la blessure, on diminue le risque de transmission des organismes véhiculés par le sang.
- Si une muqueuse est blessée ou éclaboussée, nettoyez avec une grande quantité d'eau. En cas d'éclaboussure dans les yeux, irriguez avec de l'eau propre ou une solution d'irrigation saline ou stérile.
- A défaut d'eau, une solution antiseptique peut être utilisée pour nettoyer la zone, quoique les solutions antiseptiques ne se soient pas avérées plus efficaces que le savon et l'eau.

2. Evaluer le risque d'infection du travailleur sanitaire blessé après l'exposition

Si possible, déterminez le statut sérologique du patient source en observant convenablement le counseling et le consentement éclairé (voir ci-après). Ceci est particulièrement important dans les contextes aux ressources limitées où les médicaments antirétroviraux peuvent ne pas être facilement disponibles. La détermination de la séronégativité du patient source éliminera la nécessité de la chimiothérapie, de ses effets secondaires et des coûts associés, ainsi que le stress émotionnel causé par l'ignorance du risque encouru à la suite de l'exposition ou l'incertitude quant à l'efficacité de la chimiothérapie.

Le risque d'infection à la suite d'une exposition professionnelle est accru lorsque :

- le client source est à un stade très avancé du SIDA ;
- l'aiguille ou l'instrument sont visiblement contaminés par le sang ;
- l'aiguille a été utilisée directement dans une artère ou une veine avant que la blessure ne se produise ;
- la blessure est profonde.

3. Si après le counseling le travailleur blessé décide de suivre une prophylaxie après exposition :

- Il faudrait prélever du sang pour faire un dépistage des anticorps anti-VIH dès que possible.
- La chimiothérapie devrait commencer aussitôt que possible après la blessure, c'est-à-dire dans les une ou deux heures, ou au plus dans les 24 heures, suivant la blessure, et elle devrait se poursuivre pendant quatre semaines à compter du jour de l'exposition.

Considérations spéciales pour les femmes enceintes

Une travailleuse sanitaire enceinte qui est exposée au VIH au cours de son travail doit recevoir une information complète sur la signification de la blessure pour son enfant et elle ainsi que sur ce qu'on ignore des risques et avantages potentiels associés à l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour son enfant et elle. Les discussions de counseling avec la travailleuse sanitaire enceinte devraient inclure :

- le risque potentiel de transmission du VIH selon le type d'exposition ;
- le stade de la grossesse (le premier trimestre est la période comportant un risque maximal) et
- ce que l'on sait de l'action des médicaments prophylactiques sur l'organisme, leur sécurité et leur tolérabilité.

Le ZDV pris pendant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse n'a pas causé de graves effets secondaires chez les mères ou les bébés. On ne sait pas grand-chose sur la sécurité du ZDV pris pendant le premier trimestre.

Les soins après exposition ne devraient pas être refusés aux travailleuses de la santé exposées parce qu'elles sont enceintes.

- Les éventuels effets secondaires associés aux médicaments devraient être examinés.
- Des informations devraient être données sur les comportements à adopter pour prévenir la transmission du VIH, par exemple ne pas faire de don de sang et pratiquer une sexualité à risques réduits.
- Le counseling devrait être dispensé, notamment une discussion avec le travailleur sanitaire blessé sur sa réaction émotionnelle, ses craintes et/ou ses préoccupations concernant la réaction de son/sa partenaire ou conjoint(e).

Remarque : Dans les contextes où les substituts du lait maternel sont accessibles, d'un prix abordable et qu'ils peuvent être utilisés en toute sécurité, on peut conseiller aux femmes qui allaitent d'éviter l'allaitement maternel pendant la période de prophylaxie après exposition.

4. Les soins de suivi pour les personnes qui suivent une prophylaxie après exposition devraient inclure :

- le dépistage périodique du VIH jusqu'à six mois après l'exposition (par exemple après six semaines, 12 semaines et six mois) ;
- la surveillance de routine de la toxicité grâce à un examen du sang et des fonctions rénale et hépatique ;
- le counseling et le soutien continus, si nécessaire. Souvent, les dégâts émotionnels à la suite d'une exposition professionnelle sont considérables.

Dépistage au patient source et questions liées

Lorsque le statut sérologique du patient source n'est pas connu, ce dernier doit être informé de l'accident en vue d'obtenir son consentement à subir un test de dépistage du VIH. La confidentialité des résultats constitue un élément important de la qualité des soins et elle doit être préservée. Le patient source a le droit de refuser de subir le test.

Si la personne refuse ou s'il n'est pas possible d'obtenir son consentement (par exemple le patient est inconscient), la prophylaxie devrait être envisagée s'il y a des indications d'une possible infection—cela dépend de la prévalence de l'infection parmi les patients de la structure ou de la présomption d'un facteur de risque chez le patient source. Lorsque le statut sérologique est inconnu, nous devons présumer que le client est infecté si l'exposition survient dans un pays ayant une forte prévalence du VIH.



Directives relatives aux soins après exposition pour les structures de santé

- Mettez en place ou créez un mécanisme pour signaler aux autorités de la structure les blessures survenues sur le lieu de travail, en notant le type d'exposition et les mesures prises. Si des déclarations d'accident doivent être remplies, remplissez-les et soumettez-les aux autorités compétentes. Les déclarations d'accident doivent contenir des informations sur les circonstances de l'incident ainsi que les témoins. En outre, le nom du client doit y figurer, s'il est connu.
- Fournissez aux superviseurs et personnel des soins de santé des directives écrites concernant les soins immédiats recommandés, l'évaluation du risque de transmission du VIH, le counseling volontaire, le

dépistage du VIH, la prophylaxie et le suivi, en vous fondant sur les normes internationales relatives à l'exposition accidentelle au sang et autres liquides organiques. Vérifiez périodiquement la conformité des politiques aux normes internationales.

- Dispensez au personnel des soins de santé une formation sur place sur la prévention et la prise en charge de l'exposition professionnelle au sang et autres liquides organiques.
- Établissez un système pour gérer les soins après exposition à toute heure, avec un accès au counseling et aux médicaments antirétroviraux disponibles.

Prophylaxie après exposition recommandée

(A) 250-300 mg de Zidovudine (ZDV) deux fois par jour + 150 mg de Lamivudine (3TC) deux fois par jour pour une plus grande efficacité + un inhibiteur de protéase, par exemple Indinavir (IDV) 800mg trois fois par jour lorsqu'un volume important de sang contenant une grande quantité de VIH fait courir le plus grand risque à la suite de l'exposition.

(B) Lorsque les médicaments antirétroviraux ne sont pas largement utilisés, la monothérapie au ZDV est une option valable. La durée recommandée du traitement est de quatre semaines parce que quatre semaines de ZDV semblent avoir conféré une protection dans les études effectuées en milieu de travail ainsi que sur les animaux ; cependant, la durée optimale n'a jamais été évaluée. Certains pays proposent un traitement minimum de deux semaines et un traitement maximum de quatre semaines.

Sources : World Health Organization, UNAIDS, Module 7, **Guidance Modules on Antiretroviral Treatments**, "Treatments following Exposure to HIV," WHO/ASD/98.1, UNAIDS/98.7, page 16.

Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposure to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis, MMWR. June 29, 2001/50(RR11); 1-42, page 17.

Idées essentielles à considérer

- Le risque d'infection par le VIH à la suite d'une exposition professionnelle est très faible—la plupart des expositions professionnelles ne donnent pas lieu à l'infection.
- A la suite d'une exposition à du sang infecté, nettoyez immédiatement la blessure.
- Donnez des conseils au travailleur sanitaire blessé.
- Évaluez le risque et partagez les conclusions pendant le counseling dispensé au travailleur sanitaire blessé.
- Proposez au client source de subir un test de dépistage du VIH et dispensez-lui le counseling avant et après le test, s'il consent à le faire.
- Dispensez le counseling au travailleur sanitaire blessé avant et après le test de dépistage du VIH.
- Fournissez une chimiothérapie antirétrovirale si c'est nécessaire, si les médicaments sont disponibles et si l'agent sanitaire y consent.
- Offrez une surveillance et un counseling de suivi, notamment le counseling et dépistage volontaire périodiquement jusqu'à six mois après l'exposition (par exemple après six semaines, 12 semaines et six mois).





Séance 14 :

Test de dépistage du VIH et droits des clients

● But et objectifs

Dans cette séance, nous examinerons les principes du counseling et dépistage volontaire (CDV).

A l'issue de cette séance, vous devriez être capables :

1. d'expliquer le processus du counseling et dépistage volontaire ;
2. de donner la signification des résultats de test positifs ou négatifs ainsi que celle de la « période de latence sérologique » ;
3. de définir la « prise de décision volontaire et éclairée » et le « consentement éclairé » et
4. de discuter des questions pratiques et éthiques liées au VIH qui peuvent survenir dans les structures de soins de santé.

Dépistage du VIH et droits des clients

Les préoccupations des personnels de santé au sujet des infections dues aux organismes véhiculés par le sang, y compris le VIH—en particulier les membres du personnel impliqués dans les soins directs aux clients ou la pratique de procédés invasifs—les ont parfois conduit à ordonner ou demander inopportunément que les clients subissent des tests de dépistage du VIH avant de subir les procédés. Ils agissent ainsi parce qu'ils croient que la connaissance du statut sérologique du client les aidera à mieux se protéger de l'exposition. Cette manière de penser empêche le personnel de suivre constamment les pratiques appropriées de prévention des infections qui sont conçues pour protéger tous les personnels de santé, les clients et les communautés qu'ils servent. Elle viole également le droit des clients à prendre des décisions éclairées et volontaires concernant leurs soins de santé.

Qu'est-ce que la prise de décision éclairée et volontaire ?

Le concept de *prise de décision éclairée et volontaire* s'applique largement à toute décision de soins de santé et il suppose que les individus ont à la fois le droit et la capacité de prendre leurs propres décisions concernant les soins de santé. Les facteurs clés qui soutiennent la prise de décision éclairée et volontaire sont notamment les suivants :

- Les options de services sont disponibles.
- Les personnes possèdent les informations appropriées.
- Une bonne interaction entre les clients et les prestataires, notamment le counseling, est assurée.
- L'environnement social et des soins soutient la prise de décision autonome.

Qu'est-ce que le consentement éclairé pour le dépistage du VIH ?

Le consentement éclairé se réfère au processus par lequel le client consent à subir un test de dépistage du VIH après le counseling sur les avantages et conséquences négatives potentielles découlant de la connaissance de son statut sérologique. Pour que le consentement éclairé soit établi, le client doit montrer une aptitude mentale à comprendre cette information et librement consentir, sans coercition, à ce que le dépistage soit effectué. Le client peut consentir au dépistage soit verbalement soit en signant un formulaire de consentement éclairé.



Conditions du consentement :

- Le client a atteint l'âge légal pour consentir selon les lois locales.
- L'état mental du client est bon et il peut comprendre les informations données.
- Le client donne son consentement volontairement et non par coercition

Informations que le client doit recevoir pour que le consentement éclairé soit établi :

- La nature du test de dépistage du VIH
- Ce que les résultats du test signifient
- Les risques que le test présente
- Les avantages que le test présente

Qu'est-ce que le counseling et dépistage volontaire ?

« Le counseling et dépistage volontaire », souvent appelé CDV, est un modèle pour le dépistage du VIH qui garantit les droits des clients et la qualité des soins. Le CDV comprend le counseling du client avant le test de dépistage, le test de dépistage en soi et le counseling du client basé sur les résultats du test. Pour que les services de CDV soient couronnés de succès, la confidentialité est essentielle.

Volontaire signifie que le service n'est pas coercitif et qu'il respecte les principes de la prise de décision et du consentement éclairés. L'accent mis sur le *counseling* garantit que les clients reçoivent les informations dont ils ont besoin pour décider de subir ou non le test de dépistage. En outre, le counseling leur permet de comprendre la signification de leurs résultats. L'approche, qui est centrée sur le client, comporte le counseling avant le test, le counseling après le test, le counseling relatif à la notification au partenaire et le counseling concernant la référence à d'autres services. Les tests de *dépistage* du VIH utilisent généralement une technologie qui détecte les anticorps anti-VIH dans le sang.

Justification du CDV

Le CDV a pour buts :

- de répondre aux souhaits et droits des individus de connaître leur statut sérologique ;
- d'aider les personnes dont les résultats sont positifs à accéder aux soins appropriés, notamment le traitement clinique, le soutien émotionnel et pratique, la prévention de la transmission mère – enfant du VIH et les services juridiques ;

- d'offrir aux personnes dont les résultats sont négatifs des services de prévention comme l'éducation, la distribution et la fourniture des préservatifs, le soutien social ou des programmes de responsabilisation ;
- d'appuyer les comportements sains des clients aussi bien séropositifs que séronégatifs ;
- de profiter à la communauté en normalisant le VIH, en réduisant la stigmatisation et en sensibilisant la communauté à la transmission et la prévention du VIH et
- de permettre aux autorités de santé publique de suivre la progression de l'épidémie dans la communauté et de détecter assez tôt les tendances qui se développent.

Dans plusieurs des pays les plus durement touchés par l'épidémie de SIDA, le dépistage du VIH devient de plus en plus disponible dans des centres de CDV spécialisés. En outre, les services de CDV deviennent plus disponibles en association avec d'autres services de santé comme la planification familiale et les services prénatals. Dans les services prénatals, le CDV permet aux prestataires de mieux déterminer les options de soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale, et de réduire la transmission périnatale du VIH.

Les principaux éléments du CDV sont :

- a. Le counseling avant le test
- b. Le test de dépistage du VIH
- c. Le counseling après le test
- d. La notification au partenaire
- e. Le suivi et la référence à d'autres services

Les services de CDV étant conçus pour être centrés sur le client, le counseling et la fourniture d'informations peuvent ne pas suivre un ordre particulier. Les éléments suivants du counseling concernant le VIH sont un guide ; les séances effectives de counseling dépendront des besoins des clients.

Le counseling avant le test comprend les éléments suivants :

- chercher à savoir pourquoi le client veut subir un test de dépistage ;
- l'aider à identifier les risques encourus dans sa vie, y compris la violence familiale ;
- expliquer ce qu'est la réduction du risque et clarifier toute idée fautive ;
- élaborer un plan personnel de réduction du risque, en identifiant notamment les ressources de soutien social/communautaire ;

Période de latence sérologique :

L'intervalle entre le moment suivant l'infection d'une personne par le VIH et le moment où le corps a développé des niveaux détectables d'anticorps est appelée **période de latence sérologique**. Cette période dure environ 3 mois, en moyenne. Pendant cette période, le dépistage des anticorps anti-VIH peut ne pas être positif, bien que la personne soit infectée par le virus.

Tests de dépistage du VIH :

La plupart des tests de dépistage du VIH vérifient en fait la présence d'anticorps anti-VIH chez une personne plutôt que celle du virus lui-même. Les tests les plus courants sont :

- La **méthode ELISA** : extrêmement exacte ; mesure les anticorps anti-VIH, nécessite des équipements de laboratoire et pour les résultats positifs, un test de confirmation en utilisant le Western Blot.
- Les **tests sérologiques rapides** : donnent les résultats en moins de 30 minutes grâce à un procédé simple. Un test de confirmation est nécessaire pour les résultats positifs. Le taux de faux-positifs est plus élevé qu'avec la méthode ELISA.
- Le **Western Blot** : utilisé lorsque les résultats d'un test de dépistage sont positifs. Considéré par la plupart comme « l'étalon or » pour la confirmation des résultats positifs de tests de dépistage. Nécessite des équipements de laboratoire.
- **Autres stratégies de dépistage** : pour les contextes aux ressources limitées, l'OMS et l'ONUSIDA recommandent d'utiliser une combinaison de deux tests de dépistage (la méthode ELISA ou les tests rapides) sans utiliser le Western Blot.

séance 14

- discuter de ce que le client ferait si les résultats du test étaient positifs (quelle serait sa réaction, qui informerait-il et comment, comment l'annoncerait-il à son/sa partenaire, comment obtiendrait-il un soutien) et
- expliquer le sens du test en soit et du test de confirmation pour les résultats positifs et donner la signification des résultats positifs ou négatifs, notamment de la « période de latence sérologique » (voir le tableau).

Le counseling après le test pour les résultats négatifs comprend les éléments suivants :

- donner les résultats du test en expliquant leur signification et implication ;
- aborder les réactions émotionnelles, notamment le risque de violence familiale et le plan lié à la violence familiale ;
- expliquer les options et faire des références à d'autres services ;
- discuter des soins personnels ;
- discuter de la prévention de la transmission à d'autres personnes et
- fixer un rendez-vous de suivi si le client le désire.



Remarque : Etant donné que les tests de dépistage du VIH donnent parfois des faux-positifs, il ne faut jamais informer une personne qu'elle est infectée avant que le test initial n'ait été confirmé.

Le counseling après le test pour les résultats positifs comprend les éléments suivants :

- donner les résultats du test en expliquant leur signification et implication ;
- aborder les réactions émotionnelles, notamment le risque de violence familiale et le plan lié à la violence familiale ;
- expliquer les options et faire des références à d'autres services ;
- discuter des soins personnels ;
- discuter de la prévention de la transmission à d'autres personnes et
- fixer un rendez-vous de suivi si le client le désire.

Le choc de découvrir qu'on est infecté par le VIH est accablant, même lorsqu'on suspecte fortement qu'on est infecté. Par conséquent, la plupart des gens ne peuvent absorber qu'une quantité limitée d'informations au cours de la première séance de counseling. Si possible, prévoyez plusieurs séances pour aider la personne à absorber toutes les informations nécessaires et pour faire les références appropriées à d'autres services.

Notification au partenaire

Le counseling et la notification au partenaire sont une question très difficile tant pour les clients que pour les prestataires en raison du stress émotionnel inhérent et de la possibilité de violence ou d'abandon par le partenaire, le conjoint ou la famille du client. Il faut du temps à la personne infectée pour se préparer à informer son/sa partenaire. Aidez les clients à évaluer la possibilité de violence et à déterminer si les partenaires peuvent être informés sans danger.

Suivi et référence à d'autres services

Pour les clients séropositifs, le suivi peut inclure l'établissement de liens entre les clients et des services médicaux précis, des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, des groupes de soutien social et émotionnel, des groupes de soutien par les pairs, des services de planification de l'avenir et de planification familiale ainsi que des programmes de distribution des préservatifs. Pour les clients séronégatifs, les références pourront inclure l'établissement de liens à des programmes de fourniture/distribution des préservatifs, de soutien social, de micro-entreprise et d'autonomisation ainsi que de planification familiale.

Violence familiale et counseling et dépistage volontaire du VIH

Bien que cette formation ne puisse pas traiter en détail la violence familiale par rapport à la fourniture des services de santé, les points suivants doivent être pris en considération relativement à la fourniture des services et au contexte communautaire :

- La violence familiale est un schéma de comportement coercitif pouvant comporter des abus physique, sexuel, économique, émotionnel et/ou psychologique perpétrés par un partenaire intime ou un membre de la famille sur une autre personne dans le but d'établir et de maintenir sur cette dernière un pouvoir et une influence.
- La crainte de la violence familiale peut empêcher les gens d'accéder au counseling et dépistage du VIH et d'affirmer leurs droits dans une relation afin de réduire leur risque d'infection par le VIH. À la lumière de ceci, l'évaluation du risque de violence encouru par chaque individu à la suite de la divulgation de son statut sérologique doit être prise en considération dans le cadre d'une prestation de services éthique.

Counseling avant le test

Les prestataires sont encouragés à initier la discussion sur les questions de violence familiale pendant le counseling avant le test, dans le cadre d'une discussion générale sur la planification du système de soutien et en prévision de résultats de test positifs. L'initiation précoce de cette discussion permet aussi d'éviter de soulever la question au moment même où les gens sont informés de leur séropositivité. Elle donne également aux prestataires du temps supplémentaire pour explorer les ressources en matière de référence et de soutien dont l'individu pourra avoir besoin.

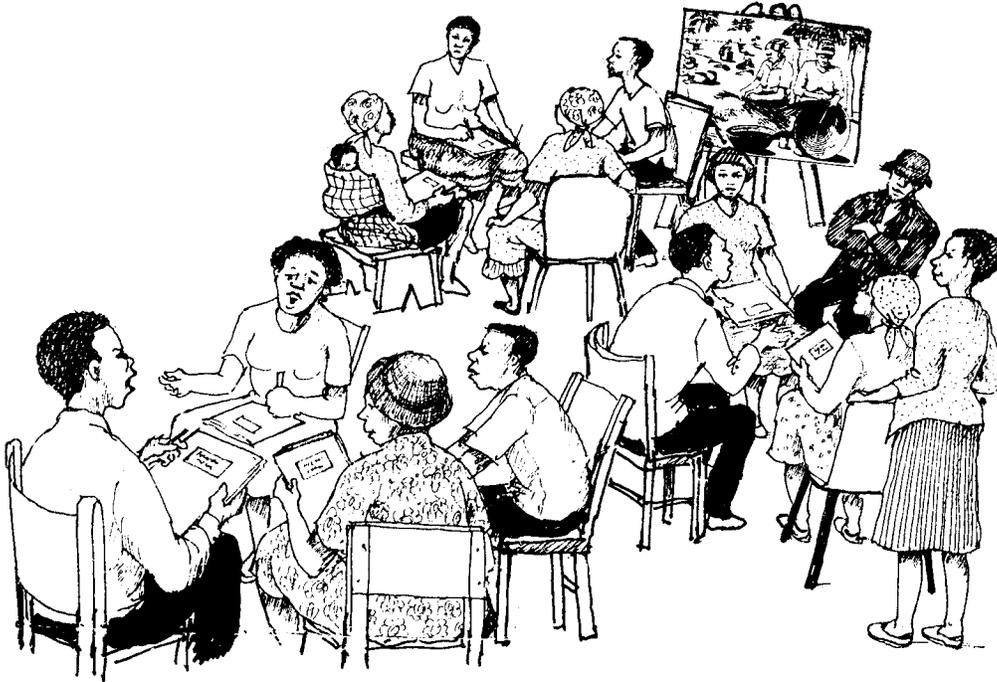
Counseling après le test

Les prestataires sont encouragés à reprendre la discussion sur la violence familiale, quels que soient les résultats du test de dépistage du VIH. Ils devraient aider les individus à élaborer un plan de réduction du risque dans le contexte de la possibilité de violence familiale. Ils doivent prendre soin d'aider les clients à identifier des moyens de réduire leur risque de dommage physique et de stress émotionnel excessif tout en initiant le processus de reconnaissance et de réduction des comportements à risque. Bien que la divulgation des résultats du test au(x) partenaire(s) d'un individu soit idéale pour éviter qu'un partenaire non infecté le soit, les prestataires doivent se rappeler que la sécurité de l'individu constitue la priorité absolue. Par conséquent, la discussion sur la notification ou divulgation des résultats au partenaire devrait être reportée dès qu'il y a un risque de violence contre l'individu séropositif. Maintenez un calendrier de suivi et, quand c'est indiqué et que les services sont disponibles, référez les individus aux ressources communautaires pouvant fournir le soutien nécessaire.

Pour un counseling et dépistage volontaire réussi

La recherche a montré que les programmes de CDV réussissent lorsque

- les services sont accessibles et d'un coût abordable ;
- il y a suffisamment de personnels ;
- le personnel a accès à une formation de haute qualité sur les méthodes de counseling et dépistage ;
- le personnel est maintenu et des mesures sont prises pour prévenir le surmenage professionnel ;
- les clients sont assurés de la stricte confidentialité des informations ;
- le personnel sait s'identifier aux clients et à ses besoins ;
- le counseling est centré sur le client ;
- les décideurs et le personnel des services de santé sont conscients de la prévalence du VIH et du SIDA dans la population locale ainsi que du niveau de stigmatisation liée au VIH et au SIDA dans leur communauté ;
- le personnel et les clients sont informés sur les réseaux de référence et reliés à ceux-ci.



Prise en charge d'un client dont le statut sérologique est connu

Si le statut sérologique d'un client devient connu pendant la prestation des services de santé, la confidentialité devrait être strictement maintenue, comme c'est le cas pour toutes les informations concernant les clients. Le prestataire ne devrait pas révéler des communications ou informations confidentielles sans le consentement du client. Seuls les membres du personnel devant connaître le statut sérologique d'un client devraient en être informés, après discussion avec le client.



Dépistage du VIH et personnels de santé

Les personnels de santé séropositifs craignent la discrimination et le rejet éventuel par leurs collègues, tout comme les autres individus séropositifs de la communauté. Par conséquent, ils peuvent rechigner à subir un test de dépistage et, s'ils sont séropositifs, à se faire traiter lorsque le traitement est disponible. L'ignorance par les personnels de santé de leur statut sérologique peut les exposer et exposer d'autres personnes du milieu professionnel au risque d'infection. Toutefois, la pratique constante des précautions standard protège à la fois les clients et les collègues prestataires.

Un travailleur sanitaire qui sait qu'il est séropositif ne devrait pas participer à des interventions présentant un risque d'exposition, qui pourraient faire courir un risque de transmission du VIH aux clients. Les interventions présentant un risque d'exposition sont les procédés invasifs au cours desquels il est possible qu'une blessure subie par un travailleur sanitaire expose les tissus ouverts du patient au sang du travailleur sanitaire. Les interventions au cours desquelles les mains gantées du personnel peuvent être en contact avec des instruments tranchants, des pointes d'aiguille ou des tissus tranchants dans la cavité corporelle ouverte d'un patient, dans une plaie ouverte ou dans un espace anatomique restreint où les mains et les bouts des doigts ne sont pas complètement visibles à tout moment sont considérées comme des interventions présentant un risque d'exposition. De telles interventions comprennent notamment :

- la chirurgie gynécologique, par exemple l'hystérectomie ;
- la chirurgie obstétricale, par exemple la césarienne ;
- la chirurgie cardiothoracique ;
- la chirurgie orthopédique.

Les interventions qui ne sont pas considérées comme présentant un risque d'exposition sont celles où les mains et les bouts des doigts du travailleur sont visibles et hors du corps du patient à tout moment, ainsi que les examens ou interventions internes où les mains gantées du travailleur ne peuvent pas être blessées par des instruments et/ou des tissus tranchants. Ces interventions comprennent notamment :

- la prise de sang ;
- la mise en place et le maintien d'une injection intraveineuse ;
- la suture d'une petite surface ;
- l'incision d'abcès ;
- les examens vaginaux et rectaux de routine et
- les interventions endoscopiques simples.

Il faudrait, dans la mesure du possible, élaborer et instituer des politiques d'emploi qui protègent l'intimité du personnel et apportent au personnel séropositif le soutien dont il a besoin pour être aussi productif que possible, sans isolement social.

Idées essentielles à considérer



- La décision de subir un test de dépistage ou non est un choix personnel influencé par de nombreux facteurs, notamment les connaissances sur le VIH, la connaissance des avantages et inconvénients du dépistage, le niveau de stigmatisation dans la communauté, la possibilité d'être victime de l'ostracisme ou de la violence si les résultats sont positifs et les idées et sentiments personnels à propos du risque, de la mort et de l'idée de mourir, entre autres.
- Le dépistage des anticorps anti-VIH ne donne pas nécessairement des informations exactes sur le statut sérologique. Si le client a été infecté récemment, il peut se trouver dans la « période de latence sérologique » au cours de laquelle il n'y a pas suffisamment d'anticorps anti-VIH pour que le test de dépistage puisse les détecter.
- Le dépistage des anticorps anti-VIH ne doit pas être utilisé comme un outil de discrimination. Il ne faut pas que les gens subissent des tests de dépistage à leur insu ou contre leur volonté et que les résultats positifs soient utilisés pour refuser un traitement aux clients ou pour les séparer des autres patients (à moins que cela ne soit cliniquement nécessaire pour leur propre santé).
- Le CDV peut aider les clients à adopter des comportements appropriés pour prévenir l'infection ou l'exposition répétée au virus et à élaborer des plans réalistes pour les membres de leur famille et eux-mêmes. Pour ceux dont les résultats sont positifs, le CDV peut fournir des liens aux programmes de traitement, de soins et de soutien.
- Les personnels de santé ne peuvent pas, d'un point de vue éthique, refuser de traiter un client séropositif ni lui refuser les procédés indiqués par peur de contracter le virus. Ils peuvent se protéger contre l'exposition aux organismes véhiculés par le sang et réduire le risque d'infection professionnelle par le VIH en prenant constamment les précautions standard.
- Les travailleurs de la santé qui savent qu'ils sont séropositifs ne devraient pas être impliqués dans des activités ou procédés pouvant présenter un risque de transmission du VIH aux clients. Bien que le risque soit faible, il est possible que les personnels de santé transmettent accidentellement le VIH aux clients. Par conséquent, les travailleurs de la santé devraient subir un test de dépistage du VIH et toujours protéger les clients pendant la prestation des services.
- Il faudrait que des politiques d'emploi soient élaborées et instituées pour protéger l'intimité du personnel et la confidentialité des informations et pour apporter au personnel vivant avec le VIH le soutien dont il a besoin pour être aussi productif que possible, sans isolement social.



Séance 15 :

Elaboration de plans d'action

● **But et objectifs**

Au cours de cette séance, vous aurez l'occasion de réfléchir sur la manière dont vous pouvez appliquer ce que vous avez appris pendant la formation à vos pratiques personnelles ainsi qu'à la structure où vous travaillez.

A l'issue de cette séance, vous devriez avoir élaboré un plan d'action pour mettre en pratique ce que vous avez appris pendant la formation afin de réduire la stigmatisation et la discrimination dans votre structure et de mettre en application les précautions standard dans le cadre de votre travail.

● « **Dans ma structure...** »

Instructions

L'une des parties les plus importantes de toute formation consiste à déterminer comment appliquer toute l'information qui a été présentée ainsi que l'expérience acquise à votre travail quotidien. Votre façon exacte de procéder différera probablement de celle des autres participants puisque vos rôle et responsabilités au lieu de travail sont différents des leurs. Ce qui importe c'est de voir comment vous pouvez au mieux utiliser ce que vous avez appris au cours de cette formation pour garantir que la stigmatisation et la discrimination n'aient pas d'impact négatif sur les services offerts dans la structure où vous travaillez.

Réfléchissez sur tout ce que vous avez appris pendant cette formation, puis pensez à votre structure de soins de santé et à la mesure dans laquelle les attitudes, politiques, procédés et pratiques y sont en conformité avec ce que vous avez appris. Sur la base de vos réponses, énumérez les problèmes que vous percevez et choisissez les trois problèmes les plus urgents qu'il faudrait aborder.

« **Dans votre structure...** »

1. Y a-t-il des activités de formation continue sur place ou des réunions du personnel qui abordent les attitudes et sentiments du personnel à propos du VIH, de la stigmatisation liée au SIDA et des droits des clients ?
2. Les directives concernant les précautions standard et autres procédés de prévention des infections sont-elles affichées dans les aires de service ?
3. Les superviseurs aident-ils le personnel à maintenir de bonnes pratiques de prévention des infections ?

séance 15

4. Existe-t-il des protocoles pour la prise en charge des blessures par les aiguilles et les instruments tranchants (soins après exposition) ?
5. Les protocoles de soins après exposition, notamment la prophylaxie, sont-ils :
 - Affichés dans les aires de services ?
 - Inclus dans les directives de prestation des services ?
 - Inclus dans les listes de contrôle de la supervision ?
 - Inclus dans les séances de formation continue sur place ?
6. Les membres du personnel participent-ils à l'élaboration de stratégies pour prévenir les blessures par les aiguilles et les objets tranchants ? Ces stratégies/activités sont-elles mises en œuvre et surveillées ?
7. Les membres du personnel participent-ils à l'élaboration de stratégies pour garantir la sécurité, la dignité et les droits de tous les clients ? Ces stratégies/activités sont-elles mises en œuvre et surveillées ?
8. Les droits des clients sont-ils protégés pendant la prestation de tous les services de santé ?
9. Les besoins des prestataires sont-ils satisfaits par les superviseurs et les gestionnaires de programmes pour que le personnel puisse répondre adéquatement et en toute sécurité aux besoins des clients ?



Plan d'action de la structure

Instructions

Compte tenu des ressources que vous avez précisées dans l'activité précédente, élaborer un plan d'action pour résoudre les problèmes identifiés.

Problème	Mesure	Ressources nécessaires	Personne responsable	Echéance
Problème N°1	a.			
	b.			
	c.			
Problème N°2	a.			
	b.			
	c.			
Problème N°3	a.			
	b.			
	c.			

Plan d'action personnel

Problème	Mesure	Ressources nécessaires	Personne responsable	Echéance
Problème N°1	a.			
	b.			
	c.			
Problème N°2	a.			
	b.			
	c.			
Problème N°3	a.			
	b.			
	c.			

Annexe A

Outil d'évaluation des précautions standard et de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH

Considérations : Ce formulaire est conçu pour recueillir des informations détaillées sur la stigmatisation liée au VIH et les précautions standard dans les structures de santé et dans les soins à domicile. Il peut être utilisé comme outil d'auto-évaluation par les personnels de santé. Les superviseurs ou les évaluateurs externes peuvent aussi s'en servir pour évaluer le personnel ou les services. En utilisant cet outil, sélectionnez les sections qui ont le plus rapport à votre structure de soins de santé.

Remarque : Certains éléments de cet outil se réfèrent aux « directives internationales » comme étant la norme pour l'évaluation. Dans les contextes où des directives nationales sont en place, elles devraient être considérées comme la norme. La résolution des directives nationales qui sont en contradiction avec les directives internationales dépasse les limites de cet outil. Cependant, la prise de conscience des contradictions peut être abordée dans d'autres arènes. Lorsqu'il n'existe pas de directives nationales, les déclarations se référant aux directives internationales devraient être utilisées comme la norme pour l'évaluation.



INSTRUCTIONS :

Pour chacune des normes citées ci-dessous, cochez la case « Oui » ou « Non », selon le cas, pour indiquer si la norme est atteinte ou non dans la structure. Si une norme particulière ne s'applique pas à la structure pour laquelle l'évaluation est faite, écrivez « s.o. » (sans objet) dans la colonne "Atteinte".

Utilisez la colonne « Remarques » pour expliquer pourquoi une norme n'a pas été atteinte ou pour noter d'autres informations pouvant servir à identifier ou résoudre des pratiques inappropriées.

Norme	Atteinte ?		Remarques
	Oui	Non	
Droits des clients			
1. Les clients reçoivent des informations exactes, appropriées et compréhensibles sur leurs soins de santé.			
2. Les prestataires utilisent des matériels éducatifs pour soutenir le partage d'informations.			
3. Les services sont d'un coût abordable et ils sont situés à des lieux convenables, sans obstacles physiques ou sociaux.			
4. Les prestataires soutiennent le choix éclairé en fournissant des informations exactes, appropriées et compréhensibles, avec des options qui encouragent la prise de décision réfléchie.			
5. Les prestataires sont qualifiés et exercent conformément aux directives sur la prestation des services.			
6. Le personnel maintient l'intimité du client et la confidentialité des informations pendant la prestation des services.			
7. Tous les clients sont traités avec respect et considération ; les prestataires s'assurent qu'ils sont à l'aise pendant les interventions.			
8. La continuité des soins et les fournitures sont assurées ; le suivi et la référence à d'autres services sont la norme.			
Prévention de la stigmatisation et de la discrimination			
9. Les clients sont les bienvenus dans les services quels que soient leur âge, classe, couleur de peau, ethnie ou statut sérologique.			
10. Tous les clients sont traités d'une manière compétente, avec respect, dans un souci d'égalité et de justice, quels que soient leur âge, classe, ethnie ou statut sérologique.			
11. Les services sont dispensés aux clients qu'on sait être séropositifs sans les séparer de la population générale de clients.			
12. Avant les procédés invasifs, les patients ne subissent pas de manière sélective un test de dépistage du VIH sans leur consentement.			
13. Les personnels de santé ne portent pas inopportunément des gants ou des masques quand ils ont affaire à des personnes séropositives ou présumées séropositives (ils les utilisent seulement comme indiqué par les précautions standard).			

Norme	Atteinte ?		Remarques
	Oui	Non	
14. Les prestataires élaborent des plans de prise en charge pour maintenir la santé des clients quel que soit leur statut sérologique.			
15. La structure évite de mettre dans l'aire de prestation des services des étiquettes ou des signes qui pourraient attirer l'attention sur les clients atteints du VIH.			
16. Le personnel évite la communication non verbale qui dénote le dégoût, le mépris ou le manque de respect (expressions faciales, gestes des mains) quand il a affaire aux clients séropositifs ou présumés séropositifs ou quand il manipule leurs ustensiles ou vêtements.			
17. Une formation à la prise de conscience et la sensibilisation au VIH est dispensée à tout le personnel.			
Politique de counseling et dépistage volontaire du VIH			
18. Une politique de counseling et dépistage protégeant l'intimité des personnes et la confidentialité des informations est en place.			
19. Il existe un mécanisme pour empêcher les prestataires de faire subir aux clients des tests de dépistage à leur insu et sans leur consentement dans le cadre du dépistage préopératoire.			
20. Il existe une politique qui empêche le personnel de refuser de traiter un client séropositif.			
21. Il existe une politique en matière de counseling et dépistage qui empêche la coercition et garantit le consentement éclairé.			
Services de counseling et dépistage volontaire du VIH			
22. Des services de counseling volontaire avant et après le test, de notification au partenaire et de référence à d'autres services sont offerts.			
23. Fournit le counseling avant le test selon les normes internationales, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ■ en cherchant à savoir pourquoi le client veut subir un test de dépistage ; ■ en aidant les clients à identifier les risques encourus dans leurs vies ; 			

Norme	Atteinte ?		Remarques
	Oui	Non	
<ul style="list-style-type: none"> ■ en expliquant ce qu'est la réduction du risque et en fournissant des éclaircissements sur les idées fausses liées à la transmission et au traitement du VIH et du SIDA ; ■ en aidant les clients à élaborer des plans personnels de réduction du risque ; ■ en expliquant le sens du test de dépistage, des résultats <i>positifs ou négatifs</i> (« période de latence 11 sérologique »). 			
<p>24. Fournit le counseling après le test pour les résultats négatifs conformément aux normes internationales, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ en donnant les résultats au client, en expliquant leur signification ainsi que l'implication de la « période de latence sérologique » ; ■ en parlant des sentiments suscités chez le client par les résultats du test ; ■ en examinant le risque personnel et les plans de réduction du risque ; ■ en discutant du dépistage de suivi, au besoin. 			
<p>25. Fournit le counseling après le test pour les résultats positifs conformément aux normes internationales, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ en donnant les résultats au client et en expliquant leur signification ; ■ en abordant les réactions émotionnelles du client ; ■ en expliquant les options de soins et en référant le client à d'autres services ; ■ en discutant des soins personnels ; ■ en discutant de la prévention de la transmission de l'infection à d'autres personnes ; ■ en fixant un rendez-vous de suivi, si possible et si le client le souhaite, pour fournir plus de soutien émotionnel et d'informations ; ■ en n'informant pas la personne qu'elle est infectée avant que le test de dépistage n'ait été confirmé par un test de confirmation. 			

Norme	Atteinte ?		Remarques
	Oui	Non	
<p>26. Les prestataires explorent avec la personne séropositive la réaction anticipée du ou des partenaires si les résultats sont partagés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ évaluent le risque de violence ou d'abandon ; ■ offrent d'aider la personne à discuter des résultats avec le/la/ les partenaires ; ■ donnent à la personne le temps de se préparer pour informer le/la/les partenaires. 			
Personnels de santé séropositifs			
27. Il existe une politique qui soutient la confidentialité des informations fournies par le personnel séropositif ainsi que leur droit de continuer à travailler.			
28. La structure dispense des séances de formation sur place pour répondre aux besoins de soutien émotionnel des membres du personnel qui peuvent être infectés par le VIH ainsi qu'à leur besoin de protéger les clients.			
<p>29. La structure a des directives pour minimiser le risque de transmission de l'infection du prestataire au client, notamment en prenant les dispositions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ en présence de lésions cutanées, recouvrir la zone ou mettre des gants en dispensant des services ; ■ éviter de pratiquer des procédés invasifs lorsqu'il y a risque qu'une blessure subie par le prestataire entraîne l'exposition des tissus ouverts du client au sang du prestataire ; ■ éviter les interventions où les mains gantées du prestataire peuvent être en contact avec des instruments tranchants, des pointes d'aiguille ou des tissus tranchants dans la cavité corporelle ouverte d'un client, dans une plaie ouverte ou dans un espace anatomique restreint où les mains et les bouts des doigts ne sont pas complètement visibles à tout moment (par exemple la césarienne, l'hystérectomie). 			

Norme	Atteinte ?		Remarques
	Oui	Non	
<p>30. Oriente le personnel sur les interventions considérées comme ne présentant pas un risque d'exposition, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les activités où les mains et les bouts des doigts du travailleur sont visibles et hors du corps du client à tout moment ; ■ les examens ou interventions internes où les mains gantées du travailleur ne peuvent pas être blessées par des instruments et/ou des tissus tranchants : ■ la prise de sang ; ■ la mise en place et le maintien d'une injection intraveineuse ; ■ la suture d'une petite surface ; ■ l'incision d'abcès ; ■ l'examen vaginal ou rectal de routine en portant des gants. 			
Précautions standard – structures de soins de santé			
31. Le personnel se lave les mains avec du savon et de l'eau courante après être entré en contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excréments et des articles contaminés, qu'il ait ou non porté des gants.			
32. Porte des gants avant d'entrer en contact avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excréments et des articles contaminés.			
33. Met des gants avant de toucher des muqueuses et une peau non intacte.			
34. Met une nouvelle paire de gants propres entre les tâches ou les interventions sur un même client après être entré en contact avec des matières pouvant contenir une concentration élevée de microorganismes.			
35. Rince les mains gantées dans une solution chlorée à 0,5 pour cent avant d'ôter les gants.			
36. Enlève les gants juste avant de toucher des articles et surfaces non contaminés.			
37. Porte une protection des yeux, un écran facial ou un masque pour protéger les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche pendant les interventions et les activités de soins aux clients qui pourraient produire des éclaboussures de sang ou autres liquides organiques.			

Norme	Atteinte ?		Remarques
	Oui	Non	
38. Porte des vêtements de protection pour protéger la peau et les vêtements pendant les interventions et les activités de soins aux clients qui pourraient produire des éclaboussures ou des gouttelettes de sang ou autres liquides organiques.			
39. Met un tablier en caoutchouc s'il s'attend à d'importantes quantités de souillures.			
40. Enlève les blouses souillées et les met immédiatement dans un récipient prévu pour la décontamination.			
41. Traite les instruments en respectant les directives de prévention des infections pour la décontamination, le nettoyage, la désinfection de haut niveau et la stérilisation.			
42. S'assure que les instruments réutilisables sont traités correctement avant de les utiliser sur un autre client.			
43. Manipule les objets tranchants avec soin pour éviter les blessures et réduire le risque d'infection, en ne courbant pas les aiguilles, en n'y remettant pas le capuchon après l'emploi et en jetant les aiguilles et objets tranchants non réutilisables dans un récipient résistant à la perforation.			
44. Accomplit les pratiques d'élimination des déchets conformément aux directives de prévention des infections pour les déchets liquides, les déchets solides et les objets tranchants.			
45. Maintient la propreté de l'environnement conformément aux directives de prévention des infections.			
46. Maintient la sécurité des linges en portant des gants pour ramasser les linges souillés par du sang et autres liquides organiques et en les plaçant dans un sac ou récipient prévu à cet effet, ou dans un sac en plastique doublé.			
Précautions standard – soins à domicile			
47. Se lave les mains ou conseille aux membres de la famille de se laver les mains avec du savon et de l'eau courante dans les situations suivantes : aussitôt après avoir enlevé les gants, si les gants se déchirent, si du sang ou des liquides organiques atteignent les mains, avant de touché la personne infectée ou après l'avoir touchée.			

Annexe A

Norme	Atteinte ?		Remarques
	Oui	Non	
48. Met des gants (si possible) conformément aux directives de prévention des infections.			
49. Enlève les gants aussitôt après l'emploi et les place dans un sac prévu à cet effet pour une élimination sûre.			
50. Si des gants ne sont pas disponibles ou s'ils coûtent trop cher, se recouvre les mains avec des sacs en plastique sans trous ou conseille aux membres de la famille d'en faire autant.			
51. Porte des vêtements de protection pendant toute tâche qui pourrait exposer le prestataire ou le membre de la famille à du sang ou des liquides organiques.			
52. Si des vêtements de protection ne sont pas disponibles, porte ou conseille aux membres de la famille de porter un grand sac à ordures en plastique après y avoir découpé un trou pour la tête et les bras, et jette le sac dans un autre sac prévu à cet effet après l'emploi.			
53. Lave ou conseille aux membres de la famille de laver les linges et vêtements souillés par du sang séparément des autres vêtements en utilisant un détergent et de l'eau de Javel.			
54. Elimine les déchets contaminés dans un sac en plastique (double sac) qu'il met dans le lieu de la structure de santé destiné à l'élimination des déchets. Conseille aux membres de la famille de faire la même chose.			
55. Conseille aux membres de la famille d'enfouir les déchets contaminés dans une fosse située à 50 mètres en aval de toute source d'eau. La fosse doit mesurer 1 à 2 mètres de large et 2 à 5 mètres de profondeur, et elle doit être entourée d'une barrière, si possible.			
56. Maintient la sûreté des surfaces, ou conseille aux membres de la famille de le faire, en les nettoyant chaque jour avec une solution d'eau javellisée.			
57. Nettoie immédiatement les éclaboussures de sang ou de liquides organiques avec la solution d'eau javellisée avant de laver la zone avec du savon et de l'eau. Conseille aux membres de la famille de faire de même.			
58. Utilise des gants de ménage épais, ou rappelle aux membres de la famille de le faire, pour nettoyer les liquides renversés et les surfaces.			

Norme	Atteinte ?		Remarques
	Oui	Non	
59. Si un prestataire de soins a fait des injections à domicile, jette les aiguilles et seringues dans un récipient résistant à la perforation pas trop plein.			
60. Si un membre de la famille fait des injections à domicile, lui apprend à ne pas remettre les capuchons sur les aiguilles, à ne pas les courber et à les jeter dans un récipient résistant à la perforation pas trop plein.			
61. Conseille aux membres de la famille d'éliminer le récipient en le portant à la structure de santé pour une destruction sûre.			
62. Indique aux membres de la famille qu'en cas de blessure accidentelle par une aiguille usagée, ils devraient laver immédiatement la blessure avec du savon et de l'eau, la laisser saigner, la recouvrir et se rendre à la structure pour une évaluation et une prise en charge.			
63. Rappelle aux clients et aux membres de la famille que des risques de transmission du VIH peuvent être associés aux pratiques accomplies par les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses traditionnelles et les personnes qui pratiquent la circoncision lorsqu'il y a exposition au sang ou que des instruments tranchants sont partagés.			
Prévention des blessures par les aiguilles et les objets tranchants			
64. Evite de remettre les capuchons sur les aiguilles après l'emploi ou utilise la technique « d'une main » pour le faire.			
65. Jette immédiatement les aiguilles dans un récipient résistant à la perforation rempli à moins des trois quarts.			
66. Place les récipients pour aiguilles et objets tranchants près de l'aire de travail pour que le personnel n'ait pas à traverser la pièce en tenant des objets tranchants à la main.			
67. Brûle ou enterre le récipient lorsqu'il est plein aux trois quarts.			
68. Place les tubes à essai dans un porte-tubes avec une main avant d'y introduire l'aiguille.			
69. Encourage la conscience de la sécurité parmi les collègues grâce à des séances de formation sur place axées sur le changement de comportement en vue de prévenir ou minimiser les blessures.			

Norme	Atteinte ?		Remarques
	Oui	Non	
70. Manipule ou remet en place les lames chirurgicales en utilisant des pinces pour saisir la lame.			
71. Si c'est indiqué et si les agrafes sont disponibles, utilise les agrafes à la place des sutures et des aiguilles à suturer.			
72. Utilise des aiguilles courbes manipulées à l'aide d'un porte-aiguille, qui sont une option plus sûre que les aiguilles droites tenues à la main.			
73. Utilise des instruments contondants pendant les interventions chirurgicales, s'ils sont disponibles.			
74. Pendant une intervention chirurgicale, évite le passage des objets tranchants directement d'un membre du personnel à l'autre ; crée plutôt une zone de sécurité pour déposer et récupérer les objets tranchants en utilisant une surface plane.			
75. Communique verbalement pour que la main ou le corps n'entrent pas en collision avec l'objet tranchant.			
76. Tient les mains éloignées de l'incision pendant l'incision et la suture.			
77. Utilise des écarteurs plutôt que l'écartement manuel.			
78. Maintient un champ chirurgical bien éclairé pour permettre de surveiller tous les objets tranchants utilisés jusqu'à ce qu'ils soient remis dans la zone de sécurité.			
79. Protège le personnel d'entretien ménager des blessures en éliminant les objets tranchants conformément aux directives de prévention des infections.			
Soins après exposition (SAE), notamment la prophylaxie après exposition (PAE) : pour la structure			
80. A une politique écrite de SAE/PAE en place et des directives affichées dans l'aire de travail.			
81. A un calendrier pour passer périodiquement en revue les politiques et les directives en vue de s'assurer de leur conformité aux normes internationales.			
82. Offre au personnel une orientation sur place sur la prévention et la prise en charge correcte de l'exposition professionnelle au sang.			

Norme	Atteinte ?		Remarques
	Oui	Non	
83. Etablit un système pour gérer les SAE à toute heure, avec un accès au counseling et aux médicaments antirétroviraux disponibles.			
84. Offre le counseling au personnel sanitaire blessé, notamment le soutien émotionnel.			
85. Dispose de formules de déclaration d'accident dans l'aire de travail.			
86. A une procédure pour notifier le superviseur.			
87. A des directives de PAE conformes à l'orientation de l'OMS et de l'ONUSIDA, et qui contiennent les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> ■ Dépistage d'anticorps anti-VIH chez le travailleur sanitaire blessé aussitôt que possible après l'exposition (après six semaines, 12 semaines et six mois). ■ Evaluation de la toxicité grâce à un examen du sang ; examen des fonctions rénale et hépatique avant le début du traitement et deux semaines après le début du traitement. ■ Instructions aux clients pour qu'ils signalent les symptômes ressemblant à la grippe ou des rougeurs qui surviennent pendant la période de suivi. ■ Counseling pour apporter un soutien émotionnel à la personne blessée et son/sa/ses partenaires. ■ Médicaments et dosages. 			
Soins après exposition (SAE), notamment la prophylaxie après exposition (PAE) : pour le personnel blessé			
88. Nettoie immédiatement à grande eau la blessure avec de l'eau courante.			
89. Se lave les mains avec du savon et de l'eau et, en cas de saignement, laisse la blessure saigner brièvement.			
90. Si la muqueuse a été blessée, l'arrose avec une grande quantité d'eau.			
91. Si l'œil a été éclaboussé, l'irrigue avec de l'eau propre ou une solution d'irrigation saline ou stérile.			
92. Si l'eau n'est pas disponible, utilise une solution antiseptique pour nettoyer l'endroit.			
93. Evalue le risque d'infection du travailleur sanitaire blessé à la suite de l'exposition en se basant sur la profondeur de la plaie, le type d'instrument, la quantité et le type de liquide organique.			

Norme	Atteinte ?		Remarques
	Oui	Non	
94. Si possible, détermine le statut sérologique du client source en suivant les directives appropriées de counseling et divulgation d'informations.			
95. Offre au travailleur sanitaire blessé le counseling volontaire, le test de dépistage du VIH, le traitement et les soins de suivi.			
96. Si le travailleur sanitaire doit recevoir des médicaments antirétroviraux, le conseille sur les éventuels effets secondaires.			
97. Conseille le travailleur sanitaire blessé sur les comportements qui permettront de prévenir la transmission du VIH : <ul style="list-style-type: none"> ■ éviter de faire des dons de sang, d'organes ou de sperme ; ■ s'abstenir de rapports sexuels ou ■ utiliser des préservatifs en latex pour chaque rapport sexuel et ■ encourager le/la/les partenaires à se présenter au counseling. 			
98. Lorsque les substituts du lait maternel sont accessibles, d'un prix abordable et qu'ils peuvent être utilisés en toute sécurité, conseille à l'agent sanitaire blessée d'éviter l'allaitement maternel jusqu'à ce que son statut sérologique ait été déterminé pour prévenir l'exposition du bébé au VIH présent dans le lait maternel.			
99. Si l'agent sanitaire blessée est enceinte, lui fournit le counseling sur le risque potentiel de transmission du VIH, le risque pour la grossesse (le premier trimestre est la période de risque maximum) et ce que l'on sait de l'action des médicaments prophylactiques sur l'organisme, notamment leur sécurité et tolérabilité pendant la grossesse.			
100. Si les médicaments sont disponibles, offre des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant du VIH.			

ENGENDERHEALTH

www.engenderhealth.org

ISBN 1-885063-43-1