

Série OMS SIDA N° 3

**Guide pour la prise
en charge par les services
infirmiers des porteurs du
virus de
l'immunodéficience
humaine (VIH)**



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE
1989

ISBN 92 4 221003 X

© Organisation mondiale de la Santé, 1989

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours heureuse de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

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

ISSN 1011 - 5781

PRINTED IN SWITZERLAND

88/7793 - Populaires - 4000

Table des matières

	Page
Préface	1
Introduction: les trois épidémies liées au SIDA	2
<hr/>	
1. Les tableaux épidémiologiques mondiaux	4
Tableau I	4
Tableau II	4
Tableau III	5
<hr/>	
2. Les manifestations cliniques	6
Pathogenèse	6
Manifestations	6
Phase aiguë	6
Lymphadénopathie généralisée persistante	6
Para-SIDA	7
SIDA	7
Manifestations neurologiques	7
Taux d'évolution vers le SIDA	8
<hr/>	
3. La transmission	9
Transmission sexuelle	9
Transmission parentérale	10
Transmission périnatale	10
<hr/>	
4. Les principes fondamentaux de la prise en charge infirmière	11
Education pour la santé et prévention de la transmission du VIH	12
Conseils	13
Conditions préalables du conseil	14
Dépistage et examens pratiqués pour rechercher les anticorps anti-VIH	16
Aspects liés à la santé maternelle et infantile	18
Allaitement au sein et VIH	19
Les enfants et l'infection à VIH	19
Vaccination des enfants et infection à VIH	20
Lutte contre l'infection à VIH dans les lieux de soins	21

Précautions à prendre avec le sang et les autres liquides corporels	21
Précautions à prendre lors des injections et des perforations de la peau	23
Précautions à prendre vis-à-vis des prélèvements de laboratoire	24
Précautions concernant les actes effractifs	24
Linge souillé	25
Souillures de sang et autres liquides corporels	25
Actes pratiqués post mortem	25
Evacuation des déchets contaminés	25
Guide pour la sécurité des infirmières	26
Exposition parentérale ou des muqueuses au VIH	27
Situations particulières	27

5. Conclusions	29
Annexe 1 Déclaration commune OMS/CII sur le SIDA	30
Annexe 2 Dépistage et examens à pratiquer dans le cadre des programmes de lutte contre le SIDA	32
Annexe 3 Allaitement au sein ou avec du lait de femme et VIH	35
Annexe 4 Le VIH et la vaccination systématique des enfants	37
Annexe 5 Les aspects neuropsychiatriques de l'infection à VIH	41
Annexe 6 Aspects sociaux des programmes de lutte contre le SIDA	43

Préface

Le 7 avril 1987, le Conseil international des Infirmières (CII) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont fait une déclaration commune sur le SIDA (voir annexe 1) énonçant les droits et les responsabilités des infirmières du monde entier en matière de soins aux porteurs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les infirmières^a y sont invitées à respecter le droit du patient au secret et à aider sa famille et ses amis à faire face aux problèmes complexes que pose l'infection à VIH. Par ailleurs, le CII s'est engagé d'une part à se faire le porte-parole des infirmières et à se tenir au courant de tout ce qui pourrait affecter leur santé dans le cadre des soins qu'elles dispensent aux personnes atteintes d'une infection à VIH et d'autre part à collaborer pleinement avec l'OMS pour le mieux des intérêts du public, des sujets infectés par le VIH et de ceux qui les soignent.

Ce guide a été préparé par l'OMS et le CII. Il contient des informations de base sur la prise en charge par le personnel infirmier des porteurs du VIH, prévention de la transmission et soins aux sujets infectés y compris. Il conviendra de l'adapter en fonction des conditions, des traditions, des croyances et des valeurs locales. Il a pour objectifs généraux de faire connaître aux infirmières et, par leur intermédiaire, aux individus, aux familles et aux communautés les différents aspects de la prévention et de la lutte contre l'épidémie à VIH, de prévenir la transmission du VIH dans le cadre des soins et d'assurer que des soins infirmiers efficaces et globaux soient dispensés aux personnes infectées par le virus au cours des différentes phases de la maladie.

Les points sur lesquels le guide insiste plus particulièrement sont les suivants:

- modes de transmission du VIH et précautions à prendre pour la prévenir là où sont dispensés les soins;
- principes fondamentaux de la prise en charge par le personnel infirmier des porteurs du VIH, des malades atteints du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), de leur famille, de leurs amis et de la communauté;
- éducation sanitaire des individus, des familles et des communautés en matière de prévention de la transmission sexuelle, parentérale et périnatale du VIH, et promotion de l'allaitement au sein et de la vaccination des enfants;
- techniques spécifiques de conseil pour aider les personnes infectées par le VIH à faire face à la maladie au cours de ses différentes phases.

Il conviendrait de planifier l'information sur l'infection à VIH et ses implications pour les soins infirmiers et de l'intégrer aux programmes de formation continue destinés à tous les personnels infirmiers. Cette information reflétant les politiques et les stratégies nationales, elle sera modulée en fonction de celles-ci.

^a Dans ce guide, les termes «infirmières» et «soins infirmiers» englobent, le cas échéant, les sages-femmes et les soins obstétricaux.

Introduction: les trois épidémies liées au SIDA

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a donné lieu à non pas une mais trois épidémies mondiales interdépendantes: l'épidémie d'infection à VIH, l'épidémie de SIDA proprement dit, et les réactions sociales, culturelles, économiques et politiques aux deux premières.

La première de ces épidémies, qui a débuté pendant les années 1970, est donc la pandémie silencieuse d'infection à VIH qui sévit encore aujourd'hui: les estimations pour 1988 situent le nombre de porteurs du VIH dans le monde entre 5 et 10 millions et il est inévitable que le virus continue de se propager.

La deuxième épidémie est celle du SIDA proprement dit. Identifié pour la première fois aux Etats-Unis d'Amérique en 1981, le SIDA était déjà apparu dans plusieurs parties du monde à la fin des années 1970. Au 1^{er} juillet 1988, l'Afrique, les Amériques, l'Asie, l'Europe et l'Océanie avaient officiellement déclaré un total de 100 410 cas de SIDA. Toutefois, pour diverses raisons, dont l'insuffisance de la reconnaissance de la maladie, de son diagnostic et de sa notification, on estime que le nombre réel de cas est probablement supérieur à 150 000. En outre le nombre de cas donne une fausse idée de la gravité de la situation: en effet, le SIDA ne se déclarant que quelques années après l'infection à VIH, les cas enregistrés aujourd'hui témoignent de l'étendue de l'infection par le virus il y a trois à cinq ans, ou même plus. On compte aujourd'hui que pour chaque cas de SIDA, il y a peut-être 25 à 100 personnes infectées par le VIH et la situation va empirer au cours des prochaines années.

On observe dans le monde entier une montée en flèche du nombre de cas de SIDA. On estime que 10 à 30% des 5 à 10 millions de porteurs du VIH feront un SIDA au cours des cinq prochaines années, ce qui revient à dire que parmi les personnes déjà contaminées par le virus 500 000 à 3 000 000 seront atteintes du SIDA.

La troisième épidémie – la vive réaction mondiale au SIDA et au VIH – ne fait que commencer. La peur et l'ignorance ont de graves conséquences au niveau individuel, familial et social. Souvent, les personnes ayant une infection à VIH ou atteintes du SIDA sont exclues de leur famille et de la communauté alors qu'elles ont particulièrement besoin de trouver un appui et d'être entourées.

Contrairement à la plupart des problèmes de santé, qui touchent soit les jeunes soit les personnes âgées, le SIDA frappe principalement les individus âgés de 20 à 49 ans. En privant la communauté de certains de ses membres dans la tranche d'âge la plus productive, il fait peser une grave menace sur le développement économique et social, et même sur la stabilité politique. L'augmentation spectaculaire des cas de SIDA au cours des

prochaines années aura des conséquences économiques, sociales, politiques et culturelles dramatiques. On estime que dans les pays industrialisés le coût des soins médicaux directs à un malade du SIDA oscille entre US \$25 000 et US \$150 000. Dans les pays en développement, la charge supplémentaire que fera peser le SIDA sur des ressources sanitaires déjà lourdement grevées sera énorme, surtout si le budget de la santé par habitant ne s'élève qu'à quelques dollars par an.

Le SIDA frappe aussi les mères et les enfants. La hausse de la mortalité infantile imputable à l'infection à VIH pourrait annuler les progrès attendus des programmes de santé infantile. Le SIDA compromet donc les bénéfices sanitaires que l'on escomptait dans les pays en développement.

Les pressions économiques et sociales associées au VIH et au SIDA montrent bien que l'on ne se trouve pas seulement face à une maladie mais aussi à un grave problème politique et culturel. Par peur du SIDA, on risque de voir diminuer les voyages et s'affaiblir la communication entre pays. Au lieu de reconnaître que le SIDA est un problème mondial, on a encore tendance à incriminer certains groupes, certaines races et certaines nationalités. Le VIH et le SIDA pourraient donc fort bien mettre en péril les valeurs fondamentales de la société, et toute tentative pour y faire face revient à entreprendre de relever un formidable défi.

1. Les tableaux épidémiologiques mondiaux

Grâce aux données dont on dispose sur la distribution du SIDA dans le monde et à celles qu'ont fournies de nombreuses études épidémiologiques, on peut distinguer les trois tableaux décrits ci-après.

Tableau I

Dans les régions où l'on observe le tableau I, la plupart des cas se déclarent chez les homosexuels ou les bisexuels masculins et chez les toxicomanes qui se piquent. Il semble que dans ces régions la transmission du VIH à grande échelle ait débuté à la fin des années 1970.

La transmission hétérosexuelle n'est responsable que d'un faible pourcentage des cas, mais elle augmente. La transmission par le sang et les produits sanguins existe, mais elle est désormais largement maîtrisée par le rejet des dons de sang de personnes ayant des comportements à risque et le dépistage systématique de tous les donneurs. La proportion des cas masculins par rapport aux cas féminins oscille entre 10:1 et 15:1. La séroprévalence de l'ensemble de la population est généralement inférieure à 1%, mais elle peut s'élever à plus de 50% dans certains groupes qui ont un comportement à risque élevé, comme les homosexuels masculins ayant de nombreux partenaires et les toxicomanes qui se piquent. Ce tableau est typique dans certains pays industrialisés où les cas de SIDA notifiés sont nombreux, notamment les pays d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et certains pays d'Amérique latine.

Tableau II

Dans les régions qui correspondent au tableau II, la majorité des cas se déclarent chez les hétérosexuels. On trouve autant de cas féminins que de cas masculins. En conséquence, la transmission périnatale est fréquente. Par contre, la transmission par les toxicomanes s'administrant la drogue par voie intraveineuse et les homosexuels masculins n'existe pas ou est très faible. Il semble que la transmission à grande échelle ait débuté pendant les années 1970 et dans plusieurs pays la séroprévalence de l'ensemble de la population est peut-être maintenant supérieure à 1%. Dans certaines zones urbaines, jusqu'à 15% ou plus des personnes de la tranche d'âge sexuellement active sont infectées. Ce tableau est typique de l'Afrique et de certains pays des Caraïbes.

Tableau III

Dans les régions où l'on trouve le tableau III, le VIH semble avoir été introduit entre le début et le milieu des années 1980. Un faible nombre de cas seulement y a été notifié. Actuellement, on observe aussi bien la transmission homosexuelle que la transmission hétérosexuelle. Les cas se sont généralement déclarés chez des personnes ayant voyagé dans d'autres régions d'endémie ou ayant eu des contacts avec des individus de ces régions. Un petit nombre de cas a été notifié chez des personnes ayant reçu des produits sanguins importés. Ce tableau s'observe en Afrique du Nord, en Europe orientale, en Méditerranée orientale, en Asie et dans la majeure partie du Pacifique.

2. Les manifestations cliniques

Pathogenèse

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), agent causal du SIDA, attaque sélectivement certains leucocytes essentiels à la coordination des mécanismes de défense immunitaire de l'organisme. Quand ces leucocytes sont détruits, processus qui peut prendre de nombreuses années, le sujet infecté devient vulnérable à une variété de maladies infectieuses, de parasitoses et de cancers auxquels résistent les personnes possédant un système immunitaire intact. Ces infections opportunistes et ces cancers (comme le sarcome de Kaposi) indiquent une déficience immunitaire sous-jacente provoquée par le VIH. En outre, le VIH peut attaquer des cellules nerveuses et engendrer ainsi des troubles neurologiques.

Quand le VIH pénètre dans une cellule, il se combine avec le propre matériel génétique de la cellule hôte. Il en résulte une infection que la plupart des virologistes considèrent définitive. Les personnes infectées sont probablement contagieuses à vie.

Manifestations

Les symptômes cliniques de l'infection à VIH sont extrêmement complexes. Ils englobent ceux des maladies opportunistes ainsi que ceux qui sont directement imputables au virus.

On peut distinguer quatre stades de l'infection à VIH, qui ne s'observent pas nécessairement chez tous les sujets contaminés. Il y a ainsi un stade aigu, un stade asymptomatique au cours duquel peut se produire une lymphadénopathie généralisée persistante, le para-SIDA et le SIDA. Il est indispensable de connaître l'histoire naturelle de l'infection à VIH non seulement pour prévoir l'évolution de l'épidémie mais aussi pour mettre au point et évaluer des mesures de prévention et de traitement de l'infection et du SIDA.

Phase aiguë

La phase aiguë de l'infection à VIH peut se produire dès la semaine suivant la contamination; elle précède ordinairement la séroconversion, qui a lieu en général 6 à 12 semaines après la contamination, mais apparaît parfois plus tard.

D'après plusieurs études, les manifestations cliniques de la phase aiguë sont la fièvre, la lymphadénopathie, les sueurs nocturnes, les éruptions cutanées, les céphalées et la toux.

Lymphadénopathie généralisée persistante

La lymphadénopathie généralisée persistante se caractérise par une augmentation de volume des ganglions lymphatiques, dont le diamètre devient supérieur à 1 cm, en deux chaînes ganglionnaires ou plus, les aires inguinales étant exclues. Cette hypertrophie dure trois mois au moins, en l'absence de toute maladie ou de l'administration de substances qui provoquent une lymphadénopathie. Elle peut régresser lentement au cours de la maladie. Les sujets atteints de lymphadénopathie généralisée persistante sont en général par ailleurs en bonne santé.

Para-SIDA

Il n'existe pas de définition acceptée ou uniforme du para-SIDA. Toutefois, on considère généralement que la persistance des symptômes suivants en est caractéristique: diarrhée, amaigrissement, malaise général, fatigue et léthargie, anorexie, gêne abdominale, fièvre, sueurs nocturnes, céphalées, lymphadénopathie, splénomégalie et altérations neurologiques entraînant perte de mémoire et neuropathie périphérique. Ces symptômes sont souvent intermittents. La perte de poids, qui est généralement progressive, s'observe chez la plupart des patients.

De nombreux sujets présentant un para-SIDA souffrent de lésions cutané-muqueuses, et plus particulièrement de zona, de dermatite séborrhéique, de lésions bucco-labiales et génitales récidivantes et persistantes dues à l'herpèsvirus et de leucoplasie buccale «chevelue».

SIDA

Entre la contamination par le VIH et l'apparition des symptômes du SIDA, il peut s'écouler de six mois à sept ans ou plus. Cette longue période asymptomatique, qui passe souvent inaperçue et au cours de laquelle une personne infectée peut en contaminer d'autres, complique la lutte contre la propagation du virus.

Le SIDA correspond au stade ultime du spectre clinique de l'infection à VIH. Il se caractérise par la présence d'infections opportunistes et de tumeurs, comme le sarcome de Kaposi, qui apparaissent en raison de la profonde immunodéficience cellulaire provoquée par le VIH. Les types d'infections opportunistes observés dépendent largement de l'exposition passée et présente de l'individu à des agents microbiens. C'est pourquoi la fréquence de certaines infections opportunistes est différente chez les sidéens d'Afrique, d'Amérique et d'Europe. La pneumopathie à *Pneumocystis carinii* est de loin la plus fréquente dans les pays en dehors de l'Afrique. En Afrique, par contre, l'appareil gastro-intestinal est le principal foyer d'infection. Les symptômes du para-SIDA peuvent aussi apparaître chez les sidéens; ils sont alors parfois plus prononcés.

Manifestations neurologiques

Un nombre croissant de troubles neurologiques, comme la neuropathie périphérique et la perte de mémoire, sont rapportés chez les personnes atteintes d'une infection à VIH. Il peut s'agir de la première manifestation de l'infection, et ces troubles se présentent souvent de manière atypique.

Le trouble neurologique le plus fréquent est l'encéphalopathie sub-aiguë, que caractérisent des modifications progressives du comportement associées à la démence. L'encéphalopathie ou la démence associée au SIDA frappe approximativement un tiers des sidéens. Son apparition est en général insidieuse, un dysfonctionnement cognitif prédominant au début. Les premiers signes les plus courants sont notamment le tremblement, la lenteur et l'aphasie. On observe généralement une évolution progressive vers la démence profonde. Le mutisme, l'incontinence, la perte de la vue et la paraplégie peuvent apparaître au stade terminal.

Les atteintes du système nerveux central sont peut-être une conséquence directe de l'infection à VIH. Chez les personnes contaminées par le virus les manifestations neurologiques ont aussi pour cause les infections opportunistes et les cancers, et notamment la méningite à cryptocoques, la toxoplasmose cérébrale, le lymphome cérébral, l'infection à papovavirus, l'encéphalite herpétique, l'infection à cytomégalovirus, la méningite et les abcès tuberculeux et à *Candida*.

Il est possible qu'une épidémie de troubles neurologiques progressifs se produise chez les sujets infectés par le VIH.

Taux d'évolution vers le SIDA

A l'origine, on pensait qu'une faible proportion seulement (5 à 10%) des personnes infectées par le VIH feraient un SIDA. Toutefois, il est de mieux en mieux établi que 25 à 50% des personnes infectées feront un SIDA dans les 5 à 10 ans suivant l'infection. On ignore actuellement si un pourcentage plus élevé de sujets feront un SIDA dix ans après avoir été contaminés par le virus, car aucun groupe de personnes infectées n'a encore été suivi pendant une période aussi longue.

3. La transmission

On a isolé le VIH dans de nombreux liquides de l'organisme chez les personnes infectées. Toutefois, seuls le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et le lait maternel ont été incriminés dans la transmission. Des études épidémiologiques détaillées réalisées dans le monde entier ont permis d'établir l'existence de trois modes de transmission: sexuelle, parentérale et périnatale.

Transmission sexuelle

La transmission sexuelle est le mode de propagation du VIH le plus fréquent. Le virus peut être transmis par toute personne contaminée à son partenaire sexuel (transmission d'homme à homme, d'homme à femme et de femme à homme). La transmission du VIH de femme à femme peut également se produire.

Pour éviter de contracter l'infection lors de relations sexuelles, il faut prendre des précautions particulières. Mais il convient tout d'abord de préciser que les personnes qui n'ont pas de contacts sexuels et celles qui ne sont pas contaminées et n'en ont qu'avec un partenaire également non contaminé et fidèle sont à l'abri du danger de transmission sexuelle du VIH.

Les autres devraient:

- réduire le nombre de leurs partenaires sexuels (plus celui-ci est élevé, plus grand est le risque);
- éviter les relations sexuelles avec les personnes ayant de nombreux partenaires sexuels (prostituées, par exemple);
- éviter la pénétration sexuelle, vaginale, buccale ou anale;
- utiliser systématiquement un préservatif à chaque rapport sexuel, du début à la fin.

Transmission parentérale

La transmission parentérale se produit par transfusion de sang ou de produits sanguins contaminés, ou à la faveur de l'emploi d'aiguilles, de seringues ou d'autres instruments perforants qui ont été contaminés. Le risque de contracter l'infection à VIH est lié à la taille de l'inoculum: chez les personnes recevant une seule unité de sang contaminé, la probabilité de contracter l'infection est pratiquement de 100%.

La transmission par transfusion sanguine pose un sérieux problème dans les pays qui ne se sont pas encore dotés à l'échelle nationale de moyens de dépistage des anticorps anti-VIH chez les donneurs de sang. La transmission par des aiguilles ou des seringues contaminées est un problème particulièrement grave chez les toxicomanes qui se piquent et quand les aiguilles et les seringues ne sont pas stérilisées avant d'être réemployées.

Transmission périnatale

La transmission périnatale peut avoir lieu avant, pendant ou peu près la naissance. Le risque global de transmission du VIH par une mère contaminée à son enfant est d'environ 50%. On a rapporté des cas d'infection chez des nouveau-nés mis au monde par césarienne. La transmission post-natale (probablement par le lait maternel) a été décrite chez des enfants dont la mère avait été contaminée par le VIH après l'accouchement.

Rien n'indique que le VIH puisse être transmis par les voies respiratoires ou entériques, ou par simple contact dans le cadre familial ou à l'extérieur.

Rien n'indique que le VIH puisse être transmis par les insectes, les aliments, l'eau, la sueur, les larmes, les couverts et la vaisselle, ou d'autres objets comme les téléphones ou les vêtements d'occasion, non plus que dans les toilettes ou les piscines.

4. Les principes fondamentaux de la prise en charge infirmière

L'approche soins de santé primaires (SSP) du développement sanitaire est désormais reconnue dans le monde entier. Dans de nombreux pays, elle constitue le cadre fondamental du système de santé national. Le devoir et la responsabilité des gouvernements et des personnels de santé d'informer le public des problèmes de santé qui sévissent dans les pays ainsi que des moyens de les prévenir et de les combattre est l'un des principes essentiels des soins de santé primaires. L'approche SSP met également en relief le droit et le devoir des individus et des communautés d'assumer la responsabilité des questions relatives à leur propre santé et, en conséquence, de modifier comme il convient leur comportement individuel et collectif. L'adhésion à ces deux principes de base est un moyen efficace de freiner la propagation du SIDA.

Les principes fondamentaux d'une bonne pratique des soins infirmiers s'appliquent aux soins dispensés aux personnes infectées et à l'appui accordé à leur famille et à leurs amis. Il faudrait qu'une direction efficace renforce et encourage leur application selon les besoins.

Les malades contaminés par le VIH posent de nombreux problèmes au personnel infirmier à tous les stades de la maladie. Le SIDA étant une maladie hautement médiatisée pour laquelle il n'existe pas de traitement, bien souvent le diagnostic d'une infection à VIH a un effet dévastateur sur l'individu, sa famille et ses amis, et soumet les infirmières à de fortes tensions émotionnelles. En raison de la peur de la contagion et de la stigmatisation qu'engendre fréquemment le SIDA, le malade peut se trouver frappé d'ostracisme par la société. Les infirmières sont en position de dispenser des soins qui respectent la dignité de l'individu et de donner à d'autres agents de santé et aux membres de la communauté l'exemple d'une attitude dénuée de préjugés. La déclaration commune OMS/CII sur le SIDA (annexe 1) rappelle que le Code de l'infirmière stipule que «la responsabilité primordiale de l'infirmière consiste à donner des soins infirmiers aux personnes qui en ont besoin» et que «dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les valeurs, les coutumes et les croyances de l'individu sont respectées».

L'infirmière sait qu'elle ne peut pas satisfaire tous les besoins du malade. Elle connaît les ressources officielles et non officielles existantes, notamment les soins médicaux hospitaliers et ambulatoires et les structures d'appui. Parmi les ressources non officielles, il faut compter les soins et le soutien apportés par la famille et les amis, les groupes religieux ou les associations qui permettent au malade de continuer à prendre part à la vie de la communauté, ainsi que les associations d'entraide. L'infirmière a l'obligation de se tenir parfaitement au courant des ressources officielles et non officielles sur lesquelles on peut compter à l'échelon local et régional.

Comme l'éventail des manifestations cliniques et des aspects psychosociaux de l'infection à VIH s'élargit, il faut une grande diversité de compétences professionnelles, y compris des compétences en matière d'éducation et de conseil, pour assurer des soins infirmiers optimaux partout où ils sont nécessaires, que ce soit à l'hôpital, dans les services de consultation ou dans le cadre des soins à assise communautaire. Il est indispensable de réaliser d'autres recherches pour déterminer quels sont les cadres de soins les plus appropriés. *L'infirmière sera au courant de la diversité des problèmes auxquels se heurte un malade du SIDA et la prise en charge de celui-ci ne sera pas différente de celle des malades présentant des symptômes comparables.*

Il n'est pas possible de définir un modèle de soins infirmiers ou un cadre de soins idéal. Les facteurs qui influencent le système de santé englobent notamment le type de cadre dans lequel sont dispensés les soins, l'existence de personnel qualifié, l'appui technique disponible et le nombre de malades.

Education pour la santé et prévention de la transmission du VIH

L'éducation destinée à prévenir le SIDA devrait toujours avoir pour but de modifier les comportements à risque, de réduire le risque d'exposition et de transmission, d'atténuer les tensions psychosociales et d'aider les individus à développer leur capacité à faire face à la situation. Pour y parvenir, il convient d'éduquer les personnes directement touchées, ainsi que celles avec qui elles sont régulièrement ou souvent en contact (les partenaires sexuels notamment). L'éducation est tout aussi importante pour la famille, les amis et les employeurs, par exemple, que pour les individus contaminés, encore que toute discussion concernant le malade doit respecter l'éventuel désir de confidentialité de celui-ci.

Pour être le plus efficace possible, les programmes d'éducation doivent tenir compte des caractéristiques des différents groupes, de ce qu'ils savent, de leurs attitudes, de leur capacité à comprendre des informations techniques, des voies par lesquelles l'information leur sera le mieux transmise et des types de communication auxquels ils sont le plus susceptibles d'être sensibles. L'information doit être factuelle, tout en étant adaptée à la situation socioculturelle. Ainsi, les toxicomanes, les femmes enceintes et les homosexuels n'auront pas besoin de savoir les mêmes choses. Il faudra aussi prendre les décisions concernant la manière de transmettre l'information, les voies pour le faire et les personnes chargées de cette tâche en fonction de la population visée, de ses caractéristiques et de sa situation sociale.

La transmission sexuelle du VIH est le mode de propagation du virus le plus important. Souvent, le comportement sexuel à modifier est source de plaisir ou chargé d'une signification symbolique. C'est pourquoi, même devant un danger réel de contamination, les gens résistent parfois au changement.

Pour dispenser une bonne éducation pour la santé, il faut prendre en considération les points suivants:

- moyens les plus acceptables d'introduire un changement de comportement;
- individus ou groupes les plus exposés au risque;
- activités des individus leur faisant courir des risques;
- stigmatisation ou condamnation des individus et des groupes à risque les empêchant de se faire soigner, ou de demander de l'aide ou des informations sur la prévention;
- raisons poussant les gens à continuer à avoir un comportement dangereux;
- formes de résistance au changement de comportement;
- perception des avantages tirés d'une modification du comportement;
- question de savoir s'il est réaliste de s'attendre à ce que les gens modifient leurs attitudes et leur comportement et renoncent à des pratiques dangereuses;
- ressources disponibles pour la diffusion de l'information sur la prévention;
- mesures à prendre lors de l'évolution de la maladie – type d'aide à fournir aux personnes touchées, à leur famille et à leurs amis;
- traditions locales concernant le partage des ressources et l'entraide;
- expérience des communautés ayant déjà fait face à des situations de crise (épidémies, catastrophes naturelles);
- groupes communautaires, chefs de file ou responsables de groupes possédant l'influence nécessaire pour susciter un changement de comportement.

Conseils

Les services de conseils sont destinés à permettre le dialogue et l'interaction pour faciliter la compréhension et la résolution des problèmes et pour accroître la motivation. Les conseils tiennent compte des besoins psychosociaux de l'individu, tout comme de ses besoins médicaux, financiers et juridiques. Ils ont pour but de fournir un appui dans un moment de crise,

de promouvoir un changement quand un changement est nécessaire, de proposer une action réaliste par rapport à différentes situations et d'aider les individus à recevoir une information sur la santé et le bien-être et à s'adapter à ses implications. Conseiller, cela peut être donner un avis, éduquer, ou répondre à des besoins psychosociaux personnels. Dans la pratique, ces différentes formes de conseils se chevauchent souvent.

Les services de conseils sont destinés aux individus, aux couples, aux familles et aux groupes. Tous ont des préoccupations, des obligations, des sentiments et des besoins comparables, même si chacun exige différentes formes d'appui.

Les indications en matière de conseils données ci-après se fondent sur l'expérience acquise dans plusieurs pays, aussi bien développés qu'en développement. Les conseils s'adressent spécifiquement aux personnes:

- qui envisagent de subir des examens pour déterminer si elles sont touchées par l'infection à VIH;
- qui sont exposées au risque d'infection à VIH et désirent réduire ce risque;
- qui ont déjà subi des examens et en attendent les résultats;
- chez lesquelles un diagnostic d'infection à VIH, de para-SIDA ou de SIDA a été posé;
- que l'on peut soupçonner d'être contaminées mais qu'il est impossible ou difficile de soumettre à des examens.

Ils concernent aussi la famille, les amis et les partenaires sexuels des individus se trouvant dans l'une des situations énumérées ci-dessus, ainsi que tous ceux qui ont besoin d'avis et d'aide dans des conditions semblables.

Les conseils doivent toujours avoir pour but d'aider les gens à assumer la responsabilité de leur propre santé et de celle des autres.

Conditions préalables du conseil

Les techniques de conseil diffèrent probablement d'un pays à un autre et selon les groupes sociaux, en fonction des ressources disponibles et des perceptions traditionnelles de la maladie et de la mort. Elles peuvent aussi

varier selon les caractéristiques de l'individu et celles de son entourage. Toutefois, elles se fondent sur un certain nombre de principes généraux et de conditions préalables.

Confidentialité

L'un des facteurs les plus importants de la relation entre l'infirmière et la personne à qui s'adressent les conseils est la confiance. La confiance en l'infirmière renforce en effet la relation et améliore les chances que l'individu suive les conseils qu'elle lui donne. Quand un individu est déclaré séropositif ou atteint du SIDA, il est possible qu'il fasse l'objet de réactions culpabilisantes ou d'exclusion; c'est pourquoi il est extrêmement important que la confidentialité soit garantie. Il doit être parfaitement clair que tout ce dont parlent l'infirmière et la personne qu'elle conseille restera entre elles.

Accessibilité

Toute personne contaminée par le VIH ou atteinte d'une maladie associée au VIH doit pouvoir obtenir des conseils si elle en a besoin. Ce principe supposera peut-être que l'on fasse appel à du personnel supplémentaire qui, après avoir reçu une formation de base, sera en mesure d'offrir des services de conseils là où cela n'aurait pas été possible autrement. Il ne faut pas confondre l'existence de services et leur accessibilité. On veillera à ce que tous ceux qui sont exposés au risque d'infection à VIH ou qui ont besoin de conseils sachent bien d'une part, que des services de conseils sont disponibles et d'autre part, qu'ils sont aisément accessibles.

Consentement éclairé

Chaque fois qu'un individu demande un examen de recherche des anticorps anti-VIH ou est poussé à le subir, il faut l'informer complètement des conséquences personnelles, psychologiques, juridiques et sociales d'un résultat positif.

Cohérence

Les méthodes de conseil varient selon la personne conseillée et le vécu de l'infirmière. Il est important que toutes les informations sur l'infection à VIH, le risque d'infection et les moyens de réduire ce risque soient cohérentes.

Autodétermination

Les individus ont la responsabilité de déterminer comment mener leur propre vie et prendre en charge leur maladie. L'infirmière encouragera

cette autodétermination tout en comprenant que les gens malades ou qui ont peur éprouvent souvent des sentiments de colère, de chagrin, de culpabilité et de honte. L'infirmière doit toujours aider ces gens à prendre leurs propres décisions, les inciter à continuer à le faire aussi longtemps que possible et leur fournir les informations qui leur permettront de prendre des décisions raisonnables.

Compréhension de la peine, du deuil et du sentiment de perte

L'infirmière qui travaille avec des personnes contaminées par le VIH et leur famille se trouvera fréquemment face au deuil et au sentiment de perte. Elle doit bien connaître les manières dont s'exprime la peine dans une culture donnée.

L'infirmière doit être en mesure d'aider les personnes contaminées par le VIH et leurs amis à faire face à la réalité d'une mort inévitable. Les malades doivent être soutenus aussi longtemps que possible dans leurs propres décisions et leur propre prise en charge. L'infirmière doit respecter leurs croyances et leur permettre, ainsi qu'à leur famille et à leurs amis, d'observer les rituels associés à la phase terminale d'une maladie, à la mort et au deuil, s'ils le désirent. Un décès est cause de détresse et de perturbation pour la famille; l'infirmière devra peut-être l'aider de ses conseils pour atténuer sa peine et son sentiment de perte.

L'infirmière a elle-même besoin d'un appui pour faire face à ses propres réactions affectives, particulièrement si elle soigne des sidéens et, en conséquence, se trouve en contact avec de nombreux mourants et leur famille.

Le comportement et les attitudes sont modelés par la tradition et le vécu. L'infirmière doit respecter les différences culturelles qui existent au sein d'une localité, d'un groupe, d'un pays ou d'une région.

Dépistage et examens pratiqués pour rechercher les anticorps anti-VIH

Le diagnostic de l'infection à VIH peut s'effectuer en laboratoire par détection d'anticorps spécifiques du virus. Pour bien d'autres maladies virales, la présence d'anticorps indique une infection passée. Toutefois, comme le VIH provoque des infections chroniques, une personne séropositive est non seulement activement infectée mais aussi contagieuse.

Une épreuve sérologique pour rechercher les anticorps anti-VIH a été mise sur le marché en 1985. La méthode la plus fréquemment utilisée est la méthode immunoenzymatique en phase solide (ELISA), mais on met actuellement au point d'autres épreuves, comme celles qui reposent sur la réaction d'agglutination de particules ou sur le «dot-ELISA». Ces épreuves sont rapides, simples à utiliser et n'exigent pas de matériel sophistiqué.

Bien que les épreuves susmentionnées soient hautement sensibles, elles ne sont pas complètement exemptes d'erreur; un prélèvement positif avec l'épreuve ELISA devra donc être confirmé par d'autres épreuves comme l'immunotransfert ou l'immunofluorescence indirecte.

Il est également possible de déceler directement dans le sperme la présence d'antigènes du VIH (virus ou protéines virales) et on peut se procurer dans le commerce des trousses à cet effet. A l'origine, ces méthodes de dosage ont été mises au point pour essayer d'obtenir un marqueur de l'infection en laboratoire pendant la «fenêtre» qui existe entre la contamination et la production d'anticorps et qui dure habituellement de 4 à 16 semaines. On utilise désormais largement les épreuves de détection des antigènes pour suivre les résultats du traitement antiviral chez les malades du SIDA.

Comme il est dit dans le dépliant de l'OMS intitulé *Dépistage et examens à pratiquer dans le cadre des programmes de lutte contre le SIDA* (voir annexe 2), il convient d'appeler l'attention sur les points développés ci-après. Les programmes de dépistage de l'infection à VIH (c'est-à-dire l'examen de populations entières ou de groupes de population pour déterminer leur état par rapport à l'infection ou à la maladie) peuvent contribuer:

- à prévenir la transmission par le sang et les produits sanguins, le sperme, les tissus ou les organes destinés à être transplantés;
- à obtenir des informations épidémiologiques sur la prévalence ou l'incidence de l'infection à VIH.

Chaque fois qu'un programme de dépistage est à l'examen, toutes les questions soulevées dans le dépliant de l'OMS (annexe 2) devraient être explicitement étudiées et résolues. Médiocrement conçus ou mis en œuvre, les programmes de dépistage du VIH ne pourront que nuire à la santé publique et gaspiller des ressources. Pour répondre aux besoins de santé publique et respecter les droits de l'homme, il conviendra d'examiner soigneusement toutes les questions techniques, logistiques, sociales, juridiques et éthiques qui peuvent se poser avant de décider d'entamer un programme de dépistage.

Le dépistage obligatoire du VIH n'a qu'un rôle très limité dans les programmes de lutte contre le SIDA.

Le dépistage systématique chez les donneurs contribue à prévenir la transmission du VIH par le sang, le sperme, ou d'autres cellules, tissus et organes. Le consentement éclairé des intéressés et l'octroi de conseils font partie de ce dépistage et la confidentialité devrait être garantie.

Les enquêtes sérologiques aident à mieux comprendre le tableau épidémiologique du VIH, ce qui est nécessaire pour juger des régions et des groupes qui ont besoin de programmes d'éducation particuliers ou d'autres services de prévention. Ces enquêtes devraient être réalisées au moyen de méthodes qui ne portent pas atteinte aux droits de l'homme. Il conviendrait qu'elles soient menées soit avec le consentement éclairé des intéressés, qui auront été conseillés et auxquels la confidentialité aura été garantie, soit anonymement (sans que les noms ou d'autres moyens d'identification soient enregistrés).

La pratique d'examen volontaires de dépistage du VIH peut faire partie des soins de santé si l'on soupçonne une infection liée au VIH; elle peut également être assurée en même temps que l'information, l'éducation, les conseils et d'autres services d'appui pour contribuer à faire évoluer les comportements de façon durable. Le consentement éclairé et les conseils sont des aspects essentiels des examens volontaires, tout comme la confidentialité, qui devrait être garantie. Il conviendrait que les services d'examen volontaire pour la recherche du VIH soient largement disponibles dans le cadre des programmes de lutte contre le SIDA et que l'accès à ces services soit facilité.

Aspects liés à la santé maternelle et infantile

Les observations concernant la transmission du VIH de la mère infectée à son enfant donnent à penser qu'environ 50% des enfants sont contaminés. Le risque de transmission dépend de plusieurs facteurs et notamment du moment auquel la mère a été infectée, de l'état de son système immunitaire et de son état général de santé, du nombre de ses couches.

Les conseils de prévention doivent inclure l'information des femmes séropositives et/ou ayant un partenaire séropositif. Des services de conseils devraient être offerts aux groupes suivants, de préférence avant la grossesse:

- femmes séropositives;
- toxicomanes qui se piquent;
- femmes ayant de nombreux partenaires sexuels;
- femmes dont le mari ou le partenaire sexuel a ou a eu des contacts sexuels multiples;
- partenaires d'hommes bisexuels ou de toxicomanes qui se piquent;
- femmes ayant eu des partenaires séropositifs avérés.

Il faut expliquer soigneusement le risque potentiel auquel sont exposés la mère et l'enfant. La décision d'éviter la grossesse tant que la femme court un risque et, éventuellement, de l'interrompre dépend de la politique nationale, des croyances et des valeurs culturelles. En cas de grossesse, il est souhaitable d'assurer des soins prénatals rigoureux et, si possible, de prévoir l'accouchement dans un établissement offrant des services périnataux de haut niveau. Pendant l'accouchement, il faudra prendre toutes les précautions contre l'infection (comme cela doit être le cas indépendamment du fait que la mère soit séropositive ou non). Dans de nombreux pays, les accouchements sont faits par des accoucheuses traditionnelles; en tant que membres de l'équipe de santé, ces accoucheuses devront apprendre à prévenir la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang, comme le VIH, pendant l'accouchement.

Allaitement au sein et VIH

On ignore jusqu'à quel point l'allaitement au sein est un mode important de transmission du VIH, mais il est probable que son rôle est minime. Quoi qu'il en soit, les avantages de l'allaitement au sein l'emportent généralement sur le risque éventuel de contamination (annexe 3).

Les avantages de l'allaitement au sein sur le plan immunologique, nutritionnel et psychosocial, comme du point de vue de l'espacement des naissances, sont bien connus, ainsi qu'en témoignent les politiques nationales et internationales concernant la santé maternelle et infantile. L'allaitement naturel joue également un rôle important dans la prévention des infections intercurrentes qui pourraient accélérer la progression de la maladie liée au VIH chez les enfants déjà infectés. *Il faut donc continuer à encourager l'allaitement au sein.*

Les enfants et l'infection à VIH

Dans le monde entier, on dénombre de plus en plus d'enfants infectés par le VIH. Les causes de contamination possibles sont les suivantes:

- mère séropositive;
- exposition à du sang ou des produits sanguins contaminés, ou à des aiguilles ou des seringues non stériles;
- perforation de la peau (des oreilles et du nez, par exemple), tatouage, scarification, circoncision, etc.;
- contact sexuel.

Les enfants de mère séropositive sont souvent prématurés et exigent des soins médicaux et infirmiers particuliers. Les enfants contaminés par le VIH courent un risque plus élevé de faire un para-SIDA ou un SIDA que les adultes infectés par le virus, et chez eux la période d'incubation est souvent plus courte.

Il est difficile de définir les critères du diagnostic du para-SIDA et du SIDA chez les enfants. Ceux qui en sont atteints ont généralement des problèmes de croissance et de graves infections.

Les enfants séropositifs ne font en général courir aucun danger à autrui au foyer ou à l'école et l'infection ne devrait pas être un obstacle au placement familial. Il est indispensable de donner une éducation permanente intensive à leur entourage pour éviter que ces enfants soient rejetés. Il faut enseigner et respecter systématiquement dans les écoles et les foyers de placement toutes les précautions à prendre contre l'infection; il est aussi nécessaire de donner des conseils précis et répétés aux enfants d'un certain âge concernant les pratiques sexuelles. Si un enfant a du retard dans son développement ou s'il faut l'hospitaliser fréquemment, on sera peut-être dans l'obligation de prendre des dispositions particulières sur place pour assurer son éducation et lui donner un appui.

Vaccination des enfants et infection à VIH

Il faut toujours mettre en balance le risque théorique de vacciner un enfant contaminé par le VIH et les avantages procurés par la vaccination. Dans l'état actuel de nos connaissances, l'avantage est de loin supérieur au risque. Toutefois, les nourrissons ou les enfants infectés par le virus sont généralement moins bien protégés par les vaccins que les enfants non contaminés.

Dans les pays où l'infection à VIH pose un problème, il conviendrait de continuer à administrer aux enfants, y compris ceux qui sont atteints d'une infection à VIH asymptomatique, les vaccins recommandés par l'OMS, conformément aux schémas standard (annexe 4). On pourra administrer tous les vaccins aux enfants atteints d'un SIDA symptomatique, à l'exception toutefois du BCG.

Lutte contre l'infection à VIH dans les lieux de soins

L'application des principes de la lutte contre l'infection est un aspect capital d'une bonne pratique quotidienne des soins infirmiers. L'observation des principes de la prévention de la transmission des agents véhiculés par le sang, comme le virus de l'hépatite B, est plus que suffisante pour prévenir la transmission du VIH.

Les lieux de soins englobent les hôpitaux, les services de consultations externes, ou tout endroit au foyer ou dans la communauté où des soins sont dispensés directement (soins à domicile, centres de vaccination, dispensaires mobiles, par exemple).

Très peu de cas de transmission de malade à infirmière par blessure avec une aiguille ou exposition des muqueuses à du sang ont été notifiés. L'infection peut être transmise de malade à malade, si l'on réemploie des aiguilles qui n'ont pas été correctement stérilisées, par exemple. Les personnes qui ont à prodiguer des premiers soins, comme les personnels paramédicaux, les techniciens spécialistes des soins médicaux d'urgence, les policiers, les pompiers et les maîtres-nageurs sauveteurs ne sont pas plus exposés au risque que les infirmières qui dispensent des soins d'urgence à l'hôpital.

Pour lutter contre l'infection dans les lieux où sont dispensés les soins il faut:

- prendre des précautions avec le sang et les autres liquides corporels;
- prendre des précautions lors des injections et des perforations de la peau;
- pratiquer une stérilisation et une désinfection efficaces.

Dans les pays possédant des systèmes de santé limités, il ne sera peut-être pas toujours possible d'appliquer toutes les recommandations ci-après. Si on ne dispose pas des moyens nécessaires pour suivre l'une de ces recommandations, on tâchera de trouver une autre solution efficace.

Précautions à prendre avec le sang et les autres liquides corporels

Le sang et les autres liquides corporels pouvant transmettre le VIH et d'autres agents infectieux, *l'infirmière les traitera systématiquement comme s'ils étaient infectieux.*

- **Lavage des mains.** On se lavera soigneusement les mains ou toute partie du corps entrée en contact avec du sang ou des liquides corpo-

rels à l'eau et au savon. On se lavera aussi les mains immédiatement après avoir enlevé ses gants de protection.

- **Gants et autres moyens de protection.** L'infirmière doit porter des gants de bonne qualité chaque fois qu'elle est en contact direct avec du sang et des liquides corporels. Lorsqu'on ne dispose pas de gants, on peut avoir recours à d'autres moyens pour éviter le contact direct avec le sang: on peut ainsi utiliser un forceps, une serviette, de la gaze, par exemple, ou même, à défaut, une feuille pour tenir une aiguille ou une seringue souillée par du sang. Si les gants ne sont pas jetables, on en changera, on les lavera, on les désinfectera ou on les stérilisera après chaque contact avec un malade. Quant on risque de se blesser avec des instruments pointus ou coupants (en les nettoyant, par exemple), il est recommandé de porter des gants très résistants et de manier les instruments avec les plus grandes précautions.

Pendant les actes où on peut être éclaboussé par du sang ou en contact avec du sang en suspension (opération chirurgicale ou accouchement, par exemple), on se protégera les yeux, le nez et la bouche avec un masque intégral ou un masque classique et des lunettes et on portera une blouse ou un tablier.

- **Piqûres d'aiguilles et autres blessures avec des instruments pointus ou coupants.** On mettra au point des méthodes pour minimaliser le risque de se piquer avec des aiguilles et de se blesser avec d'autres instruments pointus ou coupants, qu'il faut toujours manier avec beaucoup de précautions. Les manipulations de tout objet pointu ou coupant devront être réduites au minimum. Pour éviter les blessures par piqûre d'aiguille, celles-ci ne devront jamais être recapuchonnées, tordues, cassées, ni être retirées des seringues jetables ou manipulées directement. Après usage, on mettra les aiguilles et autres instruments pointus ou coupants dans des récipients imperforables que l'on aura placés aussi près que possible de l'endroit où on les utilise, puis on les traitera comme du matériel contaminé.
- **Réanimation au bouche-à-bouche.** Bien que l'on ait trouvé le VIH dans la salive, il n'y a pas de preuve concluante que celle-ci joue un rôle dans la transmission du virus. Néanmoins, pour réduire l'exposition professionnelle au VIH, on utilisera si possible un embout, un masque et un ballon ou tout autre dispositif de ventilation quand la réanimation est nécessaire. Le matériel de réanimation ne doit être utilisé qu'une seule fois puis jeté, ou être soigneusement nettoyé et désinfecté. Les systèmes de pompage de mucosités par bouche-à-bouche seront remplacés, si possible, par des appareils d'aspiration électriques, à pédale ou à commande manuelle.
- **Isolement.** Si l'on prend les précautions décrites ci-dessus, il n'est pas nécessaire d'isoler les malades contaminés par le VIH, à moins qu'ils soient atteints d'autres infections exigeant l'isolement.

Isolez l'infection plutôt que le malade.

Précautions à prendre lors des injections et des perforations de la peau

Les injections et autres actes au cours desquels la peau ou des muqueuses sont perforées à des fins préventives, diagnostiques, esthétiques ou thérapeutiques jouent un rôle important dans les soins traditionnels et modernes.

- Il est important de limiter les injections et autres perforations de la peau aux situations pour lesquelles une indication est définie clairement et à bon escient. Souvent, les médicaments sont administrés par injection alors qu'ils seraient tout aussi efficaces par voie orale. Réduire le nombre d'injections est donc important pour protéger aussi bien l'agent de santé que le malade.
- Pour éviter la transmission du VIH, après emploi, les instruments à usage unique (jetables) doivent être détruits sous surveillance pour empêcher toute réutilisation. Les instruments à usages multiples (réutilisables) doivent toujours être nettoyés et correctement stérilisés (ou désinfectés) conformément aux directives existantes. Toutefois, il ne faut pas avoir recours à la désinfection avec un produit chimique pour les aiguilles et les seringues^a. En respectant toujours rigoureusement ces principes, on éliminera le risque de transmission du VIH par injection ou autres perforations de la peau.

Prévenez la transmission du VIH – employez une aiguille stérile et une seringue stérile pour chaque injection.

^a Voir *Guide pour les méthodes de stérilisation et de désinfection poussée efficaces contre le virus de l'immunodéficience humaine*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1988 (Série OMS SIDA N° 2).

Précautions à prendre vis-à-vis des prélèvements de laboratoire

- L'infirmière portera toujours des gants quand elle manipulera des prélèvements de sang et d'autres liquides corporels (lors d'une prise de sang, par exemple).
- Toute plaie aux mains et aux bras sera couverte par un pansement étanche. On se lavera toujours les mains à l'eau et au savon immédiatement après avoir été en contact avec les prélèvements.
- Les prélèvements seront placés à l'intérieur d'un récipient muni d'un couvercle hermétique pour éviter toute fuite pendant le transport. On prendra soin d'éviter de contaminer l'extérieur du récipient. Quand les prélèvements doivent être postés ou expédiés par un autre moyen, on les placera à l'intérieur d'un récipient en plastique incassable.
- Les plans de travail seront recouverts d'un matériau non absorbant qu'il est facile de nettoyer à fond, comme des feuilles de plastique. Si du sang ou d'autres liquides corporels se renversent, il faut immédiatement décontaminer avec un désinfectant comme l'hypochlorite de sodium à 0,5% avant de nettoyer.
- On éliminera soigneusement les prélèvements en les versant dans une canalisation reliée à un égout. Quand cela n'est pas possible, on décontaminera le sang et les liquides corporels avec un désinfectant approprié tel que l'hypochlorite de sodium à 0,5% avant de les éliminer. Il est préférable de porter des gants pendant les opérations d'élimination.
- On se lavera soigneusement les mains après avoir travaillé en laboratoire.

Précautions concernant les actes effractifs

On peut définir un acte effractif comme la pénétration chirurgicale dans des tissus, des cavités ou des organes pour une opération ou la réparation d'une lésion. En cas d'acte effractif, il convient d'observer strictement les précautions s'appliquant au sang et aux liquides corporels. En outre:

- on portera des gants et un masque chirurgical;
- on portera des lunettes ou un masque intégral quand il risque d'y avoir des projections de gouttelettes ou des éclaboussures de sang ou d'autres liquides corporels;
- on portera une blouse ou un tablier s'il risque d'y avoir des éclaboussures de sang;

- l'infirmière qui réalise un accouchement par les voies naturelles ou par césarienne, ou qui y participe, portera des gants et une blouse ou un tablier pour manipuler le placenta; elle les gardera jusqu'à ce que l'enfant ait été débarrassé du sang qu'il a sur la peau et que la ligature et la section du cordon ombilical aient été effectuées;
- si un gant se déchire, si on se pique avec une aiguille, ou si on se fait toute autre blessure, on changera de gants et on se lavera soigneusement les mains dès que l'état du patient le permettra. L'aiguille ou l'instrument incriminé devra être retiré du champ stérile.

Linge souillé

On mettra directement le linge souillé dans un sac, en s'abstenant de le trier ou de le rincer là où se trouvent les malades. Le linge souillé de sang ou d'autres liquides corporels doit être placé et transporté dans des sacs étanches. Si on ne dispose pas de sacs étanches, on le pliera de sorte que les parties souillées se trouvent à l'intérieur. On portera un tablier et des gants pour manipuler le linge souillé.

Le linge doit être lavé avec un détergent dans de l'eau à plus de 70° C pendant 25 minutes. Si l'on doit utiliser, pour du linge fragile, un cycle de lavage à basse température (moins de 70° C), on emploiera un produit chimique adapté à ce type de lavage à la concentration recommandée par le fabricant.

Souillures de sang et autres liquides corporels

Si la souillure est visible, laver abondamment avec un désinfectant convenable (de préférence de l'hypochlorite de sodium à 0,1-0,5% de chlore libre). Eliminer ensuite tout le liquide et frotter avec du désinfectant. Pour plus de détails, voir le *Guide pour les méthodes de stérilisation et de désinfection poussée efficaces contre le virus de l'immunodéficience humaine* publié par l'Organisation mondiale de la Santé (Série OMS SIDA, N° 2).

Actes pratiqués post mortem

L'infirmière ayant à pratiquer des actes post mortem prendra les précautions décrites ci-dessus et observera les principes applicables dans le milieu de soins concerné.

Evacuation des déchets contaminés

Les aiguilles et autres instruments pointus ou coupants seront placés immédiatement après usage dans un récipient imperforable et seront de préférence incinérés.

Les déchets liquides, comme le sang, les liquides extraits par aspiration, les excréments et les sécrétions, seront soigneusement déversés dans une canalisation reliée à un égout dont les eaux sont convenablement traitées, ou évacués dans un cabinet à fosse.

Les déchets solides, comme les pansements et les déchets pathologiques et de laboratoire, seront considérés comme infectieux et incinérés ou traités à l'autoclave. Les autres déchets solides, comme les excréta, pourront être évacués dans une décharge contrôlée ou un cabinet à fosse.

Les déchets solides produits à domicile (pansements, couches, serviettes hygiéniques) seront considérés comme infectieux et de préférence brûlés; si cela n'est pas possible, on les évacuera également dans une décharge contrôlée ou un cabinet à fosse à usage privé ou public.

Guide pour la sécurité des infirmières

Le risque de contracter le VIH auprès d'un malade infecté est très faible.

Dans les cas extrêmement rares où des infirmières ont contracté le VIH dans le cadre professionnel, l'infection a eu lieu par voie parentérale ou par exposition des muqueuses ou de lésions cutanées à du sang contaminé par le virus.

L'exposition parentérale se produit lorsqu'une infirmière se pique avec une aiguille ou se coupe avec un scapel ou tout autre instrument tranchant ou pointu contaminé par le sang d'un malade infecté. Le risque d'infection après ce type d'exposition dépend vraisemblablement de deux facteurs: a) le volume de sang auquel l'infirmière a été exposée et b) la contagiosité du malade. Si le VIH peut être présent aussi bien chez les sujets asymptomatiques que chez les sujets symptomatiques, il ressort d'études récentes que les personnes atteintes du SIDA symptomatique ou parvenues à un stade avancé de l'infection à VIH sont probablement plus contagieuses. D'après plusieurs études prospectives, le risque de contracter l'infection à VIH à la suite d'une piqûre d'aiguille ou de toute autre exposition parentérale au virus est inférieur à 1%.

Le risque de contracter l'infection à VIH après exposition des muqueuses ou d'une lésion cutanée à du sang contaminé est très faible, mais plus difficile à évaluer. Toutefois, les notifications de cas indiquent que ce risque existe quand une plaie, une écorchure ou une muqueuse (bouche, lèvres, conjonctive, par exemple) entre en contact avec du sang contaminé par le VIH.

Exposition parentérale ou des muqueuse au VIH

L'exposition peut prendre les formes suivantes:

- exposition parentérale à du sang et à d'autres liquides corporels (piqûre d'aiguille ou coupure, par exemple);
- exposition d'une muqueuse à du sang et à d'autres liquides corporels (projections de sang dans l'œil ou sur la bouche, par exemple);
- exposition cutanée à de grandes quantités de sang en cas de gerçures, d'écorchures ou de dermatite.

Toute exposition doit être signalée à la surveillante; les mesures prises par la suite (conseils, éventuellement investigations plus poussées, et suivi) dépendront de la politique nationale et des conditions locales.

Les méthodes pour réduire au minimum l'exposition ont été décrites dans les rubriques consacrées aux précautions à prendre lors des injections et des perforations de la peau et lors des actes effractifs, respectivement p. 23 et pp. 24-25. Ces rubriques indiquent également comment traiter d'éventuelles lésions.

Situations particulières

- L'infirmière ayant des lésions cutanées qui saignent doit les couvrir avec un pansement occlusif ou porter des gants pour éviter l'exposition directe au sang ou à d'autres liquides corporels. Pour protéger les malades, l'infirmière qui a des lésions cutanées qui suintent ne doit pas leur dispenser directement des soins ni manipuler le matériel destiné aux soins.
- L'infirmière qui dispense des soins à domicile à des sujets contaminés par le VIH court un risque d'infection aussi faible que celle qui exerce à l'hôpital ou dans un autre lieu de soins. La plupart des personnes infectées n'ayant pas besoin d'être hospitalisées peuvent être soignées à domicile sans danger à condition de prendre les précautions décrites ci-dessus.
- L'infection à VIH chez une infirmière enceinte entraînant le risque supplémentaire de transmission périnatale, l'infirmière enceinte observera rigoureusement toutes ces précautions.

- En général, l'infirmière infectée par le VIH ne fait pas courir de risque aux malades et il n'est pas nécessaire de limiter son travail.
- Le médecin d'une infirmière infectée doit la prévenir des précautions à prendre et/ou des restrictions à apporter à son travail pour protéger les malades, l'informer du risque éventuel que lui font courir les malades et, le cas échéant, suggérer une modification des tâches auxquelles elle est affectée.

5. Conclusions

Le personnel infirmier, directement en contact avec les sujets infectés par le VIH, leur famille et leur communauté, se trouve en première ligne et est confronté à un défi qui exige une créativité, une énergie et des ressources sans précédent. La mesure dans laquelle il sera désireux et capable de relever ce défi aura sans aucun doute de profondes répercussions sur l'évolution de l'épidémie à VIH.

Déclaration commune OMS/CII sur le SIDA

7 avril 1987

- ATTENDU que le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et les infections dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) posent un problème international de santé d'une urgence extraordinaire,
- ATTENDU que la pandémie d'infections à VIH menace aussi bien les pays développés que les pays en développement,
- ATTENDU que les infections à VIH constituent une menace pour les gains récemment réalisés sur le plan de la santé dans de nombreuses parties du monde,
- ATTENDU que l'infection à VIH est une atteinte à la santé qui a de profondes répercussions sur le plan individuel, familial et social et qui préoccupe au plus haut point les infirmières du monde entier,
- ATTENDU qu'aucun vaccin et aucun traitement ne seront sans doute disponibles avant plusieurs années et que la prévention et la lutte contre les infections à VIH à l'échelle mondiale exigeront un effort prolongé,
- ATTENDU que l'épidémie mondiale d'infections à VIH pose aux systèmes de santé un défi qui exigera de tous une créativité, une énergie et des ressources d'une ampleur sans précédent, et dont les exigences particulières, en matière de soins infirmiers, vont rapidement croissant,
- ATTENDU que la lutte contre le SIDA dans le monde exigera à la fois des programmes énergiques au plan national et une impulsion, une coordination et une coopération au plan international,
- ATTENDU qu'il est dit dans le *Code de l'infirmière** établi par le Conseil international des Infirmières que «l'infirmière partage avec ses concitoyens la responsabilité de prendre l'initiative d'établir et d'appliquer les mesures destinées à répondre aux exigences sociales et de santé de la popula-

* *Code de l'infirmière*, Genève, CII, 1973.

tion», que «la responsabilité primordiale de l'infirmière consiste à donner des soins infirmiers aux personnes qui en ont besoin», que «dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les valeurs, les coutumes et les croyances de l'individu sont respectées» et que «l'infirmière est liée par le secret professionnel et ne communique qu'à bon escient les informations qu'elle possède»,

ATTENDU que, dans le même esprit qui avait présidé à l'effort d'éradication mondiale de la variole, l'Organisation mondiale de la Santé a maintenant entrepris la tâche plus urgente, plus difficile et plus complexe encore qui consiste à prévenir et à combattre le SIDA dans le monde entier,

IL EST DÉCIDÉ QUE

le Conseil international des infirmières se fera le porte-parole des infirmières et se tiendra au courant de tout ce qui concerne la protection de leur santé dans les soins qu'elles dispensent aux sujets atteints d'une infection à VIH,

ET QUE

le Conseil international des Infirmières collaborera pleinement avec l'Organisation mondiale de la Santé pour le mieux des intérêts du public, des sujets infectés par le VIH et de ceux qui les soignent,

ET ÉGALEMENT QUE

le Conseil international des Infirmières aidera les infirmières, par l'intermédiaire de leurs associations nationales, à se tenir convenablement informées de l'évolution de la situation concernant la prévention de l'infection et les soins aux individus infectés par le VIH et demande à toutes ses associations membres et aux infirmières du monde entier de l'aider activement dans tous ces efforts.

Dépistage et examens à pratiquer dans le cadre des programmes de lutte contre le SIDA

Le dépistage consiste à examiner des populations entières ou des groupes de populations afin de déterminer si elles sont ou non atteintes par l'infection ou la maladie.

Les examens servent à déterminer si un sujet est touché par l'infection ou la maladie.

En 1987, par le biais de son Programme spécial de lutte contre le SIDA^a, l'Organisation mondiale de la Santé a travaillé avec les autorités nationales de plus de 100 pays afin d'élaborer des programmes de lutte contre le SIDA. Dans ce contexte, la question du dépistage de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a souvent été discutée pour essayer de déterminer son rôle, le cas échéant, dans les programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Ce dépistage pose nombre de questions fort complexes sur le plan technique, logistique, social, juridique et éthique; afin d'aider à examiner et analyser à fond toutes ces questions, l'OMS a organisé une réunion d'experts sur le dépistage de l'infection à VIH^b. Les participants à cette réunion ont défini la vaste gamme de questions à examiner, parmi lesquelles:

- la justification du programme proposé;
- la population à soumettre au dépistage;
- la méthode d'examen à utiliser;
- le lieu où pratiquer les examens de laboratoire;
- l'emploi projeté des données obtenues par le moyen des examens;
- les dispositions prises en ce qui concerne la communication des résultats aux sujets examinés;

^a Le Programme spécial de lutte contre le SIDA a été rebaptisé «Programme mondial de lutte contre le SIDA» en janvier 1988.

^b Pour obtenir une copie du *Rapport de la Réunion sur les critères relatifs aux programmes de dépistage du VIH, tenue à Genève les 20 et 21 mai 1987 (WHO/SPA/GLO/87.2)*, s'adresser au Programme mondial de lutte contre le SIDA, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27 (Suisse).

- la manière dont il est prévu de procéder afin de conseiller les intéressés;
- l'impact social du dépistage;
- les questions juridiques et éthiques posées par le programme de dépistage envisagé.

Compte tenu:

- du rapport de la réunion;
- de l'expérience acquise à ce jour dans le cadre des programmes nationaux;
- des connaissances actuelles concernant l'infection à VIH et le SIDA,

L'Organisation mondiale de la Santé souhaite appeler l'attention sur un certain nombre de questions, énumérées ci-après, que soulèvent le dépistage et la pratique d'examens dans le cadre des programmes de lutte contre le SIDA.

1. Les programmes de dépistage de l'infection à VIH peuvent aider:
 - à prévenir la transmission par les réserves de sang, le sperme, les tissus ou les organes pour transplantation;
 - à obtenir des informations épidémiologiques sur la prévalence ou l'incidence du VIH.
2. Chaque fois qu'un programme de dépistage est à l'examen, toutes les questions posées lors de la réunion sur les critères applicables aux programmes de dépistage du VIH devraient être explicitement étudiées et résolues. Médiocrement conçus ou mis en œuvre, les programmes de dépistage du VIH ne pourront que nuire à la santé publique et se traduire par un gaspillage de ressources. Le mieux pour répondre aux besoins de la santé publique et respecter les droits des êtres humains sera d'examiner soigneusement toute la gamme de questions techniques, logistiques, sociales, juridiques et éthiques qui peuvent se poser avant toute décision concernant le lancement d'un programme de dépistage.
3. Le dépistage obligatoire du VIH n'a qu'un rôle très limité dans les programmes de lutte contre le SIDA. Le dépistage obligatoire chez les donneurs est utile pour prévenir la transmission du VIH par le sang, le sperme, ou d'autres cellules, tissus ou organes. Le consentement éclairé des principaux intéressés et l'octroi de conseils judicieux devraient

faire partie de ce dépistage et la confidentialité des données devrait être garantie.

4. Les enquêtes sérologiques aident à clarifier la structure épidémiologique de l'infection à VIH, ce qui est utile si l'on veut pouvoir juger des régions et des groupes qui ont besoin de programmes particuliers d'éducation ou d'autres services de prévention. Ces enquêtes peuvent être menées par des méthodes qui ne menacent pas les droits de l'être humain. Elles peuvent se faire avec le consentement éclairé des intéressés, dûment conseillés, et dans le respect de la confidentialité des données, ou elles peuvent être anonymes (sans enregistrement du nom des sujets, ni d'aucune autre caractéristique particulière qui permettrait de les identifier).
5. La pratique d'examen volontaires de dépistage du VIH peut faire partie des soins médicaux si l'on soupçonne une infection liée au VIH; elle peut également être assurée à titre de service aux individus, en même temps que l'octroi d'une information, d'une éducation, de conseils et d'autres services d'appui, afin de contribuer à faire évoluer les comportements de façon durable. Là encore, il faudrait obtenir le consentement éclairé des intéressés, donner des conseils et garantir la confidentialité des résultats.
6. Les services d'examen volontaire pour la recherche du VIH devraient être largement disponibles dans le cadre des programmes de lutte contre le SIDA et il conviendrait de faciliter l'accès à de tels services.

Allaitement au sein ou avec du lait de femme et VIH

Vu l'importance de l'allaitement au sein ou avec du lait de femme pour la santé du nourrisson et du jeune enfant et devant la prévalence croissante des infections dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans de nombreuses parties du monde, une consultation sur l'allaitement au sein ou au lait de femme et l'infection à VIH a été organisée du 23 au 25 juin 1987 par l'Organisation mondiale de la Santé. Le but était de passer en revue les informations actuellement disponibles sur les rapports possibles entre l'allaitement du nourrisson au sein ou avec du lait de femme et la transmission du VIH et d'identifier les recherches à poursuivre dans ce domaine. Vingt participants venus de 15 pays et appartenant à diverses disciplines (épidémiologie, immunologie, virologie, pédiatrie et nutrition) ont assisté à cette consultation, dont les conclusions vont être résumées ci-après.

Les observations qui ont été faites concernant la transmission du VIH de la mère infectée à son enfant permettent de penser que 25 à 50% des enfants seront contaminés. Le risque de transmission peut dépendre d'un certain nombre de facteurs, parmi lesquels: la date de début de l'infection à VIH chez la mère; l'état de la mère et son système immunitaire; le nombre de couches et les infections intercurrentes.

Le VIH peut être transmis de la mère infectée à son enfant avant, pendant ou tout de suite après l'accouchement. On a signalé que le VIH pouvait être isolé dans le lait de femmes infectées, ce qui semble confirmer l'hypothèse de la transmission du virus au nourrisson par le lait. Pour l'instant, ce risque n'a toutefois pas été défini, mais les informations disponibles donnent à penser que si ce mode de transmission existe effectivement, sa contribution relative à l'infection est sans doute faible par rapport à la transmission *in utero* et *intra partum*. Un nombre appréciable d'enfants nés de mères infectées ont, par exemple, été alimentés au sein sans présenter aucun signe d'infection à VIH. En revanche, on a signalé quelques cas de mères infectées par une transfusion sanguine après l'accouchement et dont les nourrissons ont, à leur tour, contracté l'infection, peut-être parce que leurs mères les nourrissaient. Mais cela ne veut pas nécessairement dire que ce type de transmission existe chez les mères qui ont été infectées par le VIH avant ou pendant la grossesse.

Les avantages de l'alimentation au sein/au lait de femme, sur le plan immunologique, nutritionnel et psychosocial, comme du point de vue de l'espacement des naissances, sont bien connus. Ils sont de plus en plus reflétés dans les politiques nationales et internationales concernant la santé maternelle et infantile.

L'allaitement naturel joue également un rôle important dans la prévention des infections intercurrentes qui pourraient accélérer la progression de la maladie liée au VIH chez des enfants déjà infectés. Dans toutes les politiques concernant la santé et la nutrition, il faudrait donc continuer à insister sur l'importance de l'alimentation au sein ou avec du lait de femme pour la survie et le développement des nourrissons et des jeunes enfants.

De nouvelles recherches épidémiologiques et en laboratoire s'imposent sur les risques de transmission du VIH par le lait de femme et sur les avantages potentiels de ce lait chez des nourrissons exposés au VIH ou déjà infectés.

Entre-temps:

- (a) Il faudrait continuer à encourager, appuyer et protéger l'alimentation au sein dans les pays développés comme dans les pays en développement. Les avantages que présente, d'une façon générale, ce mode d'allaitement sur le plan immunologique, nutritionnel et psychosocial, comme du point de vue de l'espacement des naissances, continuent à être d'importants déterminants de la santé de la mère et de l'enfant.
- (b) Si, pour une raison quelconque, la mère biologique ne peut nourrir son enfant ou si l'on ne peut utiliser son lait et si l'on envisage de recourir à une banque de lait de femme, il faudrait prendre en compte le fait que l'on a signalé avoir isolé le VIH dans le lait de femme. La pasteurisation à 56° C pendant 30 minutes a été estimée suffisante pour inactiver le virus. De nouvelles recherches sur l'efficacité de différentes méthodes de pasteurisation sont néanmoins nécessaires. A titre de précaution supplémentaire, il faudrait envisager de pratiquer le dépistage du virus chez les donneuses de lait (conformément aux critères de l'OMS concernant le dépistage du VIH), en particulier dans les régions à forte prévalence d'infection à VIH. De même, si pour quelque raison que ce soit, la mère biologique ne peut allaiter son enfant ou si l'on ne peut utiliser son lait et si la première solution qui s'impose est de mettre l'enfant en nourrice, il convient de choisir cette nourrice avec le plus grand soin pour éviter toute contamination éventuelle de l'enfant au cas où elle serait porteuse du virus.
- (c) Dans certaines situations, lorsque la mère est considérée comme infectée par le VIH, compte tenu des difficultés inhérentes au dépistage de l'infection chez l'enfant, il conviendrait de mettre en balance les avantages potentiels connus de l'alimentation au sein et le risque supplémentaire théorique, apparemment réduit, de contamination de l'enfant par le lait. Il conviendrait de tenir compte aussi de l'environnement socio-économique et écologique du couple mère-enfant et de la mesure dans laquelle il est possible de recourir, dans de bonnes conditions d'efficacité et de sécurité, à des solutions de rechange. Dans bien des cas, notamment lorsque ces solutions de rechange sont impossibles, l'allaitement par la mère biologique devrait continuer à être le mode d'alimentation par excellence, que la mère soit ou non infectée par le VIH.

Annexe 4

Le VIH et la vaccination systématique des enfants

On s'est posé la question de savoir si les enfants infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) faisant l'objet de vaccinations systématiques risquaient de présenter une réponse immunitaire diminuée et davantage d'effets indésirables ou encore une accélération de l'immunosuppression provoquée par le VIH. D'après les données limitées dont on dispose, il semblerait que les chances de succès de la vaccination soient réduites chez certains sujets infectés par le VIH mais que le risque d'effets indésirables graves reste faible. Le risque théorique d'accélération de l'infection à VIH du fait de l'administration simultanée de plusieurs antigènes n'a pas été attesté par l'observation clinique et reste sans doute négligeable par rapport aux autres sources naturelles de stimulation antigénique.

Une consultation informelle de l'OMS sur le VIH et la vaccination systématique des enfants a eu lieu à Genève les 12 et 13 août 1987; après que l'on eut passé en revue les informations disponibles, les conclusions suivantes ont été tirées:

1. La consultation a approuvé les recommandations du groupe consultatif mondial du Programme élargi de Vaccination réuni en 1986 concernant l'utilisation des antigènes du PEV, selon lesquelles: «Dans les pays où les autorités considèrent que l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine constitue un problème, il faudra procéder à des vaccinations individuelles aux antigènes du PEV selon les principes retenus. Cela vaut également pour les sujets atteints d'une infection asymptomatique. Dans les pays où les maladies cibles du PEV constituent toujours une grave menace, il ne faut pas administrer le BCG aux sujets non immunisés qui présentent un SIDA clinique (symptomatique), mais il faut par contre qu'ils reçoivent les autres vaccins» (voir le tableau ci-après).

Recommandations concernant l'utilisation d'antigènes du PEV chez des sujets infectés par le VIH dans les pays où les maladies cibles du PEV restent d'importantes causes de morbidité

	Vaccin	Asymptomatique	SIDA clinique
Nourrissons	BCG	oui	non
	Diphthérie, tétanos, coqueluche	oui	oui
	Antipoliomyélitique oral	oui	oui
	Antopoliomyélitique inactivé	oui	oui
	Antirougeoleux	oui	oui
Femmes	Antitétanique	oui	oui

2. La consultation a noté, avec le groupe consultatif mondial du PEV, qu'on n'utilise généralement pas de vaccin vivant chez les sujets immuno-déprimés, mais a convenu que, dans les régions où le risque d'exposition à la rougeole et au poliovirus est élevé, les avantages de la vaccination sont largement supérieurs au risque apparemment faible d'effets indésirables liés à ces vaccins, même en présence d'une infection à VIH symptomatique. On peut préférer le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) au vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) pour vacciner les enfants présentant une infection symptomatique qui pourraient être exposés à un risque accru de poliomyélite paralytique associée au VPO.

3. Il a été noté que, malgré un risque théorique indéniable, les données témoignant d'une augmentation du taux de réactions indésirables après la vaccination par le BCG chez les sujets présentant une infection à VIH asymptomatique ne sont pas concluantes. Aussi:

(a) Pour les sujets atteints d'une infection à VIH asymptomatique:

- si le risque de tuberculose est élevé, on recommande l'administration du BCG à la naissance ou dès que possible après la naissance, selon les principes en vigueur pour la vaccination des enfants non infectés par le VIH;
- dans un nombre restreint de régions, où le risque de tuberculose est faible, la vaccination par le BCG est tout de même recommandée à titre systématique mais elle est facultative pour les sujets dont on sait ou l'on soupçonne qu'ils sont infectés par le VIH.

(b) Le BCG ne doit pas être administré aux sujets atteints d'une infection à VIH symptomatique.

4. La consultation a souligné que le PEV recommande de vacciner les enfants aussitôt que possible. Les effets indésirables associés à la vaccination peuvent être réduits au minimum et la réponse immunitaire favorisée par l'administration de vaccins avant le développement de l'immunosuppression due au VIH.

5. La consultation a approuvé l'administration simultanée de plusieurs antigènes tels que le BCG, le DTC, le vaccin antipoliomyélitique et le vaccin antirougeoleux, lorsqu'ils sont indiqués.

6. La consultation a encouragé vivement la poursuite des recherches dans les domaines suivants:

(a) Innocuité des vaccinations chez les enfants infectés par le VIH

- i) surveiller les enfants infectés par le VIH afin de déceler rapidement toute manifestation indésirable de fréquence anormale après la vaccination;
- ii) établir ou modifier les systèmes de surveillance de la population afin de déceler les rares manifestations indésirables graves associées à la vaccination chez les enfants infectés par le VIH;
- iii) comparer la fréquence des manifestations indésirables moins graves survenant chez des enfants infectés après la vaccination.

(b) Histoire naturelle des maladies évitables par la vaccination chez les enfants infectés par le VIH:

- i) déterminer le pourcentage de complications graves des maladies évitables par la vaccination chez les enfants infectés par le VIH dans les établissements de soins et dans la communauté et corrélérer ces complications avec le stade d'infection par le VIH et le degré d'immunosuppression;
- ii) établir ou modifier les systèmes de surveillance de la population afin de déceler les complications graves des maladies évitables par la vaccination chez les enfants infectés par le VIH;
- iii) évaluer le rôle des immunoglobulines dans la protection des enfants infectés par le VIH contre les maladies évitables par la vaccination.

(c) Immunogénicité et efficacité des vaccinations chez les enfants infectés par le VIH:

- i) déterminer la réponse sérologique à la vaccination chez les enfants infectés par le VIH par rapport aux enfants non infectés et corrélérer celle-ci au stade d'infection par le VIH et au degré d'immunosuppression;
- ii) mettre au point des méthodes visant à améliorer la réponse immunitaire des enfants infectés par le VIH si celle-ci s'avère diminuée;
- iii) vérifier la persistance des anticorps suscités par la vaccination;
- iv) assurer le suivi des enfants infectés par le VIH vaccinés et l'évaluation rétrospective des cas de maladies évitables par la vaccination afin de déterminer les taux d'échec de la vaccination chez les enfants infectés par le VIH.

(d) Risques d'activation ou d'accélération de l'infection par le VIH dus à la stimulation antigénique répétée causée par la vaccination, y compris du fait de l'administration simultanée de plusieurs antigènes:

- i) déceler tout risque de réplication accrue du VIH à la suite d'une vaccination chez les enfants infectés par le VIH;
- ii) déceler toute anomalie immunologique faisant suite à la vaccination chez des enfants infectés par le VIH;
- iii) faire des études rétrospectives de la relation entre le nombre total de vaccinations reçues et/ou le nombre d'antigènes reçus simultanément par les enfants infectés par le VIH et l'apparition de l'infection à VIH symptomatique, la progression de la maladie clinique et/ou l'issue fatale de l'infection à VIH. La consultation a estimé que les études prospectives en double aveugle contre placebo, dans lesquelles certains enfants infectés par le VIH ne recevraient pas les vaccinations recommandées, étaient à éviter.

(e) Immunogénicité et efficacité de la vaccination antitétanique chez les femmes enceintes infectées par le VIH pour prévenir le tétanos du nouveau-né.

Les aspects neuropsychiatriques de l'infection à VIH

Chez certains sidéens et sujets présentant un para-SIDA, on a observé d'importants troubles cliniques de type neuropsychiatrique. Dans de nombreux cas, on a établi un lien entre ces troubles et les effets du VIH-1 sur le système nerveux central et le système nerveux périphérique. En conséquence, on s'est préoccupé de savoir si les personnes infectées par le VIH-1 qui sont par ailleurs en bonne santé étaient susceptibles de présenter des déficiences neuropsychiatriques fonctionnelles.

Une consultation de l'OMS sur les aspects neuropsychiatriques de l'infection à VIH a eu lieu du 14 au 17 mars 1988. Les participants à cette consultation ont conclu que:

Actuellement rien n'indique une augmentation des anomalies neuropsychiatriques cliniquement significatives chez les sujets du groupe II ou du groupe III de la classification du CDC d'Atlanta séropositifs pour le VIH-1 (c'est-à-dire asymptomatiques), par comparaison avec les témoins séronégatifs.

Le dépistage sérologique du VIH-1 dans le but de déceler ces insuffisances fonctionnelles chez les sujets asymptomatiques ne se justifie donc pas.

La conclusion la plus importante de ces délibérations est que les gouvernements, les employeurs et le public peuvent être assurés, d'après les données scientifiques dont on dispose, que les sujets infectés par le VIH-1 et par ailleurs en bonne santé ne sont pas plus exposés au risque d'insuffisance neuropsychiatrique fonctionnelle que les personnes non contaminées; d'où l'inutilité du dépistage du VIH-1 comme marqueur de ces déficiences fonctionnelles chez les personnes par ailleurs en bonne santé.

La consultation a formulé des recommandations qui seront réexaminées systématiquement en fonction des nouvelles informations scientifiques communiquées.

Ces recommandations sont les suivantes:

1. L'OMS devrait promouvoir la recherche pour recueillir des informations sur l'histoire naturelle, la pathogenèse, les facteurs de prédiction et les marqueurs éventuels des troubles neuropsychiatriques liés au VIH-1, en s'attachant particulièrement à la démence et autres anomalies neurocomportementales.

2. L'OMS devrait promouvoir l'élaboration et la normalisation d'une méthodologie de recherche, s'agissant plus particulièrement:
 - a) de la définition ou de la création d'une batterie de tests neuropsychologiques standard très larges pour évaluer les anomalies neuropsychiatriques associées au VIH-1, et notamment des instruments ou des méthodes permettant de prévoir les modifications des capacités fonctionnelles ou professionnelles;
 - b) de la mise au point d'une mesure des fonctions neuropsychologiques facile à utiliser et sans spécificité culturelle qui pourrait contribuer à l'obtention de données sur l'ampleur des anomalies neuropsychiatriques liées au VIH-1 dans le monde.
3. L'OMS devrait étudier en priorité un rapport signalant l'apparition évidente en Afrique de troubles psychotiques aigus accompagnés d'une mort rapide sans que se déclare un para-SIDA ou un SIDA, qui seraient une première manifestation possible de l'infection à VIH-1.
4. L'OMS devrait favoriser la sensibilisation des agents de santé au vaste éventail des affections neuropsychiatriques particulièrement associées aux stades avancés de l'infection à VIH-1 et faire en sorte qu'ils sachent, comme il ressort des données disponibles, que les sujets infectés par le VIH-1 et par ailleurs en bonne santé ne sont pas plus exposés au risque de déficiences fonctionnelles que les sujets sains.
5. L'OMS devrait continuer à jouer un rôle actif dans l'échange d'informations sur cette question, en accordant une attention particulière à l'impact des informations nouvelles sur les grands problèmes décrits dans le rapport de la consultation.

Aspects sociaux des programmes de lutte contre le SIDA

Par le biais de son Programme mondial de Lutte contre le SIDA, l'Organisation mondiale de la Santé a collaboré à travers le monde avec les autorités de plus de 100 pays pour la mise au point de programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Si ces programmes nationaux se situent dans des contextes épidémiologiques, sociaux, économiques et politiques notablement différents, ils doivent faire face au même type de problèmes sociaux complexes dans des domaines comme le dépistage, l'emploi, le logement, l'accès aux soins de santé et la scolarisation. Compte tenu de l'expérience acquise jusqu'ici dans l'exécution de ces programmes nationaux ainsi que des connaissances actuelles sur l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et sur le SIDA, l'Organisation mondiale de la Santé désire attirer l'attention sur les aspects sociaux suivants de la lutte contre cette maladie.

1. Les stratégies de lutte contre le SIDA peuvent être appliquées avec efficacité et efficacité et évaluées d'une manière qui protège et respecte les droits de l'homme.

2. Aucun motif de santé publique ne justifie les mesures d'isolement, de quarantaine ou de discrimination prises à l'égard de personnes pour la seule raison qu'elles sont infectées par le VIH ou soupçonnées de l'être. Les modes de transmission du VIH sont limités et consistent presque uniquement en des comportements et actes bien définis qui dépendent de la volonté de chacun. Dans la plupart des cas, la participation active de deux personnes est nécessaire pour qu'il y ait transmission, par exemple lors de rapports sexuels ou d'échanges d'aiguilles ou de seringues contaminées. Toutefois, on peut aussi prévenir la propagation du VIH dans le cadre du système de santé (par exemple en veillant à la sécurité du sang, des produits sanguins, de l'insémination artificielle, des greffes d'organes et en évitant de réutiliser des aiguilles, seringues et autres instruments servant à percer la peau ou à pratiquer d'autres techniques effractives sans les avoir soigneusement stérilisés).

L'infection à VIH ne se transmet pas par simple contact, lors de rapports sociaux normaux à l'école, au travail ou dans les lieux publics; elle n'est pas non plus véhiculée par l'eau ou les aliments, par la vaisselle, la toux ou les éternuements, pas plus que par les insectes, et l'on ne peut pas davantage la contracter dans des toilettes ou une piscine.

Dès lors la stratégie de lutte contre le SIDA doit comporter:

- **une information et une éducation** du grand public, et plus spécialement des personnes que leur comportement rend vulnérables à l'infection à VIH et des personnes infectées par le VIH;
- **le soutien social** aux personnes infectées par le VIH;
- **des mesures assurant la sécurité** du sang et des produits sanguins, des méthodes de percement de la peau et des autres techniques effractives.

Une telle stratégie devra prévoir que toute personne infectée par le VIH ou soupçonnée de l'être reste dans toute la mesure du possible intégrée dans la société et reçoive une aide pour faire preuve du sens des responsabilités qui l'empêchera de transmettre le VIH à d'autres. L'exclusion des personnes infectées par le VIH ou soupçonnées de l'être serait injustifiée du point de vue de la santé publique et compromettrait gravement les mesures d'éducation et autres visant à prévenir la propagation du VIH. En outre, les mesures discriminatoires créent de nouveaux problèmes et font inutilement souffrir ceux qui les subissent. Eviter toute discrimination contre les personnes infectées par le VIH ou soupçonnées de l'être est particulièrement important dans la lutte contre le SIDA car dans le cas contraire, c'est la santé publique elle-même qui risque d'en pâtir.

3. La détection de l'infection à VIH peut se faire à l'occasion d'un examen médical pratiqué sur une personne soupçonnée d'être atteinte d'une maladie due au VIH, lors d'examens volontaires ou de contrôles des donneurs de sang ou en d'autres circonstances. On ne doit chercher à déterminer si un individu est atteint d'une infection à VIH qu'avec le consentement éclairé de l'intéressé, avec les conseils et le soutien social nécessaires, et avec l'assurance de la plus grande discrétion^a.

^a Voir annexe 2, page 32.