

BURKINA FASO

-----  
COMITE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

-----  
LBC-NVK/UNI

# Cahier du participant

**Formation en communication  
et prise en charge des IST/VIH/SIDA**

**Organisateurs (FESBACI) :**

- Comité Pilotage UNI

**Formateur :**

- Cde KABRE Jean-Baptiste

**Juin 2008**

## **Introduction**

Devant les difficultés à appréhender les questions de sexualité et des IST/VIH/SIDA, l'adoption de comportement responsable (agir en toute connaissance de cause) passe par le renforcement des connaissances, des aptitudes et des attitudes des pairs éducateurs chargés de sensibiliser leurs collègues et à les protéger contre la stigmatisation dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.

La session de formation en communication et prise en charge du VIH/SIDA, organisée par la FESBACI au profit des pairs éducateurs en droite ligne dans les mandats définis à chaque comité de lutte contre la pandémie au Burkina Faso, particulièrement les actions inscrites dans l'axe stratégique 1 (prévention de la maladie par l'information).

Le contenu de la formation s'articule autour des principaux thèmes suivants :

- les connaissances de base sur les IST/VIH/SIA ;
- la communication sociale pour la prévention des IST/VIH/SIDA ;
- le conseil – dépistage volontaire du VIH
- la prise en charge psychosociale du VIH/SIDA ;

## **Sommaire de l'activité**

### **Description**

Cette session de formation destinée aux membres affiliés à UNI dans le cadre du projet LBC-NVK / UNI est une formation en communication pour le changement de comportement et la prise en charge psychosociale du VIH/SIDA dans le cadre des activités de prévention du VIH/SIDA et les IST sur les lieux de travail ; elle s'est déroulée le 28 juin 2008 à **Ouagadougou**. La méthode participative a été utilisée tout au long de cette formation à travers de mini exposés, suivis de discussions, d'une séance de projection de film et la démonstration du port de condom.

# **OBJECTIFS DE LA FORMATION**

## **BUT DE LA FORMATION**

Le but de la formation est d'améliorer les connaissances, attitudes et aptitudes des participants en vue de leur contribution à la lutte contre la pandémie du VIH / SIDA.

## **OBJECTIF GENERAL**

L'objectif général de la formation est de renforcer les capacités des affiliés UNI dans le domaine de la communication et de la prise en charge psychosociale des IST/VIH/SIDA.

### **Objectifs d'apprentissage**

1. Connaître les principales infections sexuellement transmissibles y compris le VIH / SIDA ;
2. Décrire l'épidémiologie du VIH dans le monde, en Afrique et au Burkina Faso ;
3. Enumérer les signes ou symptômes cliniques du VIH/SIDA chez l'adulte et l'enfant.

### **Objectifs d'appui spécifiques**

- 1.1 Définir une infection sexuellement transmissible ;
- 1.2 Enumérer les infections sexuellement transmissibles classique ;
- 1.3 Définir le VIH et le SIDA ;
- 1.4 Citer quelques conséquences des IST et du VIH SIDA.
- 2.1 Donner l'origine du virus du VIH/SIDA ;
- 2.2 Décrire l'évolution historique de la pandémie du VIH ;
- 3.1 Définir l'épidémiologie ;
- 3.2 décrire l'évolution de l'infection à VIH dans le monde, en Afrique et au Burkina Faso ;
- 3.3 Donner quelques facteurs favorisant la transmission du VIH et des IST classiques ;
- 4.1 Décrire les signes cliniques de l'infection à VIH de l'adulte ;
- 4.2 Décrire l'évolution et les manifestations cliniques du VIH/SIDA chez l'enfant.

## **Méthode de formation/d'apprentissage**

La formation en communication et prise en charge des IST, VIH et SIDA est destinée à des adultes et devra faire appel à leur participation effective et à l'expérience de tous pour l'atteinte des objectifs fixés. Les méthodes d'animation faisant appel à l'expérience et à l'intérêt des participants seront privilégiées. Témoignages et autres faits vécus seront particulièrement encouragés lors des séances d'animation.

### **EPIDEMIOLOGIE DES IST CLASSIQUES**

■ Trichomonase	- 120 millions
■ Chlamydirose	- 50 millions
■ Verrue génitale	- 30 millions
■ Gonococcie	- 25 millions
■ Syphilis	- 3,5 millions
■ Hépatite B	- 2,5 millions
■ Chancre mou	- 2 millions

#### **1. La syphilis.**

La syphilis se manifeste par un chancre ou ulcération au niveau de la région ano - génitale ou dans la bouche. C'est une plaie propre à base indolore avec des gros ganglions indolores également. La plaie se cicatrise généralement sans traitement au bout d'environ huit semaines. Mais il va apparaître dans la phase secondaire des lésions cutanées et muqueuses.

#### **2. Le chancre mou**

C'est une plaie profonde, douloureuse, sale, siégeant sur les organes génitaux avec un ganglion douloureux qui évolue vers une ulcération.

#### **3. La donovanose**

C'est une plaie unique ou multiple des organes génitaux. Elle est molle, indolore et surélevée, bourgeonnante. Il n'y a pas d'adénopathie.

#### **4. Les végétations (crêtes de coq)**

Ce sont des excroissances en choux-fleurs, indolores des parties anogénitales.

#### **5. l'herpès génital**

- Débute par de petits boutons qui contiennent un liquide clair (vésicule).
- La rupture de ces boutons donne naissance à des plaies superficielles douloureuses.
- Il survient par poussée et les boutons apparaissent toujours au même endroit sur les organes génitaux.

#### **6. La gonococcie**

C'est une maladie urétrale se traduisant par des brûlures à la miction (en urinant) accompagnées d'écoulement de pus blanchâtre (jaunâtre) chez l'homme.

Chez la femme, elle est souvent sans signe d'appel.

#### **7. Les chlamydioses**

Se manifestent par une inflammation de l'urètre accompagnée d'un petit écoulement avec parfois des douleurs à la miction. Chez la femme, les signes sont insidieux, d'où les fréquentes complications.

#### **8. les candidoses urogénitales**

Chez la femme, elles provoquent une vulvo vaginite douloureuse, des brûlures avec pertes abondantes. Chez l'homme, elles peuvent provoquer une inflammation de l'urètre et des plaies superficielles sur le gland.

#### **9. La trichomonase**

Chez la femme, elle se traduit par une inflammation de la vulve et du vagin qui entraîne une dyspareunie, des pertes abondantes, verdâtres et malodorantes. Chez l'homme, c'est une urétrite avec écoulement matinal accompagné de sensations prurigineuses.

## **FACTEURS INFLUENCANT L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES IST.**

### **A/- Facteurs démographiques et sociologiques**

- Explosion démographique et proportion élevée des jeunes adultes ;
- Urbanisation : les taux des IST sont plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural.

### **B/- Comportement sexuel**

- Importance des groupes de « prostituées » ;
- Fréquence de changement de partenaires.

### **C/- Facteurs économiques**

- Appauvrissement et migration ;
- Chômage ;
- Dot élevée ;
- Coût et disponibilité des préservatifs.

### **D/- Facteurs politiques**

- Instabilité politique, guerres, déplacement des populations.

## **COMMENT PEUT-ON SAVOIR QU'ON A UNE MALADIE SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE ?**

### **CHEZ L'HOMME**

- Pus dans le pénis
- Démangeaison
- Douleurs ou brûlures lors de la miction (chaude pisse)
- Boutons sur la verge
- Plaies sur la verge

### **CHEZ LA FEMME**

- Pertes vaginales anormales (quantité, couleur, odeur)
- Démangeaisons
- Douleurs du bas ventre
- Des boutons sur le sexe
- Saignements
- Plaie sur le sexe.

**Mais ces symptômes peuvent être discrets.**

## **NE LES TRAITER PAS A LA LEGERE !**

### **HISTORIQUE DE LA PANDEMIE DU VIH/SIDA**

- **1960** : les premiers cas ont été découverts dans des sérums de malades du Zaïre (Diagnostic rétrospectif) ;
- **1970** : à partir des années 1970, l'infection à VIH aurait évolué à bas bruit jusqu'au milieu des années 1970 ;
- **1976** : le premier isolat du virus a été réalisé ;
- **1981** : « Center of Disease Control (CDC) » d'Atlanta aux Etats-Unis d'Amérique découvre une épidémie de pneumocystis carinii chez les homosexuels ; à partir de cette date, d'autres manifestations de l'infection à VIH sont mises à jour : SARCOME DE KAPOSI dans la même population d'homosexuels, avec un déficit immunitaire associé ; d'où le nom de Syndrome Immuno -Déficient Acquis (SIDA).  
En Europe, des cas de déficit immunitaire sont découverts chez les héroïnomanes ; on découvre l'infection également chez les Haïtiens d'où le nom de maladie des 3 H : Homosexuels, Héroïnomanes, Haïtiens.
- **1983** : le virus est identifié (VIH1) ; par Luc MONTAGNIER (Paris), Robert GALLO (USA).
- **1986** : Découverte du VIH2 par l'équipe de Luc Montagnier
- **1986** : Mise au point du premier anti-rétroviral (ZIDOVUDINE ou l'AZT) utilisé contre le VIH1 et le VIH2  
Puis l'épidémie évolue sur tous les continents, dans toutes les couches de la population, dans tous les pays vers une pandémie : aucun pays, race, sexe ou âge n'échappe à l'épidémie.

**N.B.** l'origine du virus importe peu ; l'essentiel, c'est la mobilisation internationale pour réduire la propagation de l'infection à VIH.

### **MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'INFECTION A VIH**

### **Signes majeurs (critères de Bangui)**

- Amaigrissement > à 10% du poids corporel ;
- Fièvre permanente ;
- Diarrhée chronique de plus d'un mois ;
- Candidose buccopharyngée ;
- Herpès cutané chronique et récidivant ;
- Asthénie prolongée ;
- SARCOME DE KAPOSÍ

### **Signes mineurs (Critères de Bangui)**

- Dermatose généralisée prurigineuse ;
- Zona récidivant ;
- Adénopathie généralisée ;
- Signes neurologiques ;
- Toux ou pneumopathie de plus d'un mois

**N.B.** Selon les critères de Bangui, la présence d'au moins 2 critères majeurs et d'un critère mineur pose le diagnostic clinique de SIDA ; de même la présence d'un syndrome de KAPOSÍ ou d'une méningite à cryptococque prouvée est suffisante.

## **MANIFESTATIONS ET EVOLUTION DE L'INFECTION A VIH CHEZ L'ENFANT**

Chez l'enfant, né de mère séropositive, il n'y a pas de manifestation clinique avant 6 mois ;

On distingue les signes majeurs et les signes mineurs de l'infection à VIH chez l'enfant, à partir de 6 mois.

Le diagnostic d'infection à VIH chez l'enfant n'est possible par la sérologie qu'à partir de 18 mois. Avant cette date les méthodes de diagnostic sont trop coûteuses pour notre pays.

Chez l'enfant l'évolution du VIH/SIDA peut être rapide vers la mort en 3 ans environ (progresses rapides) ; l'évolution dans 85% des cas dans les pays du nord est lente (progresses lents) au-delà de 5 ans. Par contre l'évolution rapide vers le décès survient dans 85% dans les pays en développement.



# **EPIDEMIOLOGIE DU VIH ET SIDA**

## **Clarification des Concepts**

**VIH signifie Virus de l'Immunodéficience Humaine**

**SIDA signifie Syndrome Immunodéficientaire Acquis**

## **Epidémiologie VIH SIDA**

Infection à VIH dans le monde :	42 millions
Infection du VIH en Afrique :	19 millions
Infection à VIH au Burkina Faso :	Prévalence 2% depuis 2004

## **Mode de transmission du VIH**

- voie sexuelle (85%)
- Voie sanguine
- Transmission mère enfant (lors de la grossesse et accouchement, lait maternel)

## **Mode de prévention de l'infection à VIH :**

Abstinence  
Rapports sexuels protégés  
Fidélité réciproque  
Utilisation du préservatif ou condom

## **Facteurs de risque de transmission du VIH**

Comportement sexuel à risque (partenaires multiples, vagabondage sexuel)  
Autres infections sexuelles transmissibles

## **Avantages port du condom**

Protection contre les IST et le VIH/SIDA  
Protection contre les grossesses non désirées ;  
Efficacité.

## CONSEIL DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH/SIDA

### COUNSELING PRE ET POST TEST

- **Evaluation du risque de l'infection à VIH**
  - IST trop fréquentes,
  - IST d'évolution anormale,
  - Consommation de drogues,
  - Non-utilisation du préservatif et comportement sexuel à risque
- **Avant le test**
  - S'assurer de la bonne compréhension de l'autre ;
  - signification d'un test positif et d'un test négatif
  - Implications des résultats du test.

Ce qu'il faut faire :

- S'assurer de la faisabilité du test ;
- Connaître les raisons du test ;
- Assurer la confidentialité ;
- Obtenir un consentement éclairé ;
- s'enquérir de l'existence d'un réseau de soutien et d'aide au PV/VIH

Ce qu'il ne faut pas faire

- Livrer des informations incomplètes ;
- Induire l'angoisse par des attitudes et des propos inadéquats.

### N.B.

#### Principales étapes du conseil pré-test chez la femme enceinte (PTME)

- ◆ Accueil et présentation ;
- ◆ Information sur la grossesse et la TME du VIH ;
- ◆ Evaluation du risque ;
- ◆ Développement d'un plan de réduction du risque ;
- ◆ Test et impact du test ;
- ◆ Questions d'allaitement ;
- ◆ Notion de continuité de PEC (Prise en charge par ARV) ;
- ◆ Consentement éclairé
- ◆ Notion de confidentialité partagée ;
- ◆ Démonstration de l'utilisation des préservatifs masculin et féminin ;

- **Après le test**

Il est obligatoire de donner le résultat du test ; c'est un temps fort dy counseling !

L'annonce est facile si le conseil pré test a été bien mené.  
Un résultat positif provoque presque toujours une situation de crise extériorisée ou non.

En cas de séropositivité, il est important d'aider le consultant à gérer la situation de crise et mieux vivre son nouveau statut :

En cas de séronégativité la personne se sentira soulagée. Le conseiller devra l'aider à préserver son statut sérologique.

Ce qu'il faut faire :

- Maintenir la confidentialité ;
- Reprendre les informations données au pré test ;
- S'assurer d'une compréhension du processus de l'infection à VIH/SIDA ;
- Encourager à une pratique sans risque ;
- maintenir le contact avec le consultant et l'impliquer dans la lutte contre le VIH/SIDA

#### N.B. Conseil post test du couple

- Accueil et préparation à l'annonce du résultat ;
- Annonce individuelle du résultat, puis rapprochement ;
- Le couple concordant séronégatif ;
- Le couple concordant séropositif ;
- Le couple concordant séro- discordant ;
- Soutien psychologique et plan de gestion des réactions du couple ;
- Référence vers réseau de PEC des PV/VIH.

### **PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE DES PV/VIH**

#### Prise en charge psychosociale

- Le soutien psychosocial change avec l'évolution de l'infection à VIH ;
- L'Infection à VIH a un impact économique négatif sur le niveau socio-économique des PV/VIH ;
- Le soutien psychologique commence par la gestion des réactions du client (choc, déni, colère, peur, sentiment de culpabilité, dépression, préoccupations d'ordre spirituel ;
- Le soutien psychosocial : besoins sociaux et psychologiques, élaboration et mise en œuvre de plan d'actions individuelles, soutien

économique, prise en charge à domicile, soutien spirituel et émotionnel, assistance aux orphelins et autres enfants vulnérables, accompagnement en fin de vie.

#### Prise en charge économique, matérielle et financière

- Le SIDA appauvrit par la perte de l'emploi ;
- Il n'y a pas d'assurance maladie et la famille doit assurer la prise en charge : cela appauvrit également la famille ;
- les programmes de soutien économique visent à couvrir les besoins en nourriture, vêtements, médicaments, logement, soins des IO, etc.
- La prise en charge à domicile par les ONG et association peut se faire sous forme de soutien financier, matériel ou même médicamenteux, en complément aux ressources disponibles au niveau des formations sanitaires.