



CANAC
ACIIS

**Prodiguer des soins
aux clients vivant
avec le VIH/sida ou
à risque de
contracter l'infection.**

SALUTATIONS DE L'ACIIS

C'est avec fierté que l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie lance le manuel *Prodiguer des soins aux clients vivant avec le VIH/sida ou à risque de contracter l'infection* à l'intention des infirmières et infirmiers communautaires et en soins actifs à travers le Canada. Des pratiques axées sur l'expérience clinique favorisent l'excellence dans les soins prodigués par le personnel infirmier dans sa pratique journalière. Nous sommes ravis de fournir cette ressource clé.

L'ACIIS voudrait remercier l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario dont les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ont servi de modèle dans

la préparation de ce document. Plus particulièrement, nous voudrions reconnaître la contribution de l'équipe d'infirmières et d'infirmiers qui ont pris le temps d'élaborer ce document. La mise en œuvre réussie de ces lignes directrices requiert un effort concerté de la part des infirmières et infirmiers de première ligne et de leurs collègues de d'autres secteurs, des éducateurs en sciences infirmières et d'administrateurs, tant au niveau académique que de la pratique, et de leurs employeurs. Ces lignes directrices ne pourront être possibles que dans la mesure où le personnel infirmier évolue dans des milieux de travail sains les appuyant dans la mise en place de ces lignes directrices.

TABLE DES MATIÈRES

Comment utiliser ce document	4
Objectif et champ d'application	5
Résumé des recommandations	6
Interprétation des données probantes	11
Membres du groupe d'experts pour l'élaboration des lignes directrices	12
Remerciements aux intervenants	13
Contexte	14
Recommandations en matière de pratiques	16
Évaluation et suivi des lignes directrices	60
Stratégies pour la mise en œuvre	68
Processus de mise à jour ou de révision des lignes directrices	70
Bibliographie	71
Annexe A : Stratégie de recherche pour les données probantes existantes	78
Annexe B : Glossaire	79
Annexe C : Les déterminants sociaux de la santé	83
Annexe D : Interactions médicamenteuses avec le HAART	85
Annexe E : Voies d'élimination des agents antirétroviraux et effets sur le système CYP450	91
Annexe F : Ressources pédagogiques	92

COMMENT UTILISER CE DOCUMENT

Ces lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont conçues afin de présenter un aperçu des compétences requises par une infirmière ou un infirmier qui prodigue des soins à une personne vivant avec le VIH/sida. Elles comprennent : des recommandations en matière de pratiques ainsi qu'un aperçu des ressources nécessaires pour la pratique des soins infirmiers fondée sur l'expérience clinique. Elles se veulent un outil de référence pour le personnel infirmier qui prodigue des soins en sidologie, soit dans un environnement de soins actifs ou dans la communauté. Il est entendu que les infirmières et les infirmiers adopteront ces lignes directrices afin d'améliorer leur prise de décision dans la fourniture de soins aux clients.

Ce ne sont que des lignes directrices. Ce document ne veut en rien remplacer ou supplanter les politiques et les procédures actuelles, mais plutôt les compléter.

Ce document peut s'avérer utile pour les personnes qui participent ou contribuent aux changements en matière de pratiques. Il peut être utilisé dans l'élaboration :

de politiques, de procédures et de protocoles;

de séances de formation;
d'outils d'évaluation, et;
d'outils de documentation.

Les organismes peuvent utiliser ces lignes directrices de plusieurs façons. Notamment :

Dans l'évaluation des pratiques en soins infirmiers actuelles en utilisant les recommandations mentionnées dans ces lignes directrices.

En identifiant les recommandations qui visent des besoins déterminés ou des lacunes au niveau des services.

Dans l'élaboration systématique d'un plan en vue de mettre en place les recommandations en utilisant les outils et les ressources nécessaires.

L'ACIIS voudrait savoir de quelle manière vous avez mis en œuvre ces lignes directrices. Veuillez nous contacter afin de partager vos expériences au www.canac.org.



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

CANAC would like to thank Gilead for their support in the production of these guidelines

PRODIGUER DES SOINS AUX CLIENTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA OU À RISQUE DE CONTRACTER L'INFECTION.
- LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE PRATIQUES EXEMPLAIRES -

OBJECTIF ET CHAMP D'APPLICATION

Les pratiques exemplaires sont de nouvelles lignes directrices tirées de perspectives d'experts, de groupes de discussion entre clients et étayées par des données probantes indiquées dans la documentation sur les méthodes et les éléments de pratique procurant les meilleurs résultats dans la fourniture de soins aux clients. Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont une méthode reconnue de fournir des preuves actuelles aux infirmières et infirmiers afin de les guider dans leur pratique. Ces lignes directrices résument les données probantes et recommandent des pratiques exemplaires fondées sur l'expérience clinique. Elles offrent au personnel infirmier une source fiable de renseignements les aidant dans sa prise de décision en matière de pratique clinique.

Ces lignes directrices sont axées sur les recommandations destinées à tout enfant, adulte, et personne âgée vivant avec le VIH/sida. Une attention plus particulière sera donnée aux populations cibles. Les questions cliniques abordées dans ces lignes directrices comprennent notamment :

1. Que doivent savoir les infirmières et les infirmiers afin d'effectuer une évaluation appropriée de la condition des clients vivant avec le VIH/sida et qui se présentent à leur pratique?
2. Que doivent savoir les infirmières et infirmiers en matière de sidologie?
3. Quel est le rôle de l'infirmière/l'infirmier dans le traitement et les soins des clients vivant avec le VIH/sida?
4. Comment les infirmières et infirmiers offrent leur appui aux personnes vivant avec le VIH/sida qui se présentent pour obtenir des soins?

L'objectif de ce document est de procurer aux infirmières et infirmiers des recommandations fondées sur les meilleures données probantes disponibles dans la fourniture de soins aux clients vivant avec le VIH/sida. Le document comprend des recommandations qui abordent l'évaluation, l'élaboration d'un plan de traitement axé sur la collaboration, la promotion de la santé et un suivi continu. Ces recommandations sont conçues pour les infirmières et infirmiers autorisés, le personnel infirmier de pratique avancée et les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés. Le document est destiné aux infirmières et infirmiers qui ne sont pas nécessairement des spécialistes dans le domaine de la sidologie et qui évoluent dans une gamme variée de contextes de pratique, notamment les dépendances, les institutions carcérales, les soins actifs, les soins communautaires, la santé mentale, la maternité et la pédiatrie.

Il est entendu que les infirmières et les infirmiers ne vont effectuer que les aspects de l'évaluation et de l'intervention pour lesquels ils ont acquis les compétences nécessaires, soit par une formation académique ou par de l'expérience professionnelle connexe. Il est également entendu qu'ils veilleront à obtenir le soutien et l'éducation adéquats dans les cas où les besoins en soins infirmiers du client dépassent leur capacité à agir seuls.

Il est convenu que les infirmières et infirmiers n'agissent pas seuls en fournissant des soins en sidologie à leurs clients, mais que la fourniture de soins dépend d'une méthode interdisciplinaire et coordonnée qui intègre la communication entre les professionnels de la santé, les clients et leur famille et/ou leurs aidants.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Recommandations en matière de pratiques

RECOMMANDATIONS

**TYPE DE DONNÉES PROBANTES

- | | |
|--|-------|
| 1 Les infirmières et les infirmiers intègrent quotidiennement les compétences et les connaissances spécifiques à l'infection par le VIH sida dans leur pratique journalière. | IV |
| a) Les infirmières et les infirmiers intègrent les connaissances de santé maternelle et infantile, de soins aux personnes âgées et aux toxicomanes, de la réduction des méfaits et des répercussions des stigmates. | IV |
| 2 Les infirmières et les infirmiers ont connaissance de l'effet des déterminants sociaux sur la santé des personnes vivant avec le VIH/sida. | 1b-IV |
| a) Les infirmières et les infirmiers étudient les besoins holistiques de leurs patients lorsqu'ils prodiguent des soins.. | IV |
| 3 Les infirmières et les infirmiers exercent leur profession consciemment afin de garder à l'esprit en tout temps leurs propres perceptions, attitudes et préjugés, valeurs et croyances actuels et en évolution lorsqu'elles/ils travaillent avec des patients infectés par le VIH. | IV |
| a) Les infirmières et les infirmiers prodiguent des soins conformément aux principes de sécurisation culturelle. | IV |
| 4 Les infirmières et les infirmiers informent régulièrement leurs patients sur les options de traitement qui existent pour l'infection par le VIH. | IV |
| a) Les infirmières et les infirmiers renseignent leurs patients sur le potentiel d'effets secondaires, l'importance de l'observance thérapeutique et la gestion de prise de médicaments. | 1a-IV |
| b) Les infirmières et les infirmiers s'assurent que leurs patients sont jumelés avec un spécialiste en soins primaires qui peut leur administrer le traitement. | IV |

PRODIGUER DES SOINS AUX CLIENTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA OU À RISQUE DE CONTRACTER L'INFECTION.
- LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE PRATIQUES EXEMPLAIRES -

RECOMMANDATIONS****TYPE DE DONNÉES PROBANTES**

5 Les infirmières et les infirmiers ont une bonne compréhension de l'efficacité du traitement antirétroviral hautement actif (HAART) dans le traitement de l'infection par le VIH.	IV
a) Les infirmières et les infirmiers connaissent bien les effets secondaires et les interactions médicamenteuses liés à la multithérapie antirétrovirale.	1b-IV
b) Les infirmières et les infirmiers comprennent l'importance de l'observance thérapeutique pour minimiser la résistance et sont familiers avec les stratégies à utiliser dans le but de soutenir celle-ci chez leurs patients.	1b-IV
6 Les infirmières et les infirmiers connaissent bien les infections opportunistes courantes contractées à la suite d'un compte des CD4 en baisse et d'un diagnostic de sida.	IV
a) Les infirmières et les infirmiers connaissent bien les options de traitement des diverses infections opportunistes.	1b-IV
7 Les infirmières et les infirmiers savent interpréter les tests de laboratoire spécifiques au diagnostic du sida, notamment le compte des CD4, le pourcentage des CD4 et la charge virale plasmatique.	IV
8 Les infirmières et les infirmiers savent interpréter les tests diagnostiques des anticorps du VIH et fournir des soins éclairés aux personnes qui se présentent au test de dépistage du VIH.	IV
9 Les infirmières et les infirmiers connaissent bien le processus de test de dépistage pour le VIH.	IV
a) Les infirmières et les infirmiers comprennent les facteurs qui rendent les personnes vulnérables à l'infection par le VIH.	IV
b) Les infirmières et les infirmiers comprennent comment offrir le test de dépistage du VIH aux clients vulnérables	IV
c) Les infirmières et les infirmiers comprennent le processus de fournir le test de dépistage du VIH, soit Elisa (test de labo) ou le test dans les points de service.	IV

RECOMMANDATIONS****TYPE DE DONNÉES PROBANTES**

10 Les infirmières et les infirmiers comprennent l'importance de la consultation pour les patients avant et après le test de dépistage du VIH.	IV IV
a) Les infirmières et les infirmiers peuvent expliquer la différence entre les tests nominatifs, non nominatifs et anonymes.	IV
b) Les infirmières et les infirmiers peuvent soutenir leurs clients lors du processus de notification aux partenaires.	IV
c) Les infirmières et les infirmiers soutiennent leurs clients afin que ceux-ci obtiennent un suivi adéquat, y compris des orientations vers des groupes de soutien et des soins primaires.	
11 Les infirmières et les infirmiers identifieront les clients à risque de contracter le VIH et offriront de l'éducation préventive.	IV 1b-IV
a) Les infirmières et les infirmiers incorporeront les principes de réduction des méfaits pour les soins des clients vulnérables.	1b-IV
b) Les infirmières et les infirmiers devront être en mesure d'identifier le genre, l'ethnicité, le style de vie et les problèmes socio-économiques qui exposent les clients au risque d'infection au VIH.	
12 Les infirmières et les infirmiers doivent savoir comment prévenir la transmission verticale pour les femmes enceintes séropositives.	IV
a) Les infirmières et les infirmiers doivent connaître les options antirétrovirales qui sont utilisées au cours de la grossesse et en phase de travail.	IV
b) Les infirmières et les infirmiers connaissent les problèmes auxquels cette population souvent marginalisée est confrontée et comment aider ces femmes tout au long de leur grossesse.	1a-III

RECOMMANDATIONS****TYPE DE DONNÉES PROBANTES****RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE FORMATION**

- 13 Les infirmières et les infirmiers comprennent que ce ne sont pas toutes les collectivités autochtones qui sont prêtes à faire face aux problèmes relatifs au VIH et qu'il est nécessaire de favoriser une prise de conscience et une préparation relatives au VIH dans les collectivités autochtones. IV
- a) Les infirmières et les infirmiers fourniront des soins de fin de vie de qualité aux patients qui luttent contre des cancers en phase terminale ou des maladies irréversibles liées au sida.
- 14 Les écoles de sciences infirmières intégreront les principes de soins en sidologie dans le programme d'études du premier cycle IV
- a) Le programme d'études du premier cycle devra intégrer une formation et une pratique fondées sur les données probantes dans le domaine des soins en sidologie. IV
- 15 Les infirmières et les infirmiers devront incorporer leurs connaissances en sidologie dans leur pratique journalière et leur formation continue. IV
- 16 Les infirmières et les infirmiers qui travaillent dans le domaine du VIH sida ont accès à une formation formelle et à l'éducation afin d'acquérir les compétences dans la pratique et les normes relatives à la pratique des soins en sidologie. IV

RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'ORGANISMES ET DE POLITIQUES

- 17 Les infirmières et les infirmiers militent auprès des responsables politiques pour obtenir un meilleur accès aux soins en sidologie et aux modalités de traitement, y compris le traitement antirétroviral hautement actif (HAART), dans le cadre de soins primaires holistiques pour toutes les populations. IV
- 18 Les organismes de santé ont des politiques qui reflètent les approches uniformes de gestion des clients vivant avec le VIH/sida dans tous les établissements, y compris une coordination parfaite des transferts et des congés entre établissements pour les clients vivant avec le VIH/sida. IV

RECOMMANDATION****TYPE OF EVIDENCE**

-
- 19 Les organismes de soins de santé fournissent des mécanismes de soutien pour les infirmières et les infirmiers par l'intermédiaire de programmes d'orientation et de perfectionnement professionnel continu relatif aux soins et aux options de traitement pour le VIH/sida. IV
- 20 Des lignes directrices en matière de pratiques infirmières exemplaires ne peuvent être mises en œuvre avec succès qu'avec la planification, les ressources, le soutien organisationnel et administratif adéquats ainsi que les mesures appropriées. Les organismes peuvent élaborer un plan de mise en place comprenant les éléments suivants : IV
- Une évaluation du niveau de préparation de l'organisation et les obstacles relatifs à l'implémentation.
 - L'engagement de tous les membres (que ce soit pour un soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en place.
 - Le dévouement d'une personne qualifiée qui fournira le soutien nécessaire pour la formation et le processus de mise en place.
 - Possibilités continues de formation et de dialogue afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.
 - Possibilités de réflexion sur les expériences personnelles et organisationnelles dans la mise en place des lignes directrices.

INTERPRÉTATION DES DONNÉES PROBANTES

TYPES DE DONNÉES PROBANTES

- 1a Données probantes obtenues de la méta-analyse ou de l'examen systématique d'essais contrôlés aléatoires.
- 1b Données probantes obtenues par au moins un essai contrôlé aléatoire.
- IIa Données probantes obtenues par au moins une étude contrôlée bien conçue sans essai aléatoire.
- IIb Données probantes obtenues par au moins un autre type d'étude quasi expérimentale, sans essai aléatoire.
- III Données probantes obtenues par des études descriptives non expérimentales bien conçues, telles que des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas.
- IV Données probantes obtenues par des rapports de comités de spécialistes ou des opinions exprimées et/ou des expériences effectuées par des sommités dans le domaine.

Les données probantes appuyant les soins en sidologie des clients vivant avec le VIH/sida sont organisées en respectant le type de données probantes plutôt que le niveau des éléments probants. L'essai contrôlé aléatoire est traditionnellement considéré comme la méthode « de premier choix » en matière de données probantes utilisé comme référence en pratique clinique. Par conséquent, les essais contrôlés aléatoires sont devenus la référence dans l'élaboration de l'échelle des niveaux de données probantes contre lesquels toutes les autres manières d'obtenir des connaissances sont considérées moindres. Toutefois, des façons alternatives et multiples de savoir et de comprendre un phénomène sont couramment reconnues et appréciées. Des enquêtes qualitatives, des perspectives émiques d'une culture, de l'expertise clinique, des pratiques prometteuses et les connaissances des clients, contribuent toutes aux données probantes, ce qui signifie prodiguer des soins sécuritaires pour les clients vivant avec le VIH/sida. Ainsi, les types de données probantes fournissent des orientations en matière de pratiques.

MEMBRES DU GROUPE D'EXPERTS POUR L'ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES

Jane McCall, inf. aut., MSN

Chef de projet
Éducatrice en sciences infirmières, programme
en sidologie, St. Paul's Hospital,
Providence Health Care, Vancouver, C.-B.

Misty Bath, inf. aut., B.Sc.inf., M.ScPH

Éducatrice sur le VIH/sida, Régie de la santé
Vancouver Coastal
Vancouver, C.-B.

J. Craig Phillips, PhD, LLM, inf. aut., ARNP (É.-U.), PMHCNS-BC, ACRN

Professeur agrégé à l'école de sciences infirmières,
Université de la C.-B.
Vancouver, C.-B.

Monica Kumar, BSN, RN

Staff nurse, St. Paul's Emergency,
Providence Health Care
Vancouver, C.-B.

Katie Connolly, inf. aut.

Registered Nurse, Programmes communautaires,
Casey House Hospice
Toronto, ON

Daphne Spencer, inf. aut.

Division of STI/HIV Prevention and Control BC
Centre for Disease Control
Vancouver, C.-B.

Julie Kille MSN, inf. aut.

Operations Leader, HIV Program
St. Paul's Hospital, Providence Health Care
Vancouver, C.-B.

Sarah Payne MA, inf. aut.

Infirmière-clinicienne spécialisée

Denise Thomas B.Sc.inf., inf. aut.

Coordonnatrice sur les programmes du VIH/sida
et les ITSS, Santé des Premières nations et des
Inuits, Santé Canada

Sarah Callahan, B.éd

Éducatrice, Chee Mamuk
British Columbia Centre for Disease Control
Vancouver, C.-B.

Kent Desrochers, BSN, RN

Éducateur en sciences infirmières, Programme de
santé mentale, Providence Health Care
Vancouver, C.-B.

Melanie Rivers, B.A

Program Manager, Chee Mamuk
BC Centre for Disease Control
Vancouver, C.-B.

FOMATTING

Scott Harrison RN BScN MA

Director, HIV/AIDS & Urban Health
Providence Health Care
President, CANAC/ACIIS

REMERCIEMENTS AUX INTERVENANTS

Les intervenants représentant différentes perspectives ont été approchés pour offrir leurs commentaires. L'ACIIS tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à l'examen de ces lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Jane Marsden

Coordonnatrice des communications

Positive Women's Network,
Vancouver, C.-B.

R.Paul Kerston

Coordonnateur de programme et traitement communautaire, engagement et représentation communautaires

Positive Living Society of BC, Vancouver, C.-B.

J.Craig Phillips, Ph. D. Inf. aut., ARNP (É.-U.), PMHCNS-BC ACRN

Directeur par mandat spécial Association of Nurses in AIDS Care, Akron, Ohio

Elena Kanigan BA BSS

Directrice de projet VIH/sida,
First Nations Health Council, Vancouver, C.-B.

Bronwyn Barrett MSS RSS

Coordonnatrice du programme de soutien
Positive Women's Network, Vancouver, C.-B.

Melisa Dickie

Directrice, Publications sur la santé
Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE),
Toronto, ON

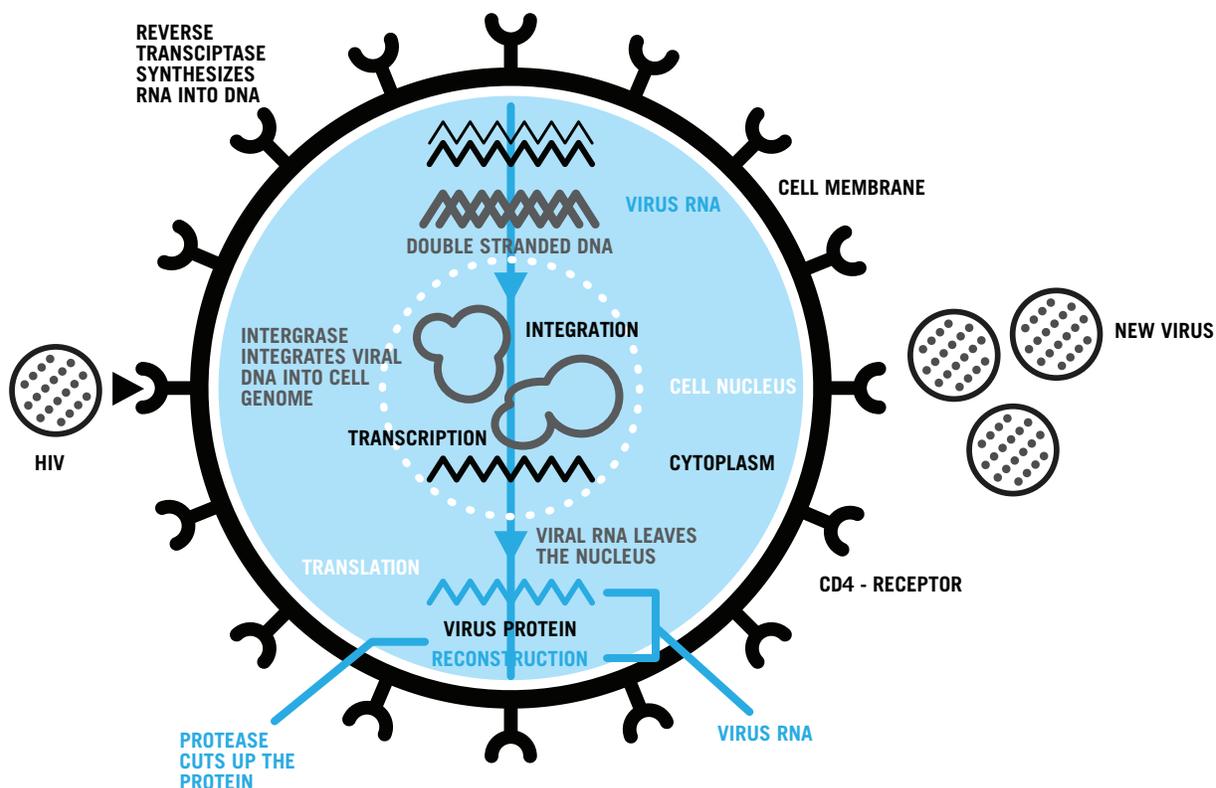
Sean Hosein

Rédacteur scientifique et médical,
CATIE, Toronto, ON

Tim Rogers

Directeur de l'application des connaissances
Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE),
Toronto, ON

CONTEXTE



Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un organisme transmissible qui infecte un hôte humain par des cellules T suppressives. L'infection mène progressivement au déclin des fonctions immunitaires, et par la suite à une condition d'immunodéficience. En raison d'un système immunitaire déficient, les personnes infectées par le VIH deviennent vulnérables et peuvent contracter une variété d'infections opportunistes, maladies qui définissent le sida. Si un individu infecté ne reçoit pas de traitement, l'infection au VIH conduira inévitablement au décès.

Le VIH est un rétrovirus. C'est un virus à ARN qui a la capacité de transformer son ARN en ADN durant le processus de répllication. Étant donné sa répllication rapide, c'est un virus très changeant expliquant de ce fait l'une des raisons pour lesquelles il est difficile de développer un vaccin. Les rétrovirus sont très fragiles et ne survivent pas à l'extérieur de l'environnement de la cellule hôte.

Le VIH entre dans la cellule T suppressive en s'attachant à un site récepteur de la membrane cellulaire, connu sous le nom de récepteur CD4. Les ARN sont alors relâchés dans le cytoplasme de la cellule T suppressive et avec l'aide d'une enzyme appelée transcriptase inverse, convertissent l'ARN en ADN. L'ADN est alors intégré dans le génome de la cellule T suppressive grâce à une enzyme appelée intégrase. L'ADN du VIH essentiellement s'approprie le mécanisme reproducteur des cellules T suppressives avec de nouvelles cellules produisant ainsi de nouvelles copies de l'ARN du VIH. La protéinase, est une autre enzyme qui contribue à assembler les nouveaux brins d'ARN en nouvelles particules virales, lesquelles sont libérées des cellules T suppressives et vont infecter d'autres cellules T suppressives.

L'histoire naturelle de l'infection d'un hôte humain au VIH prend généralement de 8 à 10 ans. Lorsqu'un individu est infecté par le VIH, il aura une réponse virémique. Au début, cette personne aura un niveau

élevé de virus en circulation. Le nombre de cellules T suppressives (ou la numération des CD4) baissera en raison de cette virémie, mais étant donné la réponse des anticorps chez l'être humain, la virémie sera contrôlée, le nombre de virus ou la charge virale diminuera et le nombre de cellules T suppressives se maintiendra près du niveau initial. Durant les prochains huit à dix ans,

le virus et le système immunitaire essaieront d'avoir le dessus. Compte tenu de la destruction directe des cellules T suppressives par le virus et de la réaction inflammatoire chronique résultant de l'infection chronique par le VIH, le système immunitaire s'affaiblira et la personne infectée aura éventuellement un système immunitaire déficient. À ce moment-là, la personne sera sujette à contracter des maladies opportunistes, également appelées la phase symptomatique du sida.

Trois tests liés au VIH sont systématiquement donnés aux patients vivant avec le VIH. La numération des CD4 ou le nombre de cellules T suppressives évaluera l'état du système immunitaire. La valeur initiale des CD4 se situe entre 410-1330/uL. De plus, le nombre absolu des CD4, le pourcentage des CD4 est également donné. Un nombre normal des CD4 est de 27 à 60 %. Plus l'infection par le VIH progresse, plus le nombre des CD4 baisse de façon continue. Un patient est considéré avoir un système immunitaire déficient, lorsque le nombre des CD4 se situe sous les 200 et que le pourcentage des CD4 est de moins de 15 %. La charge virale plasmatique sert à évaluer la virémie plasmatique chez un patient infecté par le VIH. Il s'agit de <40 copies/ml, un nombre entre 40 et 10 000 000 ou > 10 000 000. Généralement, après une virémie initiale et une charge virale plasmatique élevée, cette dernière demeure relativement contenue jusqu'à ce que le patient se retrouve avec un système immunitaire déficient, moment où la charge virale plasmatique croît de nouveau.

Le VIH se transmet principalement au contact entre être humain par le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et par le lait maternel. Il peut aussi se transmettre par les exsudats inflammatoires, le LCR, les liquides amniotique, pleural, péricardique, péritonéal, et synovial. La pénétration vaginale et anale,

le partage de seringues, les transfusions sanguines, la transmission de mère à enfant pendant et après l'accouchement et l'allaitement sont les voies les plus répandues de transmission du virus.

Au Canada, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes font partie de la population la plus à risque de contracter le VIH. En 2005, cette population comptait 45 % des cas de nouvelles infections au Canada. Au sein d'une population non endémique, on relevait 21 % de nouvelles infections chez les hétérosexuels.

Toujours chez les hétérosexuels, mais pour une population endémique, on comptait 16 % de nouvelles infections. Les populations endémiques sont définies comme étant des groupes de personnes provenant de pays où le VIH est endémique. Les utilisateurs de drogues injectables comptent pour environ 14 % des nouvelles infections en 2005.

Les membres des Premières nations, qui forment environ 3 % de la population canadienne, comptent pour plus de 27 % des nouvelles infections en 2005. Le plus inquiétant, environ 27 % des personnes infectées par le VIH ne connaissent pas leur état (Agence de la santé publique du Canada, 2007).

Les infirmières et les infirmiers ne peuvent pas penser au VIH/sida sans traiter un vaste éventail de questions socio-économiques. L'infection par le VIH n'arrive pas seule. Les personnes aux prises avec le VIH ont bien souvent d'autres problèmes concomitants, notamment de santé mentale, de dépendance, de pauvreté et de marginalisation. Les personnes vivant avec le VIH sont fréquemment stigmatisées, autant par leur diagnostic du VIH que par les autres problèmes auxquels elles font face. Il est important pour les infirmières et les infirmiers de tenir compte de la vaste gamme de problèmes auxquels sont confrontés leurs clients infectés par le VIH et de veiller à les traiter de manière holistique.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS INTÈGRENT QUOTIDIENNEMENT LES COMPÉTENCES ET LES CONNAISSANCES SPÉCIFIQUES À L'INFECTION PAR LE VIH/SIDA DANS LEUR PRATIQUE JOURNALIÈRE.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Exception faite de programmes spécialisés disséminés dans le pays, les clients séropositifs sont généralement soignés dans le cadre d'un programme médical général. Celui-ci a peu d'égards pour les besoins spécifiques de cette population. Il est essentiel pour les infirmières et infirmiers de posséder les compétences et les connaissances nécessaires pour soigner les patients vivant avec le VIH.

Les infirmières et les infirmiers doivent savoir évaluer le risque d'infection par le VIH de tous leurs clients. De nombreux patients séropositifs sont diagnostiqués très tard, ce qui peut avoir des conséquences potentiellement négatives sur leur réaction au traitement. Il est important que le personnel infirmier soit capable de déterminer les facteurs de risque spécifiques qui exposent les personnes au risque d'infection et qu'il soit habilité à intervenir au nom de leur client pour garantir que ceux-ci obtiennent le test de dépistage.

En ce qui concerne les clients qui présentent l'infection par le VIH, le personnel infirmier doit pouvoir évaluer les signes d'organismes immunocompromis, notamment par des analyses sanguines de référence. Il doit aussi pouvoir déterminer l'état du client, par exemple si celui-ci suit un traitement ou non, et s'il a accès à un suivi de soins primaires.

PRATIQUES CLÉS

Exécuter une évaluation infirmière complète des clients qui vivent avec le VIH ou qui sont exposés au risque d'infection.

- Examen physique de tous les systèmes de l'organisme pour des signes :
 - d'un organisme immunocompromis
 - de maladies définissant le sida
 - de maladies indicatrices telles que la candidose buccale, le zona ou la candidose vaginale
- Évaluation de référence comprenant :
 - utilisation de drogues illicites/d'alcool/de tabac
 - antécédents de santé mentale
 - suivi de soins primaires
 - analyse sanguine de référence comprenant des CD4, le pourcentage de CD4 et la charge virale plasmatique
 - comportements à risque tels que l'injection non sécuritaire de drogues et rapport sexuel non protégé
- Fiche pharmaceutique complète :
 - comprenant une liste des médicaments d'ordonnance, de médicaments en vente libre, de suppléments à base de plantes médicinales, etc.
 - si le patient prend des médicaments supplémentaires, l'infirmière/l'infirmier indiquera le dosage
 - allergies aux médicaments

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Natalie, une femme hétérosexuelle de 33 ans, arrive à votre clinique pour consulter à propos d'une infection vaginale aux levures à répétition. Elle vous dit qu'au cours des derniers mois, elle a plusieurs fois acheté un médicament antifongique en vente libre, mais « cela revient à chaque fois ».

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière/l'infirmier sait qu'une infection vaginale à répétition est une maladie indicatrice des femmes qui vivent avec l'infection par le VIH. L'infirmière/l'infirmier se rend compte que Natalie n'a probablement pas envisagé la probabilité d'être infectée par le VIH.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier a une discussion ouverte avec Natalie afin d'évaluer ses facteurs de risque d'infection par le VIH. Après lui avoir expliqué avec tact pourquoi ses facteurs de risque sont préoccupants, l'infirmière/l'infirmier offre un test de dépistage du VIH pour Natalie.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS INTÈGRENT LES CONNAISSANCES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE, DE SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES ET AUX TOXICOMANES, DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS ET DES RÉPERCUSSIONS DES STIGMATES.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Les femmes en âge de procréer forment la plus grande partie des femmes vivant avec le VIH au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2007). Elles ont certains besoins axés sur la grossesse et l'allaitement qui doivent être pris en considération (McCall, Vicol et Tsang, 2009). Les enfants séropositifs forment une relativement petite population au Canada, mais ils ont des besoins spéciaux en matière de multithérapie antirétrovirale et de croissance qui exigent des soins infirmiers spécialisés.

À l'aide de la multithérapie antirétrovirale, les clients séropositifs vivent plus longtemps; les questions du vieillissement deviennent donc une préoccupation montante. Les infirmières et les infirmiers doivent intégrer les questions du vieillissement dans leurs soins des clients vivant avec le VIH.

De nombreuses personnes vivant avec le VIH ont des problèmes de dépendance, que ce soit à la nicotine, à l'alcool ou aux drogues illicites. La stratégie de réduction des méfaits représente une composante importante des soins en sidologie. Les infirmières et les infirmiers doivent automatiquement évaluer leurs clients à la lumière de leur utilisation de substances et discuter avec eux de stratégies de réduction des méfaits adéquates et de services auxquels ils peuvent avoir accès.

Les stigmates sont des préoccupations bien réelles pour de nombreuses personnes vivant avec l'infection par le VIH. Les infirmières et les infirmiers doivent faire preuve de sensibilité par rapport aux stigmates dont de nombreuses personnes vivant avec le VIH sont victimes et planifier leurs interventions en conséquence.

PRATIQUES CLÉS

Soigner des populations spécifiques qui vivent avec le VIH.

L'infirmière/l'infirmier, en collaboration avec le système de santé :

- réfléchira sur ses propres valeurs et croyances.
- comprendra la perspective de ses clients.
- comprendra l'effet de la grossesse et de l'allaitement sur les femmes séropositives.
- soutiendra la femme en collaborant avec les agences de protection de l'enfance, le cas échéant.
- comprendra les systèmes de soutien du client.
- comprendra les implications du processus de vieillissement sur le traitement et les soins des clients séropositifs.
- apportera son appui au client qui utilise activement des substances, en particulier des drogues illicites.
- fournira des renseignements sur les stratégies de réduction des méfaits et aidera le client à effectuer des choix pertinents.
- fournira un appui continu par renforcement positif.
- s'assurera que les processus sont en place pour le suivi, par exemple au niveau des soins primaires et de l'appui du système de santé publique.
- veillera à ce que les clients aient accès aux services de soutien.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Un patient autochtone de 34 ans est admis dans l'unité médicale. Il est atteint de cellulite liée à des injections non sécuritaires. Il doit être traité aux antibiotiques IV. Il dit à l'infirmière/à l'infirmier responsable de l'admission qu'il a une infection par le VIH et par l'hépatite C. Il ne connaît pas son état immunologique, car il n'a pas vu de médecin de famille depuis plus de 2 ans.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière/l'infirmier sait que s'il a de la cellulite, il n'a probablement pas suivi des pratiques visant à la réduction des méfaits. Elle/il sait aussi que les infections liées aux injections sont fortement associées à un diagnostic de VIH. Elle/il se préoccupe que le patient n'a pas de suivi de soins primaires, sans lesquels il ne peut gérer ses infections au VIH et à l'hépatite C.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier explore avec le patient les stratégies de réduction des méfaits qu'il peut adopter afin d'éviter de contracter des infections à cause des injections. Elle/il lui rappelle l'importance de badigeonner d'alcool la surface de l'injection avant, parce qu'elle/il sait que cette stratégie de base réduit le potentiel d'infection. Avant sa sortie de l'hôpital, le personnel infirmier assure la liaison entre l'équipe médicale et le travailleur social en vue de mettre le patient en rapport avec un médecin de famille.

PRODIGUER DES SOINS AUX CLIENTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA OU À RISQUE DE CONTRACTER L'INFECTION.

- LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE PRATIQUES EXEMPLAIRES -

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS ONT CONNAISSANCE DE L'EFFET DES DÉTERMINANTS SOCIAUX SUR LA SANTÉ DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Pour reconnaître l'effet puissant des déterminants sociaux de la santé lorsque les politiques de santé sont mises en place, la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été créée en 2005 afin :

1) de soutenir des changements en matière de politiques dans les pays en faisant la promotion de modèles et de pratiques qui traitent de la CDSS avec efficacité; 2) de soutenir les pays en plaçant la santé comme objectif partagé auquel contribuent de nombreux départements gouvernementaux et secteurs de la société; 3) d'aider à former un mouvement mondial appuyant l'action pour l'équité au niveau de la santé et des déterminants sociaux, liant les gouvernements, les organismes internationaux, les institutions de recherche, la société et les communautés (Agence de santé publique du Canada, 2006).

Lorsque les infirmières et les infirmiers soignent les personnes qui vivent avec ou sont à risque d'infection par le VIH, elles/ils voient l'effet des déterminants sociaux sur la santé et le bien-être du client tous les jours. Il faut que les évaluations et les interventions infirmières tiennent compte des facteurs contextuels qui influencent la santé du client, notamment : le logement, l'éducation de la petite enfance, l'éducation, les revenus, l'emploi et la sécurité d'emploi, les conditions de travail, la sécurité alimentaire et la politique sociale; ces facteurs contribuent tous à l'inclusion sociale (Santé Canada, 2003). La bonne santé et le bien-être permettent à la personne de participer pleinement à la société.

Il existe une mine d'études faisant le lien entre les circonstances économiques défavorables et l'infection par le VIH (Ziegler et Krieger, 1997; Wood et coll., 2002; Williams, 1990; Tramarin, Campostrini, Tolley et De Lalla, 1997; Schecter et coll., 1994). Les personnes vivant avec le VIH sont beaucoup plus susceptibles d'être pauvres, toxicomanes, en logement précaire et bénéficiant de peu d'appui social. En outre, ils ont tendance à appartenir à des groupes déjà marginalisés en raison de leur style de vie ou de leur ethnicité. Une infection par le VIH est un défi à gérer même pour les personnes ayant une vie stable. Pour la plupart des gens vivant avec le VIH, les défis de la vie quotidienne peuvent paraître plus importants que les demandes de faire face à leur infection (McCall, Browne et Kirkham Reimer, 2009).

Les éléments probants indiquent que les infirmières et les infirmiers doivent avoir les connaissances et les compétences de gérer toutes les questions qui favorisent la santé. Elles/ils doivent comprendre comment les déterminants sociaux influent la santé et le bien-être des personnes et posséder les compétences leur permettant de se faire les porte-parole de pratiques et d'approches axées sur l'équité.

PRATIQUES CLÉS

Questions à étudier concernant les déterminants de la santé lors de l'évaluation d'un(e) client(e) :

- A-t-il/elle accès aux soins de santé?
- Quel est son état de santé?
- A-t-il/elle un logement stable?
- A-t-il/elle accès à de la nourriture?
- A-t-il/elle un revenu suffisant?
- Qu'est-ce qui contribue à son stress?
- Y a-t-il un soutien social en matière de santé dans sa vie?
- Considérations concernant les premières années de sa vie : Quels facteurs ont influencé son début de vie ?

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Deborah est admise dans votre unité de santé avec un diagnostic de LEMP, une infection opportuniste. Elle est essoufflée, elle a une SAT O2 de 82 % à l'air ambiant et elle se plaint de douleurs à la poitrine. Elle a été diagnostiquée séropositive il y a 8 ans, mais n'a jamais eu de suivi de soins primaires et ne suit pas de traitement de multithérapie antirétrovirale. Elle vous dit qu'elle a perdu son logement et qu'elle a dormi chez différents amis et connaissances. Elle se bat contre une dépendance à l'héroïne depuis plus de 10 ans

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : La priorité de l'infirmière/de l'infirmier est de s'occuper des symptômes dont Deborah souffre à la suite de son infection de LEMP. En outre, elle/il est préoccupé(e) par les antécédents de Deborah et la manière dont ils ont influencé son habilité à gérer son infection par le VIH.

Intervention infirmière : La priorité est de gérer ses symptômes. Une fois que ceux-ci sont sous contrôle, l'infirmière/l'infirmier entame une conversation avec Deborah concernant sa situation sociale. Elle/il dirige Deborah vers un travailleur social qui commence à étudier les options de logement de Deborah. Elle/il examine aussi la possibilité d'organiser un suivi de soins primaires pour Deborah à sa sortie de l'hôpital. **PRODIGUER DES SOINS AUX CLIENTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA OU À RISQUE DE CONTRACTER L'INFECTION.**

- LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE PRATIQUES EXEMPLAIRES -

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS ÉTUDIENT LES BESOINS HOLISTIQUES DE LEURS PATIENTS LORSQU'ILS PRODIGENT DES SOINS.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Les besoins holistiques d'un client font partie intégrante de sa réussite à gérer son infection par le VIH, car de nombreux clients souffrent de plusieurs problèmes psychosociaux et de santé qui touchent leur santé globale. L'infirmière/l'infirmier doit absolument comprendre les problèmes de santé actuels, le plan de traitement, le soutien disponible et les autres facteurs contextuels qui ont une incidence sur la capacité à rester en santé.

En règle générale, les personnes vivant avec le VIH ont une qualité de vie inférieure à la moyenne (Van Rensberg, 2009). En particulier, les symptômes et leurs expériences de discrimination sont liés à des résultats indiquant une qualité de vie inférieure (Holzemer et coll., 2009), mais les questions de qualité de vie sont aussi associées aux questions socioéconomiques (Bratstein et coll., 2005). Les plus importantes améliorations de la qualité de vie ont été décelées parmi les individus qui ont cessé de consommer des drogues, qui ont commencé à suivre une multithérapie antirétrovirale et qui ont obtenu un logement stable (Chin, Botsko, Behar et Finkelstein, 2009).

Il existe un lien évident entre les aspects physiques et mentaux de la santé. Les infirmières et les infirmiers doivent évaluer leurs clients au niveau physique, mental et social. En général, lorsque les interventions traitent tous les aspects de soins, notamment les traitements, le counselling et les services sociaux, les clients présentent les plus importantes améliorations de leur état de santé (McLellan, Weinstein, Shen, Kendig et Levine, 2005; Sorensen, Masson et Delucchi, 2006).

PRATIQUES CLÉS

Conseils pour garantir que les besoins holistiques des clients fassent partie de leur plan de traitement :

- Effectuer une évaluation physique et psychosociale complète.
- Documenter les problèmes physiques, psychosociaux et émotionnels liés à l'infection par le VIH du client.
- Déterminer la perception du client par rapport à sa propre santé.
- Préparer un traitement complet et un plan de soins en tenant compte des recommandations de l'équipe interdisciplinaire et du client.
- S'assurer que le plan comprenne des stratégies visant à traiter les déterminants de santé qui touchent le client.
- S'assurer que le plan de traitement/de soins comprenne des mécanismes pour inclure la collaboration d'autres membres de l'équipe de soins et du système de soins de santé dans son ensemble (par ex. : la santé publique, les soins primaires, les services de soutien).

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Douglas, un homme homosexuel de 35 ans qui a reçu un diagnostic d'infection par le VIH il y a 8 ans, vient d'apprendre par son médecin de famille à votre clinique qu'il doit entreprendre une multithérapie antirétrovirale. Vous parlez avec Douglas avant qu'il parte et il vous confie qu'il a beaucoup d'anxiété par rapport au début du traitement car il vient de se séparer de son partenaire après de longues années. Il a également des difficultés à trouver un logement abordable qu'il puisse payer seul. Il croit que ce sera difficile de suivre le traitement lorsqu'il y a tant d'autres choses qui se passent dans sa vie.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière/l'infirmier sait qu'elle/il doit voir avec Douglas les obstacles sociaux, physiques et émotionnels qui pourraient rendre difficile pour lui de gérer un traitement antirétroviral complexe.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier explore avec Douglas son état de préparation par rapport au traitement et sa compréhension de l'efficacité du traitement et des effets secondaires. Elle/il l'aide à découvrir les problèmes dans sa vie qui pourraient rendre difficile la gestion de son traitement et l'aide à déterminer des stratégies pour surmonter ces problèmes, à la fois par lui-même et avec l'aide d'autres personnes.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS EXERCENT LEUR PROFESSION CONSCIEMMENT AFIN DE GARDER À L'ESPRIT EN TOUT TEMPS LEURS PROPRES PERCEPTIONS, ATTITUDES ET PRÉJUGÉS, VALEURS ET CROYANCES ACTUELS ET EN ÉVOLUTION LORSQU'ELLES/ILS TRAVAILLENT AVEC DES PATIENTS INFECTÉS PAR LE VIH.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Les infirmières et les infirmiers doivent examiner consciemment et fréquemment leur valeurs, croyances et attitudes personnelles par rapport à l'infection par le VIH et aux problèmes qui se posent en même temps que le VIH, telles que la toxicomanie et la maladie mentale afin de stimuler une relation thérapeutique avec leurs clients et d'améliorer les résultats de leurs clients. Les attitudes et les jugements négatifs ont une influence adverse sur les soins des clients vivant avec le VIH et parfois même sur la satisfaction professionnelle de l'infirmière ou de l'infirmier. (Jemmott, Frelicher et Jemmott, 1992).

PRATIQUES CLÉS

Les infirmières et les infirmiers comprennent la façon dont leurs valeurs et croyances peuvent avoir une incidence sur leurs relations avec leurs clients.

- Les infirmières et les infirmiers examinent fréquemment leurs propres valeurs et croyances et prennent conscience de la manière dont celles-ci peuvent influencer leur approche par rapport aux clients.
- Les infirmières et les infirmiers s'assurent que leurs collègues sont aussi conscients de la manière dont leurs valeurs et croyances peuvent colorer leur comportement et l'exercice de leur profession.
- Les infirmières et les infirmiers prodiguent leurs soins dans une perspective de justice sociale.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Adam, un homme de 44 ans vivant dans la rue, entre dans l'unité de soins infirmiers avec un diagnostic de pneumonie acquise dans la communauté. Il est hirsute, maigre, mal soigné et il admet des antécédents de 10 ans de dépendance aux drogues injectables. Il a reçu un diagnostic de HIV il y a cinq ans, mais a eu peu de suivi de soins primaires depuis.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière/l'infirmier est conscient(e) des questions cliniques et psychosociales liées à l'utilisation de drogues par injection, la marginalisation et l'infection par le VIH. Elle/il sait que ce patient a probablement été fréquemment victime de stigmates importants et de jugement de la part des travailleurs de la santé avec lesquels il a eu des contacts. Elle/il sait aussi qu'elle/il doit examiner ses propres valeurs et croyances sur la toxicomanie et l'infection par le VIH afin de pouvoir bien s'occuper de ce patient.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier établit une relation avec le patient, commençant avec une réflexion sur ses propres croyances et suppositions. L'infirmière/l'infirmier forme une alliance thérapeutique avec le patient, s'assurant que celui-ci sera impliqué dans les décisions liées à ses soins. L'infirmière/l'infirmier s'assure que les problèmes principaux du patient soient résolus rapidement et avec respect.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS PRODIGENT DES SOINS CONFORMÉMENT AUX PRINCIPES DE SÉCURISATION CULTURELLE.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Les infirmières/les infirmiers et leurs clients apportent de part et d'autre à la relation thérapeutique les attitudes, croyances et valeurs dérivées de leur propre culture. La sécurisation culturelle porte sur la reconnaissance du positionnement de certains groupes au sein de la société. L'objectif de la sécurisation culturelle est de contrer les tendances du système de santé qui créent un risque culturel et suscitent chez les patients un sentiment non sécuritaire.

Il est essentiel que les infirmières et les infirmiers s'analysent eux-mêmes en tant qu'êtres culturels et qu'ils examinent l'effet de la culture qu'ils apportent à la relation thérapeutique. Il faut aussi qu'ils reconnaissent le déséquilibre de pouvoir existant entre l'infirmière/l'infirmier et le client. Nous avons tous tendance à percevoir nos propres croyances et pratiques comme étant la norme et de voir les autres comme étant différents. Il est toutefois important de se rappeler que nos croyances forment la base de notre jugement des autres personnes et des événements. Le concept de sécurisation culturelle pousse les infirmières et les infirmiers à réfléchir sur les structures, les discours et les suppositions qui encadrent la fourniture des soins de santé (Browne et coll., 2009). Dans une relation culturellement sécuritaire, le client détient le pouvoir de dire quand il sent qu'une rencontre est sécuritaire ou non. La sécurisation culturelle est un concept qui peut s'utiliser pour mettre en pratique l'équité et la justice sociale (Browne et coll.).

PRATIQUES CLÉS

Les infirmières et les infirmiers comprennent comment le différentiel de pouvoir qui existe dans le système de santé régulier peut affecter négativement l'expérience du patient.- Effectuer une évaluation physique et psychosociale complète.

- Les infirmières et les infirmiers reconnaissent qu'il existe un déséquilibre de pouvoir entre les fournisseurs de soins de santé et les utilisateurs du système.
- Les infirmières et les infirmiers comprennent qu'il est important de déterminer ce qui constitue des soins sécuritaires du point de vue du patient.
- Les infirmières et les infirmiers peuvent identifier la manière dont leurs valeurs et croyances guident leur jugement des personnes et des événements.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Jeanette est une femme autochtone de 33 ans qui vit dans un hôtel de chambres individuelles au centre-ville. Elle est entrée dans votre unité il y a quelques semaines pour traiter une infection opportuniste et il devient évident qu'elle ne pourra pas vivre de manière indépendante à l'hôtel. Le travailleur social a essayé d'organiser un logement d'aide à la vie autonome, mais Jeanette a dit très clairement qu'elle refuse de vivre dans une résidence. Elle veut retourner à l'hôtel où sont ses amis, même si vous vous inquiétez qu'elle se remette à consommer des drogues et que sa santé se détériore rapidement.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière/l'infirmier comprend que pour Jeanette, la perspective de vivre dans une résidence d'aide à la vie autonome est effrayante. Elle a survécu au système de pensionnat et a de grandes difficultés à s'adapter à un milieu institutionnel. De plus, elle a été victime maintes fois de jugement et de stigmates de la part du personnel soignant et elle refuse de vivre dans un environnement où elle risque d'en faire l'expérience quotidiennement.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier discute avec le travailleur social afin de déterminer le meilleur plan d'action. Vous décidez d'offrir à Jeanette la possibilité de visiter l'établissement et de rencontrer le personnel afin de calmer sa peur. En outre, l'éducateur de l'unité rencontre le personnel de l'établissement pour répondre à leurs questions et préoccupations relatives à l'entrée d'une patiente séropositive et toxicomane dans l'établissement.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS INFORMENT RÉGULIÈREMENT LEURS PATIENTS SUR LES OPTIONS DE TRAITEMENT QUI EXISTENT POUR L'INFECTION PAR LE VIH.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Le traitement antirétroviral hautement actif (HAART) a apporté une différence sensible à la vie des patients touchés par le VIH. Malgré la preuve irréfutable de son efficacité, les patients sont toutefois souvent hésitants à commencer le traitement ou à le continuer lorsque leur état de santé l'exige par peur des effets secondaires et parce qu'ils ne sont pas convaincus de son efficacité (Alfonso et coll., 2006; Rudy et coll., 2009). C'est pourquoi il est important que les patients reçoivent des informations à tous les stades du traitement, notamment à propos de son efficacité, des questions d'observance thérapeutique et du potentiel d'effets secondaires.

PRATIQUES CLÉS

Les infirmières et les infirmiers sont bien informés sur les options de traitement, l'efficacité des traitements, les questions d'observance thérapeutique et le potentiel d'effets secondaires.

- Les infirmières et les infirmiers conseillent à leurs patients les options les plus adaptées à leur style de vie et à leurs besoins.
- Les infirmières et les infirmiers expliquent que le succès du traitement dépend directement de l'observance thérapeutique.
- Elles/ils peuvent évaluer et explorer les valeurs, les croyances et les attitudes des patients par rapport au traitement.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Robert vient d'être admis dans votre unité avec un diagnostic de pneumonie à pneumocystis jirovecii. Lors d'une évaluation, on remarque que son compte des CD4 n'est que de 140 et que son pourcentage de CD4 s'élève à 9 %. Son système immunitaire est gravement compromis; il n'a jamais suivi de traitement. Lorsque l'infirmière ou l'infirmier lui demande pourquoi, il répond qu'il n'est pas convaincu de l'efficacité du traitement et que les effets secondaires sont trop importants pour qu'il puisse y faire face.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : Robert a peur d'entreprendre la multithérapie antirétrovirale à cause du potentiel d'effets secondaires et parce qu'il ne comprend pas bien l'efficacité du traitement. L'infirmière/l'infirmier sait maintenant que Robert a besoin d'information et d'avoir l'occasion de poser des questions pour l'aider à prendre une bonne décision.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier envisage d'interroger Robert sur ses croyances concernant son traitement afin de répondre à ses inquiétudes. Elle/il organise aussi une rencontre avec le pharmacien afin de surmonter les préjugés de Robert sur le traitement. Elle/il informe aussi Robert de l'existence de ressources d'information concernant le traitement de la part de l'organisme de services liés au sida et elle/il l'encourage à les appeler.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS RENSEIGNENT LEURS PATIENTS SUR LE POTENTIEL D'EFFETS SECONDAIRES, L'IMPORTANCE DE L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE ET LA GESTION DE LA PRISE DE MÉDICAMENTS.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Il est clair que les patients basent leur décision de commencer le traitement sur les renseignements qu'ils reçoivent. Les patients ont accès à de nombreuses ressources pour faciliter leur prise de décision, mais les recherches révèlent qu'ils se fient principalement au personnel infirmier pour les aider dans ce processus. La recherche de Gellaitry et coll. (2005) montrait que les décisions concernant la mise en œuvre de traitement sont influencées par les croyances personnelles et le besoin perçu de la multithérapie antirétrovirale par rapport aux inquiétudes sur les effets secondaires, mais le démarrage était influencé par la qualité des renseignements reçus de la part des professionnels de la santé. Les patients qui n'étaient pas satisfaits des renseignements reçus étaient beaucoup moins susceptibles d'adopter le traitement.

PRATIQUES CLÉS

Les infirmières et les infirmiers sont bien informés sur le potentiel d'effets secondaires, l'importance de l'observance thérapeutique et la gestion de la prise de médicaments.

- Les infirmières et les infirmiers peuvent offrir à leurs patients des renseignements concernant le potentiel d'effets secondaires, leur probabilité et l'existence de traitement et d'appui pour gérer tout effet adverse.
- Les infirmières et les infirmiers peuvent expliquer le rôle de la résistance aux médicaments étant la cause de l'échec du traitement et comment l'observance évite le développement de pharmacorésistance.
- Les infirmières et les infirmiers peuvent prévoir et mettre en place des stratégies qui favorisent l'observance thérapeutique de leurs patients.
- Les infirmières et les infirmiers fournissent à leurs patients des renseignements sur HAART et les traitements connexes sous différents formats qui répondent aux compétences cognitives et au niveau de compréhension de leurs patients.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Collette s'est présentée à l'unité de clinique externe pour son rendez-vous. Elle dit à l'infirmière/l'infirmier que son compte des CD4 est en baisse et que le médecin lui conseille de commencer une multithérapie antirétrovirale. Elle avoue qu'elle est terrifiée de commencer le traitement parce qu'elle en redoute les effets secondaires.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : Elle/il comprend que la réaction de Collette n'est pas anormale. Plusieurs patients éprouvent des difficultés à prendre la décision de démarrer le traitement. Elle/il décide d'entamer une conversation avec Collette afin de savoir exactement ce qui l'effraie, compte tenu du fait que les effets secondaires que Collette redoute sont relativement rares et généralement traitables.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier réunit des renseignements sur le traitement offert par l'organisme local de services liés au sida, le Réseau canadien d'info-traitements sida et le pharmacien de l'unité de soins. Elle/il étudie les renseignements avec Collette, en lui donnant beaucoup de temps et d'espace pour lui permettre de poser des questions. L'infirmière/l'infirmier demande aussi au pharmacien la rencontrer.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS S'ASSURENT QUE LEURS PATIENTS SONT JUMELÉS AVEC UN SPÉCIALISTE EN SOINS PRIMAIRES QUI PEUT LEUR ADMINISTRER LE TRAITEMENT.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

D'abondantes preuves démontrent que les patients séropositifs sont beaucoup plus susceptibles de bien gérer leur infection par le VIH s'ils sont jumelés avec un spécialiste en soins primaires expérimenté dans les soins en sidologie. La mise en œuvre de la multithérapie antirétrovirale est optimisée par les contacts entre patient et spécialiste en soins primaires et par davantage de visites dédiées aux soins primaires (Knowlton et coll., 2010). Les données démontrent à maintes reprises que les patients qui utilisent les services de soins de santé régulièrement sont plus susceptibles d'accéder à la multithérapie antirétrovirale, ont de meilleurs indicateurs d'état de santé, survivent plus longtemps et sont moins fréquemment admis dans les services de soins actifs (Sohler et coll., 2009). Il faut aussi comprendre l'effet de la marginalisation sociale et économique sur l'utilisation des soins primaires. Les patients vulnérables sur les plans sociaux et économiques utilisent moins les soins primaires (Sohler et coll.).

PRATIQUES CLÉS

Les infirmières et les infirmiers évaluent leurs patients pour déterminer s'ils ont un suivi adéquat en ce qui concerne les soins primaires.

- Les infirmières/les infirmiers collaborent avec leurs patients pour les mettre en contact avec des spécialistes en soins primaires.
- Les infirmières/les infirmiers s'assurent que leurs patients communiquent facilement avec leur spécialiste en soins primaires et qu'ils comprennent bien l'importance d'un suivi régulier (tous les trois à six mois).

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Justine arrive au service d'urgence pour traiter un abcès au bras. Elle dit à l'infirmière/l'infirmier qu'elle est séropositive mais ne connaît pas sa numération des CD4.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière/l'infirmier sait que si Justine n'est pas consciente de son état immunitaire, elle n'a probablement pas de suivi de soins primaires adéquats pour son infection par VIH.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier demande à Justine ce qu'elle fait pour gérer son infection par le VIH. Lorsque Justine lui dit qu'elle n'a pas vu de médecin pour son VIH depuis plus d'un an, l'infirmière/l'infirmier lui demande si elle aimerait être dirigée vers un spécialiste des soins primaires. L'infirmière/l'infirmier consulte le pharmacien qui a accès aux fiches des médecins qui prescrivent la multithérapie antirétrovirale. Elle/il trouve un médecin qui accepte Justine comme patiente.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS ONT UNE BONNE COMPRÉHENSION DE L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL HAUTEMENT ACTIF (HAART) DANS LE TRAITEMENT DE L'INFECTION PAR LE VIH.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

On peut dire que le développement du traitement antirétroviral hautement actif a transformé l'infection par le VIH d'une affection mettant en jeu le pronostic vital d'un patient en une maladie chronique gérable. L'objectif de la multithérapie antirétrovirale est la suppression complète de la réplication virale suivie de réductions ultérieures des niveaux de charge virale plasmatique jusqu'à ce que celle-ci devienne indétectable. Une fois la réplication sous contrôle, il existe une possibilité de rétablissement d'un système immunitaire fonctionnel.

On utilise cinq catégories de médicaments pour contrôler la réplication virale. Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) forment la colonne vertébrale de la multithérapie antirétrovirale. Ces médicaments fonctionnent en bloquant l'enzyme de la transcriptase inverse qui joue un rôle dans la transformation du virus de sa forme d'origine d'ARN en ADN. Les médicaments de cette catégorie comprennent : Abacavir (ABC), Didanosine (ddi), Lamivudine (3TC), Stavudine (d4T), Zalcitabine (ddC), Zidovudine (AZT), Emticitabine (FTC), Tenofovir (TDF), Trizivir (ABC+3TC+AZT), Combivir (AZT+3TC), Truvada (FTC+TDF), Kivexa (3TC+ABC) et Atripla (TDF+FTC+EFV). Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) ont le même mécanisme d'action, mais appartiennent à une catégorie de médicaments distincte. Les médicaments de cette catégorie comprennent : Efavirenz (EFV), Nevirapine (NVP), Etravirine (TMC125) et Atripla. Les inhibiteurs de protéase (IP) fonctionnent en bloquant l'action de l'enzyme protéase qui contribue à la réplication virale, en hachant les longues chaînes de protéine virale en particules virales. Les médicaments de cette catégorie comprennent : Indinavir (IDV), Nelfinavir (NFV), Ritonavir (RTV), Saquinavir (SQV), Lopinavir (LPV), Amprenavir (APV), Kaletra (LPV+RTV), Atazanavir (ATV), Tipranavir (TPV), Fosamprenavir (FPV) et Duranavir (TMC145). Il existe un inhibiteur d'intégrase, le Raltegravir, qui agit en bloquant l'intégration du virus dans le noyau de la cellule hôte. En dernier, il y a les inhibiteurs de fusion. Ces médicaments fonctionnent en bloquant la fusion du virus dans le site récepteur des CD4 ou de CCR5. Il existe deux médicaments dans cette catégorie : l'Enfuvirtide (T20), qui bloque le récepteur CD4 et le Maraviroc qui bloque le co-récepteur CCR5.

Assez tôt, il est apparu que pour réussir la suppression de l'activité virale, il faut exercer une pression suffisante à l'aide des médicaments pour contrôler la réplication. Il faut utiliser un minimum de trois médicaments, de préférence de catégories différentes, pour réussir cette suppression. En guise de traitement de première intention de l'infection par le VIH, on administre aux patients deux INTI et un IP ou deux INTI et un INNTI. En outre, si le patient suit un schéma posologique d'IP, celui-ci doit être stimulé à l'aide de Ritonovir. Autrement dit, ils doivent prendre une dose de RTV (100 mg) en plus d'un autre IP. Stimuler l'action d'un médicament sélectionné augmente sa disponibilité et sa demi-vie, ce qui permet aux patients de suivre un programme de dosage plus facile à tolérer et d'absorber une dose moins forte de l'IP choisi (Hammer et coll., 2008).

Les lignes directrices internationales définies pour le traitement de l'infection par le VIH stipulent que pendant la phase asymptomatique de la maladie, les patients doivent commencer leur traitement lorsque leur compte des CD4 diminue à 500 cellules/mm³ ou que leur pourcentage baisse au-dessous de 15 % (Thompson et coll., 2010). Les patients dans la phase symptomatique de la maladie doivent commencer le traitement quel que soit leur numération des CD4. Les patients ayant des antécédents de maladie cardiovasculaire, de maladie rénale, de co-infection par l'hépatite B ou C ou d'hypertension pulmonaire doivent aussi commencer leur traitement plus tôt (Hammer et coll., 2008) ainsi que les adultes plus âgés et les femmes enceintes. Il faut aussi envisager un commencement de traitement précoce chez les couples sérodifférents

PRATIQUES CLÉS

Les infirmières et les infirmiers sont bien renseignés sur les différentes catégories de médicaments antirétroviraux et leur mécanisme d'action.

- Elles/ils peuvent identifier les différents médicaments de chaque catégorie.
- Elles/ils comprennent l'importance de schémas posologiques combinés.
- Elles/ils peuvent identifier les traitements de première intention courants.
- Elles/ils savent identifier le moment optimal pour le début du traitement.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Justine a été admise dans votre unité médicale souffrant d'une infection opportuniste. Elle est séropositive depuis 10 ans. Ses analyses sanguines indiquent que son compte des CD4 est de 110, son pourcentage de CD4 est de 8 % et sa charge virale plasmatique de 1 300 000.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : Compte tenu des analyses sanguines de Justine, elle/il s'attend à ce que Justine entreprenne sa multithérapie antirétrovirale pendant son séjour à l'hôpital.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier demande à Justine de lui dire ce qu'elle sait sur la multithérapie antirétrovirale. Selon sa réponse, elle/il organise quelques séances de sensibilisation pour Justine dans le but de l'aider à prendre une décision concernant la mise en place de son traitement. L'infirmière/l'infirmier trouve aussi des renseignements en ligne sur les traitements sur le site du Réseau canadien d'info-traitements sida (catie.ca), afin de fournir à Justine de la documentation spécifiquement axée sur le patient.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS CONNAISSENT BIEN LES EFFETS SECONDAIRES ET LES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES LIÉS À LA MULTITHÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Les effets secondaires ont toujours été un problème lié à HAART, mais les nouvelles générations de médicaments semblent être moins toxiques pour les patients. En général, tous les médicaments peuvent causer des symptômes gastrointestinaux, notamment des nausées, des vomissements, de la diarrhée, mais ces effets secondaires sont souvent autolimitatifs et peuvent se résoudre au fil du temps. Les INTI sont liés à l'anémie et la neutropénie (AZT), la neuropathie périphérique (DDI, D4T, DDC), l'acidose lactique, la toxicité du foie, l'anaphylaxie (ABC) et la toxicité rénale (TDF). L'effet secondaire le plus inquiétant est la toxicité du foie, car jusqu'à la moitié de tous les patients infectés par le VIH le sont aussi par le virus de l'hépatite C. Les INNTI sont aussi liés à la toxicité du foie ainsi que le rash (généralement autolimitatif); les effets sur le système nerveux central tels que cauchemars, hallucinations, insomnie, difficultés du processus cognitif et rêves d'apparence réelle. Les inhibiteurs de protéase sont plus susceptibles de causer des troubles gastrointestinaux à long terme, en particulier de la diarrhée ainsi que de l'ostéopénie et de l'ostéoporose, des niveaux élevés de lipide, des calculs rénaux, des interactions médicamenteuses, des anomalies du métabolisme du glucose menant à la résistance à l'insuline, de la lipodystrophie, de la toxicité du foie et un risque accru de coronaropathie. La lipodystrophie est un trouble du métabolisme des lipides qui provoque une perte de graisse dans le visage, sur les bras et les jambes, mais une accumulation de graisse dans l'abdomen et le dos. Les inhibiteurs d'intégrase provoquent parfois de la diarrhée, des maux de tête, de la fièvre et de la nausée. Les inhibiteurs de fusion peuvent causer des réactions sur la surface d'injection (enfuvirtide), de même que de la neuropathie, de l'insomnie, des maux de tête, l'infection des voies respiratoires supérieures et des troubles gastrointestinaux.

L'un des défis les plus importants qui se pose lorsqu'on traite les patients par la multithérapie antirétrovirale est le problème complexe des interactions médicamenteuses. Le risque se trouve intensifié lors du traitement simultané de maladies concomitantes et de thérapies de prévention et/ou le traitement des infections opportunistes. La grande majorité des interactions médicamenteuses rencontrées dans le traitement du VIH sont de nature pharmacocinétique et surviennent à la suite d'un changement dans l'absorption, la distribution, le métabolisme ou l'élimination des médicaments de la multithérapie ou de médicaments administrés en même temps (Fragon et Piliero, 2004). Les interactions médicamenteuses liées aux INNTI sont minimales et la plupart de ces interactions surviennent à la suite de l'utilisation de ddi et d'AZT. Ces médicaments moins récents sont peu utilisés à l'heure actuelle, donc cela ne devrait pas poser de problèmes.

Les INNTI ont souvent tendance à provoquer des interactions médicamenteuses parce qu'ils sont considérablement métabolisés par le CYP3A4 et agissent soit comme inducteurs ou comme inhibiteurs du CYP3A4. Par exemple, l'EFV et le NVP augmentent tous deux le métabolisme de la méthadone. Lorsque ces médicaments sont administrés en même temps, on observe parfois des symptômes de privation à la suite de niveaux réduits de méthadone. Le NVP augmente le métabolisme des contraceptifs hormonaux administrés par voie buccale, ce qui est parfois à l'origine de la défaillance du contraceptif. L'EFV peut inhiber le CYP3A4, ce qui provoque des concentrations de médicaments accrues et une toxicité potentielle de certains médicaments tels que le Midazolam.

Les IP sont de puissants inhibiteurs du CYP3A4 et par conséquent, les interactions médicamenteuses sont très complexes. En raison de l'inhibition du CYP3A4, les niveaux médicamenteux des agents aussi métabolisés par le même isoenzyme peuvent parfois être en hausse sensible par l'IP, entraînant peut-être une augmentation de l'incidence des effets indésirables. Parmi les agents qui devraient être utilisés avec prudence en concomitance avec les IP sont : benzodiazépines, midazolam et triazolam, statines, rifampine et rifabutine, les thérapies naturelles telles que le millepertuis, les suppléments à base d'ail, sildenafil, vardenafil et tadalafil, anticonvulsivants, ketoconazole, inhibiteurs de la pompe à protons et antiacides. (Fragon et Piliero, 2004). Pour obtenir une revue plus exhaustive des interactions médicamenteuses, consultez le Tableau 1.

PRATIQUES CLÉS

Les infirmières et les infirmiers anticipent les effets secondaires potentiels de la multithérapie antirétrovirale.

- Elles/ils comprennent la complexité et l'intensité des effets secondaires qui peuvent survenir.
- Elles/ils comprennent le potentiel d'interaction avec les autres médicaments.
- Elles/ils évaluent et surveillent les effets secondaires et les toxicités liés à la multithérapie antirétrovirale.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Tamara est une femme de 39 ans qui a des antécédents d'infection par le VIH depuis 8 ans ainsi qu'une longue habitude de toxicomanie opiacée. Elle est traitée à la méthadone depuis 4 ans. Il a été décidé d'entreprendre une multithérapie antirétrovirale à cause de la chute de son compte des CD4. Elle commence avec le kivexa et l'atazanavir intensifié. Elle se présente à votre clinique aujourd'hui dans un état agité et se plaint de nausées, de douleurs dans les articulations, de douleurs abdominales et de crampes musculaires.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : En tant qu'infirmière/infirmier, vous savez qu'il s'agit de signes de privation d'opiacés. Lorsque vous examinez son dossier, vous vous rendez compte que sa dose de méthadone n'a pas été augmentée lorsqu'elle a commencé son traitement.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier contacte son médecin en toxicomanie pour prendre rendez-vous afin de changer le dosage de méthadone. En attendant, l'infirmière/l'infirmier obtient une ordonnance de morphine à action prolongée afin de minimiser les symptômes aigus que ressent Tamara.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS COMPRENNENT L'IMPORTANCE DE L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE POUR MINIMISER LA RÉSISTANCE ET SONT FAMILIERS AVEC LES STRATÉGIES À UTILISER DANS LE BUT DE SOUTENIR CELLE-CI CHEZ LEURS PATIENTS.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

La résistance constitue la raison la plus courante de l'échec de la multithérapie antirétrovirale. La résistance peut survenir à la suite d'une mauvaise tolérance, d'un dosage inadéquat ou d'un schéma posologique insuffisant, mais la raison la plus courante est le manque d'observance thérapeutique. On estime que les patients doivent prendre leurs médicaments avec une observance supérieure à 95 % afin de réaliser la suppression de la réplication virale (Chesney, 2003). Si la réplication virale est insuffisamment supprimée, le virus se multipliera et mutera sous une forme résistant aux médicaments, provoquant ainsi l'échec du traitement.

Il n'est pas aisé d'atteindre un tel niveau d'observance. De nombreuses études montrent que seulement 50 % des patients prennent fidèlement leurs médicaments prescrits (Cooper et coll., 2009) et que les patients qui prennent des médicaments auto-administrés prennent souvent moins que la moitié de la dose prescrite (Haynes et coll., 2008). Il est possible d'améliorer l'observance thérapeutique lorsque les patients ont des schémas posologiques moins stricts. Les patients dont le schéma posologique prévoit des médicaments à prendre une fois par jour plutôt que deux ou trois fois par jour éprouvent probablement moins de difficultés à observer leur traitement (Saini et coll., 2009). Les patients dont l'observance thérapeutique est bonne, mais non parfaite (80 à 90 %) sont ceux qui courent les plus grands risques de développer la résistance à la multithérapie antirétrovirale (Tam et coll., 2008).

Certaines mesures peuvent être adoptées pour améliorer l'observance thérapeutique, par exemple la sensibilisation aux médicaments, des renseignements écrits, de l'information concernant la maladie, des programmes auto-administrés tels que des emballages-coque et des aide-mémoire électroniques, des entretiens de motivation, de l'appui social et l'observation des symptômes (Ruppar et Conn, 2008). Toutes ces stratégies ont pour effet d'améliorer l'observance. Toutefois, la raison la plus courante d'omission est que les patients oublient tout simplement (Ruppar et Conn). Il faut mettre sur pied des stratégies visant à améliorer l'observance pour aider les patients à ne pas oublier de prendre leurs pilules.

On détermine la résistance par un test de génotypage. Celui-ci fournit une mesure indirecte de résistance et sert à déterminer les médicaments qui seront efficaces à la suppression du virus. En règle générale, le test de résistance est effectué avant que le patient entreprenne son premier traitement car on observe qu'environ 8 à 10 % des patients développent une résistance primaire, même sans jamais avoir suivi de traitement.

PRATIQUES CLÉS

Les infirmières et les infirmiers comprennent l'importance de l'observance thérapeutique en vue de réussir la multithérapie antirétrovirale.

- Les infirmières et les infirmiers évaluent leurs patients pour déterminer les obstacles potentiels à l'observance thérapeutique.
- Les infirmières et les infirmiers fournissent à leurs patients les renseignements et la sensibilisation dont ils ont besoin pour prendre leurs médicaments en connaissance de cause.
- Les infirmières et les infirmiers mettent au point les stratégies nécessaires pour assurer l'observance au traitement.
- Les infirmières et les infirmiers collaborent avec les autres membres de l'équipe de soins de santé pour être certains que l'observance thérapeutique se poursuive.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Alan vient à la clinique pour son examen de santé trimestriel. En observant les résultats de son analyse sanguine, l'infirmière remarque qu'après plusieurs années d'une charge virale plasmatique supprimée, ses résultats récents indiquent 5100 copies/ml. Lorsqu'elle discute avec Alan pour savoir ce qui se passe dans sa vie, il lui dit qu'il est fatigué de prendre ses médicaments parce qu'il souffre de diarrhée chronique. Il prend présentement du Kivexa et du Kaletra.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : Elle/il sait qu'un des obstacles à l'observance thérapeutique sont des effets secondaires incontrôlés et non traités. Elle/il sait aussi que le Kaletra est particulièrement connu pour causer de la diarrhée chronique.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier oriente Alan vers le médecin et le pharmacien pour discuter de son traitement et déterminer les changements possibles. Elle/il lui fait savoir qu'il subira un test de résistance afin de déterminer les médicaments qui seront probablement les plus efficaces pour contrôler la répllication virale. Elle/il passe aussi en revue les stratégies qu'il peut adopter pour l'aider à ne jamais oublier de prendre ses pilules.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS CONNAISSENT BIEN LES INFECTIONS OPPORTUNISTES COURANTES CONTRACTÉES À LA SUITE D'UN COMPTE DES CD4 EN BAISSÉ ET D'UN DIAGNOSTIC DE SIDA.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Il existe un grand nombre d'infections opportunistes liées à l'infection par le VIH et les organismes immunocompromis. En ce qui concerne les patients qui ne se sont pas traités par la multithérapie antirétrovirale, les infections opportunistes sont la conséquence inévitable d'une infection par le VIH. Puisqu'au Canada, le compte des CD4 auquel la multithérapie commence est de 180, même les patients qui sont traités risquent des infections opportunistes. On répertorie ces infections en cinq catégories générales : fongiques, à protozoaires, virales, bactériennes et le cancer.

Parmi les infections fongiques courantes, on cite la candidose buccale, la candidose vaginale, la candidose œsophagienne, la méningite cryptococcale et la pneumonie à pneumocystis jiroveci. La candidose buccale ou muguet et la candidose vaginale sont des maladies indicatrices précoces qui peuvent survenir dans un système immunitaire relativement intact. Par contre, la candidose œsophagienne apparaît fréquemment lorsque la numération des CD4 chute à moins de 100. Les patients se plaignent de douleurs rétrosternales et de dysphagie. On la diagnostique à l'aide d'une endoscopie. La méningite cryptococcale est une infection grave et parfois mortelle qui survient chez des patients immunocompromis. Les patients présentent des maux de tête, une raideur dans le cou, de la fièvre et une pression intracrânienne élevée. La pneumonie à pneumocystis jiroveci survient généralement lorsque le compte des CD4 est sous les 200. C'est souvent la première maladie grave liée au sida dont les patients souffrent; il n'est pas rare de rencontrer des patients qui n'ont pas encore fait le test de dépistage du VIH. Les patients présentent les symptômes suivants : essoufflement, douleurs dans la paroi de la cage thoracique, toux et fièvre. Ils sont souvent gravement malades avec une saturation en oxygène très basse. Il n'est pas rare dans ce groupe de recourir à l'intubation et à la ventilation. On diagnostique cette infection à l'aide d'une bronchoscopie et d'une biopsie.

Les infections à protozoaires graves comprennent cryptosporidiose, toxoplasmose et microsporidiose. La cryptosporidiose est un organisme d'origine hydrique que l'on trouve couramment dans l'eau du robinet et de puits. Celui-ci provoque une abondante diarrhée liquide, des douleurs abdominales et la déshydratation. La toxoplasmose est un organisme qui est souvent transmis par la viande crue et les excréments de chats. Les lésions se portent généralement sur le cerveau, causant l'encéphalite et des problèmes neurologiques. La microsporidiose infecte l'intestin grêle, causant des diarrhées aiguës et des douleurs abdominales. Elle se transmet par les excréments, généralement dans la nourriture ou de l'eau absorbée.

On observe un certain nombre d'infections virales liées au VIH, notamment cytomégalovirus (CMV), herpès simplex, zona, leucoplasie chevelue et leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP). Le virus du CMV est courant parmi la population humaine, mais chez les individus immunocompromis, il est activé. Il entraîne souvent des dommages à la rétine dus à l'inflammation, mais il peut aussi infecter les poumons et l'intestin. La rétinopathie à cytomégalovirus est une maladie grave qui occasionne la cécité si elle n'est pas traitée. L'herpès simplex et le zona sont tous deux courants parmi la population séropositive. La leucoplasie chevelue est causée par le virus d'Epstein Barr. Elle produit des tâches blanches sur la langue et sur les côtés de la bouche qui ressemblent au muguet. La LEMP est une maladie neurologique dévastatrice causée par le virus JC. Elle se caractérise par des dommages progressifs à la substance blanche du cerveau. Parmi les symptômes, on observe une faiblesse ou de la paralysie, une perte de la vue, des troubles de la parole et une détérioration cognitive. Elle progresse rapidement; la plupart des patients séropositifs qui présentent la LEMP ne survivront pas 6 mois après le diagnostic.

Il existe de nombreuses infections bactériennes courantes parmi les patients dont le système immunitaire est compromis par le VIH, notamment tuberculose, pneumonie, angiomatose bacillaire, listeria monocytogenes et salmonellose. La tuberculose (TB) est courante parmi les patients atteints du VIH. Il est essentiel que tous les patients qui ont un test VIH positif aient un test cutané de sensibilité à la tuberculine afin de déterminer s'ils ont besoin d'un traitement préventif, car la tuberculose est facilement activée chez les patients immunocompromis. La pneumonie acquise dans la communauté est aussi fréquente; si un patient touché par le VIH est atteint de pneumonie acquise dans la communauté plus de trois fois en une période de 12 mois, ce fait est interprété comme un signe de sida. Le complexe mycobacterium avium (MAC) est une infection qui a tendance à

PRODIGUER DES SOINS AUX CLIENTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA OU À RISQUE DE CONTRACTER L'INFECTION.

- LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE PRATIQUES EXEMPLAIRES -

apparaître chez les patients gravement immunocompromis qui présentent souvent un compte des CD4 de moins de 50. Les symptômes sont : lymphadéopathies, fièvre, fatigue et perte de poids. Si le système gastro-intestinal est touché, ils auront aussi de la diarrhée et des douleurs abdominales. La bactérie qui cause l'angiomatose bacillaire est transmise soit par une griffure ou une morsure de chat. Elle se caractérise par la présence de lésions soit sur ou sous la peau qui peuvent être rouges, papuleuses, des nodosités non blanchies, des nodosités violettes, une plaque lichénoïde violacée ou une nodosité sous-cutanée parfois avec ulcération. L'angiomatose bacillaire est la plus courante, mais elle peut aussi toucher le cerveau, les os, la moelle osseuse, les ganglions, le tube digestif, les voies respiratoires, la rate et le foie. La listeria monocytogenes et la salmonellose sont toutes deux des maladies d'origine alimentaire, mais la Listeria a un taux de mortalité beaucoup plus élevé. Les deux maladies ont comme symptômes des crampes stomacales, de la nausée, des vomissements, de la diarrhée et de la fièvre.

Il est maintenant évident qu'il existe un certain nombre de cancers liés au VIH associés à un organisme infectieux. Parmi ceux-ci : sarcome de Kaposi, cancer du col utérin et lymphome. Le sarcome de Kaposi est une tumeur causée par le virus d'herpès de type 8. La maladie est généralement transmise sexuellement. Les lésions occasionnées par le sarcome de Kaposi sont des nodosités ou des taches cutanées rouges, violettes, brunes ou noires généralement papuleuses. On les trouve typiquement sur la peau mais aussi dans la bouche, dans le tube digestif ou dans les voies respiratoires. Son évolution peut être de lente à extrêmement rapide; cette maladie provoque un taux important de mortalité et de morbidité. Le cancer du col utérin est généralement lié au virus papillome. Les symptômes d'un cancer du col utérin avancé comprennent : perte d'appétit, perte de poids, fatigue, douleurs pelviennes, douleurs au dos, douleur dans les jambes, une seule jambe enflée, saignements importants du vagin, fuites d'urine et de selles du vagin et fractures osseuses. Les femmes séropositives sont prédisposées au cancer du col utérin et doivent passer un test Pap régulièrement. Le VIH associé au lymphome est très courant, de 5 à 10 % des personnes séropositives en souffrent (Grogg, Miller et Dogan, 2007). Le lymphome B non hodgkinien est le plus probable, mais le lymphome hodgkinien peut aussi survenir. Il est probablement associé au virus Epstein-Barr.

Les infections opportunistes ont tendance à survenir à différents points sur le parcours du VIH, les infections les plus graves et les plus mortelles apparaissant lorsque le compte des CD4 chute.

PRATIQUES CLÉS

Les infirmières et les infirmiers évaluent leurs patients pour déterminer s'ils ont un suivi adéquat en ce qui concerne les soins primaires.

- Les infirmières et les infirmiers doivent être conscients des signes et des symptômes des infections opportunistes les plus courantes.
- Les infirmières et les infirmiers doivent comprendre le parcours de l'infection par le VIH et les stades auxquels on peut anticiper des infections courantes.
- Les infirmières et les infirmiers doivent informer leurs patients des signes et des symptômes qu'ils doivent reconnaître et à quel moment ils doivent consulter un médecin.
- Les infirmières et les infirmiers doivent pouvoir gérer les symptômes liés aux infections opportunistes.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Crystal, âgée de 34 ans, a eu un diagnostic de VIH il y a 8 ans; elle se présente à l'hôpital avec de la fièvre, de la toux et des douleurs à la paroi thoracique. Un examen révèle des poumons relativement clairs, mais sa SaO₂ de l'air ambiant n'est que de 82 %. Elle mentionne que son dernier test de CD4 était de 180.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : Compte tenu du système immunitaire compromis de Crystal, elle a probablement contracté une infection opportuniste. Ces symptômes peuvent indiquer plusieurs maladies, mais on ne peut pas exclure la tuberculose. L'infirmière/ l'infirmier sait que Crystal doit être gardée par précaution contre la transmission par voie aérienne jusqu'à ce que son état soit établi.

Intervention infirmière : Crystal est placée sous oxygène par des pinces nasales pour doser sa SaO₂ à 92 %. Elle est gardée par précaution contre la transmission par voie aérienne et l'infirmière/l'infirmier la prépare à subir plusieurs tests diagnostiques, notamment une radiographie pulmonaire, une radiographie du thorax et une bronchoscopie.

PRODIGUER DES SOINS AUX CLIENTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA OU À RISQUE DE CONTRACTER L'INFECTION.

- LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE PRATIQUES EXEMPLAIRES -

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS CONNAISSENT BIEN LES OPTIONS DE TRAITEMENT DES DIVERSES INFECTIONS OPPORTUNISTES.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Même si beaucoup d'infections opportunistes qui touchent les patients séropositifs affichent un taux élevé de morbidité et de mortalité, la plupart peuvent être traitées. En dernier ressort, le meilleur traitement des infections opportunistes est la multithérapie antirétrovirale hautement active, mais il existe des traitements spécifiques à la maladie pour la plupart des infections opportunistes présentes chez les patients séropositifs.

En ce qui concerne les candidoses buccales et vaginales, les médicaments topiques tels que le clotrimazole ou la nystatine peuvent être utiles, mais de façon générale, les infections modérées à graves demandent des médicaments systémiques tels que le fluconazole ou l'itraconazole. On utilise aussi ces médicaments dans le traitement de la candidose œsophagienne. La méningite cryptococcique doit être traitée dès le début à l'amphotéricine B et ensuite, lorsque le patient répond au traitement, au fluconazole. On pourra aussi traiter les patients souffrant de méningite cryptococcique par des ponctions lombaires thérapeutiques pour réduire la pression intra-crânienne. Le médicament de première ligne pour le PJP est à prendre par voie buccale, ou le triméthoprime-sulfaméthoxazole IV (TMP-SMX). En ce qui a trait aux patients qui ne tolèrent pas bien le TMP-SMX, ils peuvent être traités au dapsone, clindamycine, atovaquone ou pentamidine en aérosol. Les patients dont le compte des CD4 est inférieur à 200 doivent suivre un traitement préventif de PJP, soit le TMP-SMX, le dapsone, l'atovaquone ou la pentamidine.

Le traitement optimal du *Cryptosporidium* est la multithérapie antirétrovirale. Il n'existe aucun médicament antiparasitaire prouvé, même si la nitoxanide et la paramomycine sont assez efficaces. Le meilleur médicament pour la microsporidiose est le HAART ainsi que l'albendazole. On recommande la fumagilline pour les infections oculaires. La toxoplasmose devrait être traitée à l'aide de sulfadiazine ou de clindamycine plus de la pyriméthamine plus de la leukovorine. Un traitement préventif devrait être envisagé pour les patients dont le compte des CD4 est inférieur à 100. En première ligne, il y a le TMP-SMX, suivi de dapsone plus de pyriméthamine plus de leukovorine ou d'atovaquone plus de pyriméthamine plus de leukovorine.

La rétinite CMV se traite avec du ganciclovir IV, puis du valganciclovir administré par voie buccale. D'autres choix comprennent des implants de ganciclovir et le foscarnet. On maintient le traitement jusqu'à ce qu'il y ait une reconstitution du système immunitaire avec la multithérapie antirétrovirale. L'herpès simplex devrait être traité avec l'acyclovir IV ou le valacyclovir; si l'infection est résistante à l'acyclovir, on utilisera le foscarnet ou le cidofovir. En ce qui concerne le zona, l'aciclovir est de nouveau le traitement de première ligne, mais on peut aussi utiliser le famicyclovir ou le valacyclovir. La multithérapie antirétrovirale est le seul traitement qui a prouvé son efficacité pour la LEMP. Il n'existe aucun médicament antiviral efficace pour cette maladie.

Pour les cancers, on a recours à la chimiothérapie et à la radiologie standard. On remarquera qu'en ce qui concerne la prévention, il faut conseiller aux patients séropositifs de continuer à utiliser des préservatifs avec leur partenaire sexuel, même si ce partenaire est lui ou elle-même séropositif(ve) (Phillips, 2007).

PRATIQUES CLÉS

Questions à envisager en matière de traitement des infections opportunistes.

- Les infirmières et les infirmiers comprennent les lignes directrices en ce qui concerne le traitement des infections opportunistes.
- Les infirmières et les infirmiers connaissent les doses des différentes formes de traitement.
- Les infirmières et les infirmiers évaluent leurs patients pour découvrir les effets néfastes découlant du traitement.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Robert est un homosexuel de 31 ans qui vient d'être admis à l'hôpital; il a des maux de tête, des raideurs dans le cou et sa vision est floue. Son compte des CD4 est de 50 et son pourcentage de CD4 est de 8 %. Une ponction lombaire révèle une pression de FSC qui s'élève à 45. Un diagnostic provisoire de méningite cryptococcale est proposé en attendant un tomodynamogramme.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : Elle/il sait que, vu ses symptômes et son état immunocompromis, Robert a probablement la méningite cryptococcale. Elle/il anticipe qu'il sera traité à l'amphotéricine B, à raison de 1,0 mg/kg/jour IV et à la flucytosine à raison de 100 mg/kg/jour par voie buccale.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier administre les médicaments tous les jours. Elle/il est conscient(e) du fait que l'amphotéricine est néphrotoxique. Elle/il surveille fréquemment l'azote uréique du sang et la créatinine ainsi que d'autres résultats d'analyse sanguine de base. Elle/il administre un bol intraveineux avant l'infusion d'amphotéricine pour protéger les reins. Elle/il prépare le patient pour les effets néfastes de l'infusion d'amphotéricine, notamment de la fièvre, des frissons et des raideurs, des maux de tête, de la nausée et des vomissements. Elle/il administre d'avance au patient de l'acétaminophène et de la diphenhydramine pour atténuer les effets secondaires.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS SAVENT INTERPRÉTER LES TESTS DE LABORATOIRE SPÉCIFIQUES AU DIAGNOSTIC DU SIDA, NOTAMMENT LE COMPTE DES CD4, LE POURCENTAGE DE CD4 ET LA CHARGE VIRALE PLASMATIQUE.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Outre une évaluation clinique, la progression de l'infection par le VIH ou un diagnostic du sida peuvent être déterminés par les résultats de certains tests sanguins. Les tests sanguins spécifiques au VIH comprennent la numération des CD4, le pourcentage des CD4 et la charge virale plasmatique du VIH. Ces résultats aident aussi à déterminer le moment optimal pour entreprendre le traitement ainsi qu'à évaluer son efficacité.

Les cellules CD4 sont un type de lymphocyte ou de globule blanc qui sont le plus souvent pénétrées par le virus du VIH, infectées et détruites par lui. Le compte normal des CD4 chez une personne non infectée se situe entre 410 et 1330 uL. À mesure que la maladie progresse, le compte des CD4 diminue. Idéalement, le traitement devrait être entrepris avant que la numération des CD4 chute au-dessous de 500 uL. On estime qu'une personne infectée a le sida lorsque le compte des CD4 tombe au-dessous de 200 uL. C'est à ce stade que le risque de développer des infections opportunistes, rarement rencontrées sans la présence du sida, augmente sensiblement.

De nombreux facteurs, y compris la maladie et les vaccinations, peuvent faire fluctuer le compte absolu des CD4. C'est pourquoi on calcule aussi le pourcentage des CD4. Pour déterminer le pourcentage de CD4, on calcule le nombre total de lymphocytes en circulation, puis on détermine quel pourcentage de ces cellules sont des cellules CD4. Le pourcentage de CD4 est plus facile à mesurer et peut être un prédicteur plus fiable de détérioration immunitaire parce que la divergence de mesure du pourcentage de CD4 est d'environ la moitié du compte absolu des CD4 (Pirzada, Khuder et Donabedian, 2006). Un pourcentage normal de CD4 d'une personne séronégative est de 40 %. Chez un individu séropositif, le pourcentage est de moins de 25 %. Une baisse du pourcentage de CD4 au-dessous de 15 % constitue un prédicteur fiable de mortalité chez les personnes séropositives (Moore et coll., 2006).

Non traité, le virus du VIH se répliquera à l'infini. Le test de charge virale plasmatique sert deux objectifs : premièrement, il montre la charge de virus dans le plasma sanguin. La charge virale plasmatique ne détermine pas la progression de la maladie, mais les études indiquent qu'une charge virale plus élevée augmente les risques de progression vers la maladie symptomatique et le sida (AIDS Education and Training Centres, 2009). La charge virale plasmatique peut être testée jusqu'à >10 000 000 copies/ml. La seconde fonction du test de charge virale est de déterminer l'efficacité de la multithérapie antirétrovirale. L'objectif de la thérapie est de réduire et de maintenir la charge virale plasmatique comme indétectable, soit moins de 40 copies/ml, car le virus du VIH ne peut pas être éliminé entièrement (BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, 2009). Une diminution de la charge virale plasmatique permet au compte des CD4 de se rétablir et réduit le risque de la personne atteinte par le VIH d'en infecter une autre.

PRATIQUES CLÉS

Examiner l'ensemble des résultats des analyses sanguines.

- Les infirmières et les infirmiers comprennent que les analyses sanguines seules ne déterminent pas la progression du VIH.
- Les infirmières et les infirmiers reconnaissent que les symptômes cliniques, en l'absence d'un compte peu élevé des CD4 et d'une charge virale plasmatique élevée, peuvent prouver la progression du VIH.
- Les infirmières et les infirmiers savent que l'évaluation clinique avec les résultats des analyses sanguines sont utilisées pour déterminer la progression ainsi que le moment adéquat du début du traitement antirétroviral.

- Les infirmières et les infirmiers reconnaissent qu'un compte des CD4 en chute est une indication qu'il faut discuter du traitement et l'entreprendre rapidement.
- Les infirmières et les infirmiers savent que les infections opportunistes, en l'absence de mauvais résultats aux analyses sanguines, doivent susciter une discussion portant sur les possibilités de traitement.
- Les infirmières et les infirmiers comprennent que si un patient suit un traitement antirétroviral et ne présente pas de diminution de la charge virale plasmatique, qu'il s'agit peut-être d'un signe de l'échec du traitement.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Melissa est une femme de 27 ans qui vient d'entrer au service d'urgence présentant essoufflement et toux; sa SaO₂ est de 72 %. Elle dit à l'infirmière qu'elle est séropositive; selon ses dernières analyses sanguines, son compte des CD4 était de 120, son pourcentage de CD4 de 8 % et sa charge virale plasmatique de 650 000. Elle ne suit pas de traitement antirétroviral ou prophylactique.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière/l'infirmier comprend que les résultats d'analyse sanguine de Melissa révèlent une immunodéficience grave qui l'expose à des infections opportunistes.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier prépare Melissa pour plusieurs tests diagnostiques comprenant une radiographie pulmonaire et une bronchoscopie parce qu'elle/il anticipe que le diagnostic de Melissa sera pneumonie, tuberculose ou pneumonie à pneumocystis jirovecii. Elle/il parle à Melissa pour essayer de comprendre pourquoi celle-ci ne suit pas de multithérapie antirétrovirale et se met en rapport avec d'autres professionnels de la santé pour surmonter les obstacles qu'elle a rencontrés et qui l'empêchent de suivre le traitement.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS SAVENT INTERPRÉTER LES TESTS DIAGNOSTIQUES DES ANTICORPS DU VIH ET FOURNIR DES SOINS ÉCLAIRÉS AUX PERSONNES QUI SE PRÉSENTENT AU TEST DE DÉPISTAGE DU VIH.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Dans le test de dépistage, la fenêtre sérologique désigne le délai entre le moment où une personne est infectée par le VIH et le moment où le test est apte à détecter l'infection. Il est essentiel que les fournisseurs de soins de santé comprennent la période de latence sérologique. Ce délai influence le moment du test et l'interprétation de résultats négatifs.

Les tests de dépistage du VIH les plus courants sont l'EIA et le transfert Western, qui font partie de la troisième génération de tests, conçus pour détecter la présence d'anticorps au VIH et qui sont effectués sur des échantillons de sang veineux. L'EIA est un test très sensible et dans le processus de test de laboratoire, il est effectué en premier. L'EIA est capable de détecter les anticorps au HIV trois semaines après l'infection. La sensibilité de l'EIA signifie aussi qu'il peut parfois donner des résultats faussement positifs. C'est pourquoi tous les échantillons sanguins qui donnent des résultats positifs sont ensuite testés à l'aide du transfert Western qui est un test de laboratoire très spécifique. Les analyses pratiquées dans les points de service sont des tests d'EIA, par conséquent incapables de fournir un véritable résultat positif confirmé. C'est pourquoi un test de confirmation à l'aide du transfert Western est critique lorsqu'on utilise les trousse de dépistage dans les points de service.

Dans de rares instances, un test de transfert Western est incapable de déterminer si un spécimen est réactif ou non. Si c'est le cas, les résultats sont décrits comme étant non conclusifs et le test doit être refait.

La technologie en matière de tests de dépistage progresse constamment. On peut utiliser le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) lorsqu'on obtient un faible signal sur le test d'EIA et que le transfert Western est non réactif ou non conclusif. Un résultat négatif au TAAN exclut définitivement la possibilité d'une infection par le VIH. Un résultat positif au TAAN, lorsque le transfert Western est non réactif, est indicateur d'une infection par le VIH aiguë. Il est avantageux de pouvoir diagnostiquer les personnes lorsqu'elles sont dans la phase aiguë de l'infection au VIH. Pendant cette période de 2 mois, celles-ci auront une charge virale plasmatique de VIH très élevée, mais peuvent ne pas être conscientes d'avoir été infectées. Elles pourraient transmettre le VIH beaucoup plus facilement à d'autres soit par des relations sexuelles non protégées ou encore en partageant du matériel d'injection de drogues.

Lorsque l'EIA est non réactif ou négatif, cela signifie que les anticorps n'ont pas été détectés. Si la personne n'a pas eu d'exposition au VIH possible pendant la fenêtre sérologique (3 mois précédant le test), le résultat négatif peut s'interpréter comme étant véritablement négatif.

PRATIQUES CLÉS

Les infirmières et les infirmiers comprennent ce qui suit lorsqu'elles/ils effectuent le test de dépistage du VIH et communiquent les résultats.

- Elles/ils comprennent l'importance de la fenêtre sérologique lorsqu'elles/ils interprètent les résultats d'EIA et du transfert Western.
- Elles/ils comprennent et peuvent expliquer ce que signifient des résultats non réactifs, réactifs et non conclusifs.
- Elles/ils comprennent les indications pour l'utilisation du test TAAN.
- Elles/ils comprennent les implications d'un diagnostic de VIH aigu.
- Il y a un certain nombre de renseignements liés au test qui doivent être discutés car ces renseignements font partie d'une prise de décision éclairée (consentement éclairé).

- Il existe beaucoup de données spécifiques importantes pour les infirmières et les infirmiers concernant les capacités de chaque test. Le jugement clinique de l'infirmière ou de l'infirmier doit déterminer la quantité de renseignements nécessaire à donner au client afin qu'il puisse prendre une décision éclairée de faire ou non le test.
- L'interprétation des résultats du test VIH (non réactif, réactif ou non conclusif) doit être claire.
- En cas de résultats non réactifs, il est essentiel d'établir une date pour refaire le test lorsque le client est dans la fenêtre de latence sérologique.
- Lorsque l'infirmière/l'infirmier communique le résultat réactif, non conclusif ou de VIH aigu, elle/il évalue le niveau d'orientation, de suivi et de soutien dont le patient a besoin.
- En communiquant des résultats réactifs, il est important d'évaluer la capacité du client de faire face au diagnostic, de lui fournir le soutien nécessaire, de discuter de la prévention, d'offrir des conseils aux autres personnes qui peuvent avoir besoin d'un test et de mettre l'accent sur les étapes suivantes tels que l'accès à une évaluation clinique et le traitement.
- Respectez la réaction du client face à un résultat positif ou négatif.
- Il est important pour les personnes communiquant les résultats positifs du VIH de tenir compte des répercussions potentielles.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Un homme homosexuel de 18 ans entre dans la clinique pour demander un test de dépistage. Il dit à l'infirmière qu'il a eu des relations sexuelles anales réceptives non protégées avec un partenaire séropositif pendant une période de 30 jours lors de ses vacances. Son dernier contact sexuel avec ce partenaire a eu lieu deux semaines auparavant. Il décrit des symptômes ressemblant à la grippe pendant ces deux semaines. Le client a décidé de faire le test immédiatement, puis de le refaire jusqu'à ce qu'il ne soit plus dans la fenêtre sérologique.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : Ce client était inconnu de l'infirmière/de l'infirmier, il était donc important d'établir une bonne relation infirmière/client. Le client a identifié un risque reconnu, mais puisque sa dernière exposition était assez récente, il serait nécessaire de refaire le test si le résultat du test d'anticorps est négatif. L'infirmière/l'infirmier a posé des questions sur ses symptômes ressemblant à ceux de la grippe au cours des 30 derniers jours, car cela pourrait indiquer la maladie liée à la séroconversion. Le client a répondu qu'il a dû s'absenter du travail la semaine d'avant lorsqu'il a eu « la grippe ». L'infirmière/l'infirmier voulait établir les connaissances du client relativement au VIH afin de découvrir ses lacunes; elle/il voulait examiner les résultats possibles d'un test d'anticorps de VIH. La présence de la maladie liée à la séroconversion plus l'exposition décrite ont incité l'infirmière/l'infirmier à évaluer ce que le client savait sur l'infection aiguë par le VIH.

Les antécédents du client et la fenêtre sérologique des tests d'anticorps indiquent qu'il faudrait une série de tests de dépistage si le premier test se révélait négatif. Il était important que l'infirmière/l'infirmier pose des questions sur les résultats attendus du client, la réaction potentielle du client face à un diagnostic de VIH et les appuis personnels et professionnels sur lesquels il peut compter.

Intervention infirmière : Le résultat du premier test d'anticorps était non réactif. Puisque le client pouvait être dans la fenêtre de latence et avait éprouvé des symptômes ressemblant à la grippe, l'infirmière/l'infirmier a suggéré un autre test deux semaines plus tard. L'infirmière/l'infirmier et le client ont discuté de sa propre protection et de celle d'un partenaire dans l'attente de passer un deuxième test.

Le second test d'anticorps EIA, effectué deux semaines plus tard, était réactif et le test de transfert Western non conclusif. Le labo a effectué un test de TAAN basé sur ce qui a été trouvé dans le transfert Western. Le TAAN a identifié l'ARN du VIH. L'infirmière/l'infirmier a expliqué les résultats, disant que même si le transfert Western était non conclusif, le TAAN a identifié le VIH, ce qui veut dire qu'il est séropositif. L'infirmière/l'infirmier a donné au patient de l'espace et du temps pour réfléchir à ce résultat.

Les résultats du labo indiquent qu'il s'agit d'une infection par VIH aiguë. L'infirmière/l'infirmier lui a longuement expliqué ce que cela signifiait et a rappelé à son client que le niveau de VIH dans son corps serait très élevé pendant plusieurs mois, ce qui facilite la transmission du VIH à une personne séronégative lors de relations sexuelles non protégées ou en partageant le matériel d'injection de drogues. Le client a posé des questions ayant trait au traitement du VIH. L'infirmière/l'infirmier a brièvement discuté le succès de la multithérapie antirétrovirale et a recommandé une évaluation clinique par un médecin pour explorer cette option.

L'infirmière/l'infirmier a suggéré un test de confirmation pour lequel le client a donné son accord. Lorsque le résultat est revenu, l'infirmière/l'infirmier a suggéré d'envisager les prochaines étapes qui incluront une discussion avec ses partenaires. L'infirmière/l'infirmier a mentionné au client qu'une infirmière/un infirmier de santé publique peut l'aider à aviser tout partenaire à qui il ne veut pas parler en personne. Pour terminer, l'infirmière/l'infirmier et le client ont discuté des personnes qui pourraient le soutenir dans sa vie personnelle et des organismes communautaires spécifiques qui existent s'il avait besoin de parler à quelqu'un dans les prochains jours.

PRODIGUER DES SOINS AUX CLIENTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA OU À RISQUE DE CONTRACTER L'INFECTION.

- LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE PRATIQUES EXEMPLAIRES -

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS CONNAISSENT BIEN LE PROCESSUS DE TEST DE DÉPISTAGE POUR LE VIH.

A) LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS COMPRENNENT LES FACTEURS QUI RENDENT LES PERSONNES VULNÉRABLES À L'INFECTION PAR LE VIH.

B) LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS COMPRENNENT COMMENT OFFRIR LE TEST DE DÉPISTAGE DU VIH AUX CLIENTS VULNÉRABLES.

C) LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS COMPRENNENT LE PROCESSUS DE FOURNIR LE TEST DE DÉPISTAGE DU VIH, SOIT ELISA (TEST DE LABO) OU LE TEST DANS LES POINTS DE SERVICE.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

À l'exception de quelques programmes d'extension et de quelques cliniques spécialisées en infections transmissibles sexuellement (ITS), les tests de dépistage pour le VIH commencent souvent dans le cadre d'une clinique. Le test de dépistage dans les cliniques ITS ou dans le cabinet médical est souvent recommandé par un professionnel de la santé ou est effectué à la demande du client. De nombreux clients déclarent qu'ils ne se sentent pas bien accueillis dans les cadres médicaux traditionnels et refusent d'y retourner lorsqu'ils ont besoin de soins. Restreindre le test de dépistage à des cliniques ou à des cabinets médicaux signifie que certaines personnes vulnérables n'auront peut-être pas accès aux services. Il est crucial que les programmes répondent aux besoins des populations vulnérables. Les infirmières et les infirmiers doivent avoir la conscience et la détermination de lutter pour obtenir des programmes aptes à offrir les services hors des cadres traditionnels. Outre l'établissement de programmes communautaires, les infirmières et les infirmiers ont besoin de leurs compétences et de leur jugement pour s'occuper efficacement des personnes mal desservies et marginalisées dans les services de prévention du VIH.

Afin d'obtenir un consentement éclairé de la part du client, les infirmières et les infirmiers doivent pouvoir :

- discuter les avantages du test de dépistage du VIH avec les clients.
- explorer les raisons pour lesquelles une personne ne veut pas de test de dépistage.
- se montrer sensible et respectueux par rapport au droit des clients de donner seulement les renseignements personnels qu'ils veulent sans se sentir mal à l'aise. expliquer clairement à la fois les capacités du test de dépistage et les étapes suivantes au cas où le test est positif.
- identifier les risques afin de répondre aux préoccupations du client. Ne pas révéler un risque ne doit jamais être un obstacle à un test de dépistage.
- Les infirmières et les infirmiers qui peuvent fournir les tests de dépistage du VIH en laboratoire et dans les points de service doivent avoir les compétences d'évaluer quel test serait le plus efficace et le plus sécuritaire dans une situation donnée.
- Les infirmières et les infirmiers saisissent l'occasion d'offrir le dépistage des maladies sexuellement transmissibles en même temps que le test de VIH.

PRATIQUES CLÉS

Les infirmières et les infirmiers fournissant le test du VIH devraient :

- Se servir de leur créativité pour s'occuper de la meilleure façon possible des populations marginalisées en ce qui concerne le VIH et le test de dépistage du VIH.
- Déterminer quels sont les renseignements ayant trait au VIH et au test du VIH dont le client a besoin. Cela implique une écoute active.
- Évaluer les habiletés d'adaptation et les systèmes de soutien du client.
- Déterminer le besoin d'impliquer le client dans la planification et la mise en œuvre des stratégies de prévention des maladies sexuellement transmissibles et du VIH.
- Comprendre que le test de VIH n'est effectué qu'après avoir obtenu un consentement éclairé.
- Utiliser son jugement pour déterminer la méthode appropriée de test : en laboratoire ou dans un point de service.
- Se montrer sensible aux besoins, valeurs et choix du client. Respecter la dignité du client.
- Répondre aux préoccupations et aux peurs du client par rapport au test du VIH.
- Déterminer le besoin de recommandation.
- Admettre que le test de dépistage du VIH peut être stressant.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : À la suite d'une présentation HIV 101 à un groupe d'étudiants en anglais langue seconde, Miyuki, 18 ans, s'est approchée de l'infirmière/de l'infirmier et a demandé à lui parler en privé. Une fois la porte close, Miyuki a dit qu'elle voulait savoir où elle pouvait se faire tester pour le VIH. Elle dit qu'elle pense qu'une personne « avec qui elle était » est séropositive. Elle dit qu'elle utilise toujours des préservatifs. Elle a eu un avortement thérapeutique il y a quelques mois.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière/l'infirmier reconnaît plusieurs problèmes :

- Le choix des mots « une personne avec qui elle était est séropositive » signifie-t-il qu'elle a eu des contacts à risque avec cette personne?
- Déterminer s'il existe un obstacle linguistique et s'il faut un interprète. Miyuki est Japonaise et l'anglais est sa deuxième langue.
- Déterminer le niveau de connaissance de Miyuki relativement au VIH et au test de dépistage.
- Déterminer le réseau d'entraide de Miyuki, puisqu'elle n'est pas dans son pays.
- Explorer davantage la déclaration de Miyuki affirmant qu'elle utilise toujours des préservatifs, alors qu'elle est tombée enceinte.
- L'infirmière/l'infirmier décide qu'un test de labo est préférable à un test dans un point de service.

Intervention infirmière :

1. Trouver un endroit afin de continuer à parler en privé à Miyuki et où une analyse sanguine peut être administrée, le cas échéant. Si elle accepte d'aller à une clinique, ce serait idéal.
2. Déterminer le niveau d'anglais pratique de Miyuki par rapport au VIH et trouver ce qu'elle sait. Si sa compréhension n'est pas bonne, l'infirmière/l'infirmier demande à Miyuki ce qu'elle pense de communiquer avec l'infirmière/l'infirmier à l'aide d'un service d'interprétation par téléphone.
3. L'infirmière/l'infirmier a expliqué le test de labo du VIH; elle/il a pu déterminer que Miyuki a une amie proche avec qui elle peut parler du test.
4. Grâce à une écoute active et en posant à Miyuki des questions directes, l'infirmière/l'infirmier a déterminé que Miyuki comprenait le test, qu'elle pouvait donner son consentement, qu'elle pouvait fournir un numéro de téléphone de contact et qu'une amie serait là pour l'appuyer.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS COMPRENNENT L'IMPORTANCE DE LA CONSULTATION POUR LES PATIENTS AVANT ET APRÈS LE TEST DE DÉPISTAGE DU VIH.

- A) LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS PEUVENT EXPLIQUER LA DIFFÉRENCE ENTRE LES TESTS NOMINATIFS, NON NOMINATIFS ET ANONYMES.**
- B) LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS PEUVENT SOUTENIR LEURS CLIENTS LORS DU PROCESSUS DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES.**
- C) LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS SOUTIENNENT LEURS CLIENTS AFIN QUE CEUX-CI OBTIENNENT UN SUIVI ADÉQUAT, Y COMPRIS DES ORIENTATIONS VERS DES GROUPES DE SOUTIEN ET DES SOINS PRIMAIRES.**

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Offrir de la consultation avant et après un test de dépistage du VIH est une pratique standard depuis le début des tests pour le VIH en 1985. Il est généralement reconnu depuis la fin des années quatre-vingt qu'il faut prévoir une consultation préalable et postérieure au test de dépistage (Réseau juridique Canadien VIH/sida, 2007a). De la consultation avant le test est essentiel pour que le patient soit apte à donner un consentement éclairé en vue de faire le test. De plus, il a été prouvé que les personnes qui reçoivent des consultations préalables et postérieures au test sont moins susceptibles de souffrir d'effets psychologiques adverses tels que la dépression et les tendances suicidaires s'ils découvrent qu'ils sont séropositifs (Réseau juridique Canadien VIH/sida, 2007b).

PRATIQUES CLÉS

Lorsque les infirmières et les infirmiers procurent du soutien avant et après le test de dépistage :

- Les infirmières et les infirmiers peuvent rassurer les clients que leur confidentialité sera respectée pendant le test et le processus de notification des partenaires.
- Les infirmières et les infirmiers sont sensibles aux besoins, valeurs et choix de leurs clients.
- Les infirmières et les infirmiers sont conscients de l'importance du soutien des clients qui entreprennent les tests pour le VIH.
- Les infirmières et les infirmiers comprennent que la culture et l'ethnicité du client ainsi que son statut socioéconomique et ses choix de style de vie peuvent avoir une incidence sur son sens de sécurité lors de ses contacts avec le système de santé et fournissent des soins selon les principes de sécurisation culturelle.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Une femme de vingt-trois ans qui vient de retourner chez elle dans une communauté des Premières Nations au nord de la Colombie-Britannique arrive à la clinique souffrant d'un mal de gorge. Elle se présente à l'accueil et se rend compte que la réceptionniste est sa cousine. Dans la salle d'attente, elle lit une affiche qui annonce une séance de sensibilisation au VIH prévue dans la communauté sous le nom de Around the Kitchen Table (ATKT) (« Autour de la table de cuisine ») qui pique sa curiosité. Sa cousine l'appelle pour lui dire que l'infirmière/l'infirmier en santé communautaire est prêt.e à la recevoir. Pendant le rendez-vous, l'infirmière/l'infirmier remarque qu'elle n'a pas eu de test Pap depuis de nombreuses années et suggère un rendez-vous de suivi le lendemain pour un bilan de santé de femme « en bonne santé ». Le lendemain, après l'examen physique, on lui offre un test pour le VIH. L'infirmière/l'infirmier en santé communautaire dit que, puisqu'elle est active sexuellement, elle devrait envisager une analyse sanguine pour certaines maladies qui n'ont pas de symptômes telles que le VIH et l'hépatite C. Assez embarrassée, elle répond, « Je ne sais pas, comment être sûre que c'est confidentiel? » L'infirmière/l'infirmier déclare, « comme tous les services de santé en Colombie-Britannique, le test pour le VIH est un processus confidentiel. Nous recevons les résultats par un télécopieur confidentiel situé dans un bureau verrouillé et vos résultats sont donnés au médecin conseil en santé publique. Une infirmière/un infirmier en santé publique fera un suivi confidentiel avec vous. » Elle fournit alors une copie d'une fiche de santé de la C.-B. sur le VIH et les tests de VIH pour qu'elle se rende compte des avantages du test pour le VIH, lui demande de le lire et lui dit qu'elle reviendra dans quelques minutes. Quand elle revient, elle veut en savoir plus sur le suivi volontaire. L'infirmière/l'infirmier en santé communautaire déclare que le suivi volontaire sera offert par le cabinet de santé publique pour s'assurer qu'elle a soutien, accès au traitement et suivi.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière/l'infirmier sait que le client est active sexuellement, a des relations sexuelles non protégées et n'a jamais eu de test pour le VIH. Elle/il est aussi conscient(e) des problèmes que pose le test pour le VIH dans les petites communautés.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier en santé communautaire fournit une copie de la fiche de santé de la C.-B., obtient le consentement et effectue un test non nominatif pour le VIH après la discussion préalable. Les résultats sont photocopiés 10 jours plus tard et l'infirmière/l'infirmier en santé communautaire organise un rendez-vous pour la discussion postérieure au test.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS IDENTIFIERONT LES CLIENTS À RISQUE DE CONTRACTER LE VIH ET OFFRIRONT DE L'ÉDUCATION PRÉVENTIVE.

A) LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS INCORPORERONT LES PRINCIPES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS POUR LES SOINS DES CLIENTS VULNÉRABLES.

B) LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS DEVRONT ÊTRE EN MESURE D'IDENTIFIER LE GENRE, L'ETHNICITÉ, LE STYLE DE VIE ET LES PROBLÈMES SOCIO-ÉCONOMIQUES QUI EXPOSENT LES CLIENTS AU RISQUE D'INFECTION AU VIH.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) estimait à 65 000 le nombre de personnes atteintes du VIH et à environ 2 300 à 4 300 le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH annuellement au Canada (2008). Tous les cas de VIH représentent une population à risque. Dans tout le Canada, les nouveaux cas de VIH sont surreprésentés dans les catégories d'exposition suivantes : les hommes qui ont des relations homosexuelles, les utilisateurs de drogues injectables et les personnes originaires de pays où le VIH est endémique (hétérosexuels/endémique). En outre, en raison de vulnérabilités biologiques et sociales complexes, les travailleurs de l'industrie du sexe, les Autochtones, les femmes, les jeunes, les détenus et les personnes atteintes d'une maladie mentale. Les personnes faisant partie de ces catégories sont de plus en plus vulnérables à l'infection par le VIH (ONUSIDA, 2007).

Les organisations internationales, telles que les Nations Unies et l'Organisation mondiale de la santé reconnaissent que l'interaction de déterminants sociaux complexes au niveau de la santé a une incidence sur la vulnérabilité à l'infection au VIH. Des facteurs tels que la pauvreté, l'inégalité des revenus, la faible alphabétisation et le niveau d'éducation, les inégalités entre les sexes, l'absence de connaissances et du savoir-faire nécessaires pour se protéger contre l'infection au VIH, ainsi que les normes sociales et culturelles qui conduisent à une discrimination ou à une marginalisation sociale et qui stigmatisent et « peuvent contribuer à inhiber certaines populations, lesquelles ont de ce fait de la difficulté à bénéficier ou à faire usage des services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH » (ONUSIDA, 2007).

Les infirmières et infirmiers doivent être en mesure d'identifier les populations les plus à risque dans leur contexte local et agir de façon à fournir des soins appropriés et dépourvus de jugement.

La réduction des méfaits est une démarche de santé publique fondée sur les éléments probants, qui implique une gamme de politiques dépourvues de tout jugement, de programmes et de pratiques qui ont pour objectif de diminuer les effets nuisibles sur la santé et les conséquences socio-économiques d'un comportement nocif. Bien qu'étant communément associées aux méfaits causés par la drogue, les pratiques de réduction des méfaits peuvent nécessiter une démarche élargie pour répondre à une vaste gamme de problèmes de santé publique, y compris les méfaits liés à la drogue et au sexe. Le principe fondamental de la philosophie de réduction des méfaits consiste à prendre en compte « leurs problèmes actuels » tout en se concentrant sur la réduction des méfaits, plutôt que sur la prévention ou sur l'élimination d'un comportement nocif (International Harm Reduction Association, 2011). Les infirmières et infirmiers qui pratiquent la réduction des méfaits non seulement « acceptent les personnes telles qu'elles sont », mais « reconnaissent également l'importance de tout changement positif apporté dans la vie d'une personne » (International Harm Reduction Association, 2011).

Les valeurs de base et les principes d'une démarche de réduction des méfaits, tels que soulignés ci-dessus, sont également en accord avec les normes professionnelles et d'éthique canadiennes existantes en matière de pratiques du personnel infirmier (Griffiths, 2002; Pauly, Goldstone, McCall, Gold et Payne, 2007; Wood, Zettel et Stewart, 2003).

Les services spécifiques de réduction des méfaits appliqués au Canada incluent :

- Les Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues – Mis en place officiellement au Canada depuis la fin des années 1980, offrant non seulement un approvisionnement propre d'équipement d'injection et des condoms, mais également une éducation sanitaire liée à des pratiques d'injection plus sécuritaires. Il existe plus de 200 programmes de ce type en service au pays. Toutefois, l'accès à un approvisionnement propre d'équipement d'injection reste limité principalement dans les zones rurales du pays et aucun programme n'est disponible dans l'univers carcéral.
- Les sites d'injections sécuritaires (SIS) – Le premier et seul site Nord-Américain légal a été créé dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver en 2003. De nombreuses évaluations scientifiques du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS ont souligné les résultats positifs, notamment pour la réduction de la quantité d'équipement partagé (tant par les utilisateurs individuels que la collectivité dans son ensemble), ainsi que la réduction du nombre d'individus qui s'injectent dans les lieux publics.
- Les trousse pour un usage plus sécuritaire de crack – Plusieurs villes canadiennes ont lancé la distribution de trousse pour l'usage plus sécuritaire de crack pour répondre au risque de transmission de l'hépatite C parmi les individus qui fument du crack. Les trousse incluent en général des informations sur la santé, des tubes en verre pour pipes, des embouts buccaux de caoutchouc, des grilles de métal, des condoms, du baume labial et des compresses à l'alcool. Les trousse empêchent le partage de pipes et permettent de minimiser les blessures buccales, qui pourraient faciliter les pathogènes à diffusion hématogène.
- La thérapie de substitution des opiacés.
- Au Canada, tant la méthadone que la buprénorphine sont autorisées comme thérapie de substitution des opiacés. Cependant, la réglementation stricte de la méthadone, les obstacles élevés des règles et procédures d'évaluation, le sous financement, la pénurie de médecins prescripteurs qualifiés et de pharmacies habilitées à délivrer des médicaments a eu pour effet que le nombre d'individus consommateurs d'opiacés ayant accès à la méthadone est resté faible.

- La distribution de condoms et de l'éducation sur les rapports sexuels protégés – Le Canada a mis en œuvre une distribution à grande échelle de condoms gratuits dans les sites et les secteurs, afin de prévenir la transmission du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Des services de counselling et de dépistage volontaires (CVT) confidentiels sur le VIH sont également disponibles dans tout le Canada, et certaines provinces offrent des options de test anonymes. Des programmes de soins communautaires accompagnés de services complets (Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, distribution de condoms, CVT etc.) pour les populations marginalisées ont permis de compenser les problèmes liés aux stigmates, à la discrimination et aux questions de divulgation liées à l'identification d'une personne qui consomme des drogues (International Harm Reduction Association, 2010).

PRATIQUES CLÉS

Problèmes à considérer pour ce qui est de l'utilisation active de drogues :

- Les infirmières et les infirmiers comprennent l'importance de considérer leurs patients qui utilisent des drogues d'une façon dépourvue de tout jugement.
- Les infirmières et les infirmiers connaissent les services de réduction des méfaits qui existent dans leur collectivité et s'assurent que leurs patients soient informés de ces ressources.
- Les infirmières et les infirmiers saisissent les occasions d'enseigner une utilisation sécuritaire des drogues.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Roy est un homme de 33 ans originaire de l'Alberta, qui consomme des drogues injectables depuis 8 ans et qui s'est installé récemment dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver. Du personnel infirmier itinérant rencontre Roy dans la clinique de santé d'un hôtel d'hébergement en chambres individuelles. Celui-ci indique au personnel infirmier itinérant qu'il lui arrive de partager son équipement d'injection avec d'autres résidents qui vivent sur le même étage de cet hôtel. Il n'a aucune idée de son état en ce qui concerne le VIH ou l'hépatite et le personnel infirmier itinérant note qu'il a un abcès inflammatoire important sur l'avant-bras droit.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière/l'infirmier de première ligne travaillant avec des clients qui présentent des risques de transmission du VIH (liés aux drogues ou aux rapports sexuels) doit vérifier et travailler avec ses clients pour indiquer :

- Quels sont les risques spécifiques et les méfaits associés à un comportement à risque particulier?
- Quelles sont les causes de ces risques et de ces méfaits?
- Qu'est ce qui peut être fait pour diminuer ces risques et ces méfaits?
(International Harm Reduction Association, 2011).

Intervention infirmière : Le personnel infirmier sait qu'il doit faire état des points ci-dessus et :

1. Conseiller le client sur l'endroit où il peut avoir accès régulièrement à un approvisionnement d'équipement d'injection propre pour éviter le partage avec d'autres résidents.
2. S'informer auprès du client s'il souhaite un dépistage sérologique du VIH, de l'hépatite et d'autres éléments connexes (hépatite B s'il n'est pas vacciné, syphilis, etc.).
3. Éduquer le client sur les pratiques telles que les pratiques d'injection sécuritaire (nettoyage des surfaces d'injection, préparation ou cuisson des drogues, la rotation des veines, la prévention des surdoses de drogues, etc.).
4. Offrir au client de le recommander à un centre de soins primaires pour une gestion des soins primaires courants et l'évaluation et le traitement de l'abcès.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS DOIVENT SAVOIR COMMENT PRÉVENIR LA TRANSMISSION VERTICALE POUR LES FEMMES ENCEINTES SÉROPOSITIVES.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Depuis 1995, il a été enregistré un taux de transmission verticale au fœtus de 3 % et de 0 % chez les femmes suivant un traitement antirétroviral. Il est essentiel que les infirmières/infirmiers soignent les femmes enceintes séropositives sans porter de jugement, afin que les femmes acceptent les soins et la thérapie antirétrovirale pendant la grossesse. Il est également très important de pouvoir évaluer le risque et d'offrir une thérapie prophylactique aux femmes en phase de travail dont l'état sérologique est inconnu et dont le style de vie est à haut risque.

a) Les infirmières et les infirmiers doivent connaître les options antirétrovirales qui sont utilisées au cours de la grossesse et en phase de travail.

Le traitement antirétroviral (ART) a transformé les soins aux femmes enceintes et à leurs enfants. Avant ce traitement, les femmes enceintes qui étaient séropositives avaient 25 % de chances de transmettre le virus à leur nouveau-né. Avec le HAART, le taux de transmission est tombé à moins de 2 %. Toutes les femmes séropositives devraient être soumises au traitement antirétroviral hautement actif au second et au troisième trimestre de leur grossesse. Le ART est administré pendant la phase de travail et l'accouchement et le nouveau-né reçoit le traitement antirétroviral pendant les premières six semaines post-partum. En général, les femmes enceintes reçoivent une combinaison d'inhibiteurs nucléosides de la transcriptase inverse et des inhibiteurs de protéases. L'Éfavirenz est contre-indiqué car il est tératogénique. La névirapine ne peut pas être prescrite aux femmes avec un compte des CD4 supérieur à 250 en raison d'un risque accru d'insuffisance hépatique. En plus d'un ART oral, une infusion de zidovudine est administrée au début de la phase de travail. Toutes les femmes enceintes séropositives doivent commencer un traitement de multithérapie antirétrovirale, quelle que soit leur numération des CD4. L'objectif est de réduire la charge virale plasmatique à un niveau non détectable, de façon à limiter la transmission virale potentielle. Les nouveau-nés doivent prendre du sirop de zidovudine pendant les premières six semaines post-partum. Si la charge virale des femmes reste élevée au moment de la phase de travail, il doit leur être administré une dose de névirapine au début de la phase de travail et le nouveau-né devra également prendre de la névirapine au moment de l'accouchement.

PRATIQUES CLÉS

- Les infirmières et les infirmiers doivent comprendre que le traitement rétroviral permet de prévenir la transmission verticale du VIH chez la femme enceinte.
- Les infirmières et les infirmiers doivent faire leur propre éducation sur les traitements de choix utilisés pour traiter le VIH chez la femme enceinte.
- Les infirmières et les infirmiers doivent s'assurer que leurs patientes séropositives comprennent qu'elles peuvent être enceintes en toute sécurité et donner naissance à un bébé en bonne santé sans infection au VIH.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Tyfanny arrive à la maternité en phase de travail. Elle présente une dilatation de 3 cm. Son dossier indique qu'elle est consommatrice de drogues par injection. Elle n'a pas reçu de soins prénatals et n'a pas eu de traitement antirétroviral. Elle ne connaît pas son statut par rapport au VIH.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière/l'infirmier estime qu'il existe une possibilité que Tyfanny soit séropositive. Comme elle n'a pas eu de traitement antirétroviral, elle peut avoir une charge virale plasmatique élevée. Cela exposerait son bébé au risque d'infection du VIH.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier consulte le médecin sur l'administration à Tyfanny d'AZT et de névirapine en l'absence de test pour le VIH. Elle/il sait que bien que les chances de réduction de transmission sont moindres que si elle avait été sous HAART pendant sa grossesse, cela réduira toutefois le risque de transmission à 8 %. Le personnel infirmier et le médecin parlent à Tyfanny et obtiennent son consentement pour commencer le traitement.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS DOIVENT SAVOIR COMMENT PRÉVENIR LA TRANSMISSION VERTICALE POUR LES FEMMES ENCEINTES SÉROPOSITIVES.

B) LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS CONNAISSENT LES PROBLÈMES AUXQUELS CETTE POPULATION SOUVENT MARGINALISÉE EST CONFRONTÉE ET COMMENT AIDER CES FEMMES TOUT AU LONG DE LEUR GROSSESSE.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Au Canada, il est estimé que 10 799 femmes sont séropositives (ONUSIDA, 2008). Au moins 24 % des nouvelles infections se produisent chez les femmes et la majorité d'entre elles sont en âge de procréer. Les femmes autochtones et immigrantes sont surreprésentées dans ces statistiques. Un problème aggravant est l'absence de services de base appropriés pour les femmes enceintes consommatrices de substances, ainsi que les attitudes négatives et punitives vis à vis de ces femmes. Cette discrimination et ces stigmates se manifestent par la difficulté qu'elles ont à trouver des fournisseurs de soins de santé, au fait d'être jugées et de ne pas avoir accès à de la consultation, des traitements, des soins de santé et des soins en sidologie.

PRATIQUES CLÉS

Les infirmières et les infirmiers, en collaboration avec l'équipe de soins de santé devront :

- Comprendre la nécessité d'un environnement de soins accueillant, non menaçant, non moralisateur.
- Comprendre que l'absence ne signifie pas « non-conformité ».
- Comprendre la nécessité de travailler avec d'autres membres de l'équipe pour coordonner les soins.
- Comprendre que la gestion du VIH et de la thérapie antirétrovirale procure les meilleurs soins, mais que prescription ne signifie pas que le traitement est suivi.
- Comprendre que la vie de certaines femmes est un chaos et qu'elles peuvent avoir besoin dans la mesure du possible d'observer une thérapie quotidienne.
- Comprendre qu'une aide au financement des médicaments peut être nécessaire.
- Comprendre la nécessité d'aider à gérer les effets secondaires de la thérapie, tels que les nausées.
- Comprendre que les femmes peuvent avoir un sentiment de culpabilité et de honte et avoir peur des conséquences pour le bébé.
- Comprendre la nécessité d'une nutrition adéquate et des difficultés pour certaines femmes.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Heather est une femme des Premières Nations de 30 ans, G4A1P2. Aucun de ses deux enfants n'est sous sa responsabilité. Elle est séropositive et atteinte de l'hépatite C (depuis 4 ans). Elle est enceinte de 20 semaines. Elle n'a pas eu de soins prénatals. Elle consomme activement de l'héroïne et de la cocaïne par voie intraveineuse. Pas d'adresse fixe. Elle a commencé un traitement de méthadone à l'hôpital, mais elle veut s'en aller.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière/l'infirmier comprend que l'hôpital est un environnement hostile pour Heather. Elle/il comprend également l'importance de communiquer avec elle, d'obtenir son consentement pour des analyses sanguines et la nécessité de commencer un traitement antirétroviral. Elle/il est aussi conscient(e) de la nécessité d'une alimentation améliorée, de soins prénatals et d'un logement. Toutefois, Heather insiste, elle veut partir.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier parle à Heather et lui demande ce qu'elle souhaite pour cette grossesse. Elle/lui demande si elle est intéressée par un logement, des soins prénatals et si elle veut être informée des options de traitement antirétroviral et comment cela éliminera la transmission au bébé. Elle/il encourage Heather à rester à l'hôpital pour se stabiliser, mais quand Heather confirme son souhait de s'en aller, elle/il lui indique des endroits dans la collectivité où elle aura accès à des repas gratuits, ainsi que des agences communautaires avec lesquelles elle peut se mettre en rapport. Elle/il demande à Heather si elle accepte l'idée que du personnel itinérant vienne la voir pour lui offrir un autre rendez-vous, et où ils pourront la trouver. Elle/il lui demande si elle souhaite être aidée à trouver un lit dans un centre d'accueil.

PRODIGUER DES SOINS AUX CLIENTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA OU À RISQUE DE CONTRACTER L'INFECTION.

- LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE PRATIQUES EXEMPLAIRES -

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS COMPRENNENT QUE CE NE SONT PAS TOUTES LES COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES QUI SONT PRÊTES À FAIRE FACE AUX PROBLÈMES RELATIFS AU VIH ET QU'IL EST NÉCESSAIRE DE FAVORISER UNE PRISE DE CONSCIENCE ET UNE PRÉPARATION RELATIVES AU VIH DANS LES COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Les Autochtones représentent un pourcentage disproportionné de nouveaux diagnostics de VIH. Alors que les membres des Premières nations représentent environ 5 % de la population totale de la Colombie-Britannique, ils comptaient pour 16 % de tous les nouveaux diagnostics de VIH en 2009 (Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, 2011). En outre, les femmes autochtones représentent 24 % de tous les nouveaux diagnostics de VIH chez les femmes (Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, 2011). Ces statistiques alarmantes prouvent la nécessité d'une prise de conscience et d'une éducation plus importante, de plus de prévention et de soins dans les collectivités autochtones.

Il existe de nombreux facteurs associés aux taux plus élevés de VIH dans les collectivités autochtones, dont, entre autres, la pauvreté, un niveau d'éducation inférieur, le manque de sécurité alimentaire, l'accès aux soins de santé, l'itinérance, le chômage élevé, la toxicomanie et les expériences passées dans les pensionnats. De même, étant donné le faible niveau d'éducation sur le VIH dans les écoles et les stigmates associés aux VIH, les mythes sont communs dans les collectivités. Les stigmates et les mythes se combinent pour créer une résistance et une information erronée au sujet de l'infection.

Le VIH est une infection à forte stigmatisation qui suscite une multitude de mythes et d'informations erronées. Aussi, les membres des collectivités sont découragés lorsqu'il s'agit d'évoquer le thème du VIH. Les infirmières et infirmiers peuvent être en mesure de préparer les individus des collectivités autochtones et de réfuter les mythes et les informations erronées au sujet du VIH.

PRATIQUES CLÉS

A guide to Wise Practices for HIV/AIDS Education and Prevention Programs de Chee Mamuk (« Guide sur les meilleures pratiques sur les programmes d'éducation sur le VIH/sida et de prévention » en anglais seulement), publié en 2009.

Conseils pour s'assurer qu'une collectivité est prête à une prise de conscience sur le VIH.

- Vérifiez le niveau de préparation dans votre collectivité.
- Choisissez le groupe visé et apprenez à le connaître.
- Concentrez-vous sur les facteurs de risque clés pour ce groupe.
- Faites participer des « guides d'opinion » clés.
- Vérifiez les ressources de la collectivité et utilisez-les.
- Planifiez différentes démarches.
- Apportez une expérience personnelle.
- Intégrez votre stratégie à la culture autochtone.
- Prenez le temps d'être créatif, car les attitudes devront évoluer.
- Assurez-vous de disposer des faits.- Comprendre qu'une aide au financement des médicaments peut être nécessaire.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Une infirmière, nouvellement arrivée dans une petite collectivité des Premières nations du Nord, décide d'organiser une soirée sur le VIH dans la collectivité. Elle dédie beaucoup de temps et travaille énormément pour réunir toutes les ressources, invite des intervenants, organise la manifestation, fait la publicité et la promotion de l'événement et prend toutes les dispositions pour les repas et les prix. L'infirmière est découragée quand seulement trois personnes assistent à la soirée. Elle se demande ce qui n'a pas marché.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière réalise que le VIH n'est pas un sujet que les gens de la collectivité sont prêts à discuter. Elle vérifie le plan de santé de la collectivité et constate que la prise de conscience du VIH n'en fait pas partie. Elle pose des questions autour d'elle et découvre qu'il n'existe pas d'éducation sur le VIH à l'école. La plupart des membres de la collectivité pensent que le VIH est une maladie de la « ville ». L'infirmière craint que les membres de la collectivité aient des informations erronées sur le VIH.

Intervention infirmière : L'infirmière utilise le modèle de réceptivité de la collectivité (Community Readiness Model, 2006) pour évaluer le niveau de réceptivité dans sa collectivité par rapport au VIH et détermine que cette dernière n'était pas prête pour une soirée d'information sur le VIH. Elle réalise également qu'elle doit d'abord créer une prise de conscience de l'épidémie du VIH avant de demander aux gens de participer à un événement portant sur le VIH. Au cours des 12 prochains mois, l'infirmière place une affiche sur le VIH dans sa clinique, publie de l'information sur le VIH dans le bulletin de la collectivité et fournit un approvisionnement de condoms. Elle se rend à l'école locale pour parler aux étudiants des rapports sexuels protégés. Elle rencontre le chef et le conseil local pour les rendre réceptifs à la question du VIH et évoquer le thème du VIH à la réunion du centre de santé. De même, l'infirmière participe aux événements communautaires pour parler avec les gens sur la bataille en cours contre le VIH. Petit à petit, elle est en mesure de rendre la collectivité plus réceptive aux problèmes du VIH et organise une autre soirée sur le VIH avec un groupe existant qui est plus réceptif à s'informer sur le VIH. Elle se rend compte qu'elle peut toucher plus de gens en parlant du VIH aux groupes existants tels que celui des Aînés, des jeunes ou de mères, plutôt que de créer par elle-même un atelier sur le VIH.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS FOURNIRONT DES SOINS DE FIN DE VIE DE QUALITÉ AUX PATIENTS QUI LUTTENT CONTRE DES CANCERS EN PHASE TERMINALE OU DES MALADIES IRRÉVERSIBLES LIÉES AU SIDA.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

En dépit de l'avènement de la multithérapie antirétrovirale en 1996, de nombreuses personnes avec le VIH se présentent trop tard pour le traitement. Un nombre important de patients n'est pas diagnostiqué avec une infection au VIH tant que la numération des CD4 baisse en dessous de 200 et qu'il soit atteint d'une infection opportuniste. Il existe également certains, qui en raison de leur style de vie, de leurs problèmes socio-économiques et de comorbidité, ne sont pas en mesure de suivre le traitement. Ces patients progresseront inévitablement vers une maladie du sida potentiellement mortelle. La palliation et la planification de la fin de leur vie devient un élément crucial dans les soins fournis à ces patients.

PRATIQUES CLÉS

Les infirmières et les infirmiers en collaboration avec le patient, s'assureront que la planification de la fin de vie correspond aux objectifs du patient. Il est important de prendre en considération les croyances et les pratiques culturelles. Le personnel infirmier s'assurera que les recommandations appropriées soient effectuées en temps utile pour des soins palliatifs.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : David est un patient des Premières Nations de 36 ans qui a été admis au centre de soins avec un diagnostic de lymphome. Il est sous traitement de chimiothérapie, mais il est clair que son lymphome est trop avancé pour être traité avec succès. David sait qu'il va mourir et il demande que sa famille soit contactée. Il n'a pas vu sa mère depuis quelques années, mais il souhaite vivement la voir avant de mourir.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière/l'infirmier sait que sa famille joue un rôle extrêmement important dans sa culture autochtone et que David doit établir un contact avec sa famille pour pouvoir mourir en paix.

Intervention infirmière : L'infirmière/l'infirmier contacte le travailleur social et lui demande de rechercher la famille de David et de faire le nécessaire pour qu'elle vienne à l'hôpital. Elle/il demande à David s'il existe des pratiques traditionnelles qu'il voudrait voir appliquées et s'il souhaite qu'un Aîné soit contacté comme support et pour la cérémonie.

LE PROGRAMME D'ÉTUDES DU PREMIER CYCLE DEVRA INTÉGRER UNE FORMATION ET UNE PRATIQUE FONDÉES SUR LES DONNÉES PROBANTES DANS LE DOMAINE DES SOINS EN SIDOLOGIE.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Les écoles de sciences infirmières au Canada en collaboration avec les organismes réglementaires assisteront les étudiants dans leur programme de formation préalable pour obtenir les normes minimales décrites dans ce document. Cela inclut la formation didactique et les possibilités de pratique clinique nécessaires au développement des connaissances, des aptitudes et des attitudes nécessaires pour les soins et la gestion de personnes vivant avec le VIH/sida, leurs familles, leurs amis et leurs communautés. Ces possibilités de formation incluront les perspectives des bénéficiaires de soins (clients ou patients) et un contenu en rapport avec les normes de soins de santé interprofessionnels fondées sur les lignes directrices internationales, fédérales et provinciales (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010; Interprofessional Network of BC & College of Health Disciplines, 2008; OMS, 2010).

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS DEVRONT INCORPORER LEURS CONNAISSANCES EN SIDOLOGIE DANS LEUR PRATIQUE JOURNALIÈRE ET LEUR FORMATION CONTINUE.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Le VIH/sida continue d'avoir une incidence au Canada avec plus de 65 000 individus qui vivent avec le VIH/sida et 2 300 à 4 300 nouvelles infections qui se produisent annuellement (Santé Canada, 2008). Les infirmières et infirmiers dans tous les domaines des soins de santé, de la santé publique et communautaire, aux soins de courte durée et en établissement, ont toutes les chances de soigner des individus qui courent le risque de contracter le VIH ou qui vivent avec l'infection. Pour cette raison, il est important que tout le personnel infirmier ait une connaissance de base sur le VIH/sida et sache comment prodiguer des soins en sidologie. Tout le personnel infirmier, dans toutes les organisations, peut jouer un rôle complet dans l'identification, le soutien et la fourniture de soins à ceux qui vivent avec le VIH ou qui sont à risque de contracter l'infection.

Il existe des éléments probants importants dans la littérature que les personnes qui vivent avec le VIH ont de bien meilleurs résultats quand elles ont des relations thérapeutiques positives avec les membres de l'équipe de soins de santé. Quand le personnel infirmier développe des relations thérapeutiques avec ses clients séropositifs, il en résulte une bien meilleure acceptation, une diminution des stigmates et de bien meilleurs indicateurs de qualité de vie. (Goode, Harrod, Wales et Crisp, 2004; Eubanks, 2009; Gardenier, Andrews, Thomas, Bookhardt-Murray et Fitzpatrick, 2010). Afin de développer des relations thérapeutiques les infirmières et les infirmiers doivent s'informer des problèmes liés au VIH/sida et intégrer ce savoir dans leur routine journalière.

PRATIQUES CLÉS

Réflexions sur l'application des données probantes dans la pratique

- Prenez l'habitude de consulter la littérature en permanence, pour déterminer s'il existe de nouvelles informations que vous pouvez intégrer dans votre pratique.
- Faites connaître ce que vous avez trouvé à l'équipe, afin de déterminer si cette nouvelle information doit être intégrée à votre programme.
- Impliquez-vous dans tous les projets de recherche qui sont entrepris dans votre programme. La recherche peut consister tout simplement à conserver des statistiques ou à faire remplir des questionnaires de satisfaction par les clients ou en études complexes plus importantes financées par des agences extérieures. La clé est d'utiliser les découvertes afin d'obtenir de meilleurs résultats.
- Travaillez avec le client pour réaliser ses objectifs.
- Considérez adopter une démarche de réduction des méfaits.
- Préparez-vous pour le long terme.
- Trouvez-y du plaisir.
- Effectuez des évaluations au fur et à mesure et modifiez votre démarche si nécessaire.

CONTEXTE CLINIQUE

Scénario : Une infirmière travaillant dans un centre de soins prolongés admet un jeune homme séropositif atteint de troubles nerveux associés au VIH, qui requiert des soins et une assistance continus. Elle a l'habitude de travailler avec des adultes plus âgés, mais souhaite en savoir plus sur le VIH et s'aperçoit que beaucoup de ses collègues ont une vision dépassée sur les soins à prodiguer aux personnes atteintes par le VIH/sida.

Réflexion de l'infirmière/de l'infirmier : L'infirmière s'aperçoit qu'elle-même, pas plus que ses collègues, n'ont une bonne compréhension du VIH et reconnaît que pour donner des soins holistiques et axés sur le patient, elle a besoin de séduquer ainsi que les autres, tant sur le VIH que sur les effets à long terme sur un individu.

Intervention infirmière : L'infirmière participe à une journée de formation sur le VIH et passe du temps à parler avec son infirmière-chef clinicienne et l'infirmière-éducatrice en soins cliniques, sur la façon d'intégrer l'information recueillie dans sa routine quotidienne. Avec l'aide de l'infirmière-éducatrice, elle a organisé une session de formation « déjeuner-conférence » sur le VIH et a suscité chez ses collègues une activité de démystification sur le VIH/sida. Elle découvre les lignes directrices de pratiques exemplaires pour les soins en sidologie et travaille avec son patient pour développer son plan de soins. Elle remarque que les membres de l'équipe sont moins inquiets sur la transmission du VIH et que le patient s'intègre un peu plus chaque jour dans les activités du centre de soins.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS QUI TRAVAILLENT DANS LE DOMAINE DU VIH/SIDA ONT ACCÈS À UNE FORMATION FORMELLE ET À L'ÉDUCATION AFIN D'ACQUÉRIR LES COMPÉTENCES DANS LA PRATIQUE ET LES NORMES RELATIVES À LA PRATIQUE DES SOINS EN SIDOLOGIE.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

L'objectif de former le personnel infirmier dans un modèle interactif est triple :

1. Apporter une information nouvelle ou des aptitudes construites sur les connaissances passées et l'expérience.
2. Encourager la croissance et le développement de personnel infirmier professionnel et qualifié.
3. Apprendre d'une façon interdépendante, connectée et collaborative aussi bien de manière indépendante qu'autonome.

Les programmes éducatifs et de formation doivent être effectués sur les lieux de travail (tels que les séminaires, les ateliers, la formation par ordinateur, l'intégration en milieu de travail) et hors lieu de travail (tels que les conférences de l'ACIIS et les instituts). Tant les programmes de formation formellement conçus que les activités d'autoapprentissage sont considérés comme des moyens valables pour la formation des participants.

Les thèmes de formation peuvent inclure, sans s'y limiter, la recherche la plus récente sur les données probantes relative aux thèmes suivants :

- a) Dépistage du VIH et consultation
- b) Gestion de maladie chronique
- c) Prévention des maladies
- d) Gestion des symptômes de soins actifs
- e) Soins palliatifs.
- f) Formation sur les médicaments
- g) Nutrition
- h) Soutien spirituel et psychologique
- i) Consultation sur l'observance thérapeutique
- j) Soutien et défense des droits des patients
- k) Soutien en santé mentale
- l) Gestion de la recommandation
- m) Promotion de la santé
- n) Éducation de la famille
- o) Information sur les soins (c.-à-d. découvertes ou interventions)

Les infirmières et les infirmiers font partie intégrante de l'équipe dans le centre interdisciplinaire et sont là pour défendre les droits des patients, pour soulever les problèmes relatifs à la fourniture de services améliorés et sont là pour soutenir leur collègues.

Les infirmières et les infirmiers doivent être guidés par leur objectif, qui est de prodiguer des soins complets, dans le but d'améliorer

la qualité de vie des individus à risque pour le VIH ainsi que ceux affectés par la maladie. Les objectifs doivent être réalisés en se concentrant sur l'évaluation et la mise en œuvre des interventions, ce qui comprend l'éducation sur la prévention et les soins.

Les infirmières et les infirmiers sont remarquables par le fait qu'ils passent du temps avec leurs patients, utilisent une démarche ouverte et de soutien sans porter de jugement, maintiennent les connaissances nécessaires et la formation à jour, et sont conscients de l'importance de leur rôle.*

Les lignes directrices pour l'organisation du contenu de la formation sont :

- Examiner et réviser les connaissances des participants sur le contenu en sidologie.
- Donner aux participants un cadre de travail à utiliser pour l'organisation de ce qu'ils vont apprendre et les aider à comprendre comment ces connaissances pourront être transposées dans leur propre environnement.
- Présenter des concepts, des idées et des termes dès le début et revenir sur eux tout au long de la période de formation.
- L'apprentissage peut se faire par l'intermédiaire de la pratique réflexive et de la discussion; de conférences audio et vidéo; de l'apprentissage fondé sur les problèmes ou par l'utilisation de cercles de suggestions où les participants fournissent des solutions de haute qualité à des problèmes spécifiques.*
- Comme pour toute formation ou éducation, l'amélioration se fait à travers la rétroaction et l'évaluation de l'expérience.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS MILITENT AUPRÈS DES RESPONSABLES POLITIQUES POUR OBTENIR UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS EN SIDOLOGIE ET AUX MODALITÉS DE TRAITEMENT, Y COMPRIS LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL HAUTEMENT ACTIF (HAART), DANS LE CADRE DE SOINS PRIMAIRES HOLISTIQUES POUR TOUTES LES POPULATIONS.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Le traitement pour les soins du VIH/sida est facilement disponible dans les centres urbains, mais dans beaucoup de régions du Canada et surtout dans les pays en voie de développement, cet accès est impossible. Les infirmières et les infirmiers ont un rôle unique à jouer en militant pour l'accès au traitement et aux services des patients/clients, car elles/ils peuvent mettre en lumière les raisons pour lesquelles les patients/clients ont des difficultés à accéder aux services et cibler leurs efforts pour corriger ces inégalités. Selon l'OMS (2005), la promotion et la défense d'une cause est l'ensemble d'actions sociales et individuelles conçues pour gagner l'appui politique et communautaire dans un but particulier. Des actions peuvent être réalisées par des personnes ou des groupes ou en leur nom dans le but de créer des conditions de vie favorisant la santé (p.4).

Les infirmières et les infirmiers peuvent organiser des actions de plusieurs manières à la fois en tant que particuliers et groupe professionnel. Les organismes infirmiers, tels que la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada, ont souvent un mandat pour fournir des déclarations relatives aux inégalités qui existent dans le système de santé et pour transmettre ces déclarations aux agences gouvernementales et au public afin d'obtenir un appui. L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie (ACIIS) a elle aussi ce mandat et a émis plusieurs déclarations portant sur des questions comme la criminalisation de l'exposition au VIH et les droits de la personne pour les individus qui sont infectés ou touchés par le VIH.

Les infirmières et les infirmiers peuvent militer en faveur de leurs patients/clients en comprenant les déterminants sociaux de la santé et en reconnaissant les cas où les clients courent des risques à cause d'un accès inadéquat aux services. Il existe de nombreux obstacles aux soins de santé qui ne sont pas de nature géographique, mais qui indiquent qu'il faut tenir compte des variables liées au logement et à la pauvreté dans le cadre de la défense des droits des patients/clients (Bryant, Raphael, Schrecker et Labonte, 2011).

LES ORGANISMES DE SANTÉ ONT DES POLITIQUES QUI RÉFLÈTENT LES APPROCHES UNIFORMES DE GESTION DES CLIENTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA DANS TOUS LES ÉTABLISSEMENTS, Y COMPRIS UNE COORDINATION PARFAITE DES TRANSFERTS ET DES CONGÉS ENTRE ÉTABLISSEMENTS POUR LES CLIENTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

La perception du risque et les attitudes relatives au VIH/sida peuvent avoir une incidence sur les soins fournis par les infirmières et les infirmiers ainsi que sur leur satisfaction professionnelle (Jemmott, Freleicher & Jemmott, 1992). Assurer l'éducation de base au HIV et au sida dans l'orientation clinique des infirmières et des infirmiers et offrir différentes possibilités de formation continue contribue à garantir des soins de qualité, améliore la probabilité de bons résultats pour les clients et renforcent la satisfaction professionnelle. Les infirmières et les infirmiers sont généralement occupés, alors consacrer du temps dans leur calendrier plein peut poser des difficultés, mais doit être vu comme une priorité absolue.

Le soutien de l'organisme pour les possibilités de formation dans les soins pour le VIH/sida est important à cause de la complexité du virus et des modalités de traitement ainsi que les mises à jour fréquentes concernant les soins et le traitement du VIH/sida. Par l'intermédiaire de consultations avec les experts locaux et les organismes de services liés au sida, les organismes de soins peuvent offrir des ressources à l'interne, par mentorat, en ligne ou écrites. Au cas où l'expertise locale n'est pas d'accès facile, les infirmières et les infirmiers peuvent accéder à des programmes de formation externes et éduquer leurs homologues. La formation spécialisée en soins de VIH, telle que les « HIV Rounds » et le préceptorat existent dans les grands centres urbains.

Les infirmières et les infirmiers et les organismes de soins de santé doivent collaborer afin :

- de garantir aux infirmières et aux infirmiers accès à l'orientation et la formation.
- d'aider à découvrir les lacunes dans les connaissances et évaluer les niveaux de confort personnel.
- d'utiliser les données probantes pour guider et subvenir aux besoins.

LES ORGANISMES DE SOINS DE SANTÉ FOURNISSENT DES MÉCANISMES DE SOUTIEN POUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS PAR L'INTERMÉDIAIRE DE PROGRAMMES D'ORIENTATION ET DE PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL CONTINU RELATIF AUX SOINS ET AUX OPTIONS DE TRAITEMENT POUR LE VIH/SIDA.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

L'offre de programmes d'orientation qui portent sur les perceptions et les attitudes du personnel de santé ainsi que le soins et les traitements des clients qui vivent avec le HIV/sida encourage un milieu de travail positif pour la mise en place de lignes de conduites suivant les meilleures pratiques. Il existe un certain nombre d'avantages pour l'organisation lorsque celle-ci offre des programmes d'orientation et des possibilités de perfectionnement professionnel. Former et maintenir des cohortes d'infirmières et d'infirmiers ayant l'expertise dans le traitement et les soins du VIH améliore la continuité et la qualité globale des soins que reçoivent les clients au sein de l'organisme. Offrir aux infirmières et aux infirmiers la possibilité d'éducation continue et de perfectionnement professionnel contribue au recrutement et à la rétention du personnel en donnant à celui-ci un sentiment de satisfaction et d'engagement par rapport à l'organisme. Stimuler les remises en question crée un environnement favorable à la recherche. À mesure que le secteur du HIV/sida continue à évoluer, les organismes doivent reconnaître le besoin d'éducation permanente et de perfectionnement professionnel et donner à la profession les possibilités de s'impliquer dans les révisions de politiques concernant les soins aux patients.

DES LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE PRATIQUES INFIRMIÈRES EXEMPLAIRES NE PEUVENT ÊTRE MISES EN ŒUVRE AVEC SUCCÈS QU'AVEC LA PLANIFICATION, LES RESSOURCES, LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL ET ADMINISTRATIF ADÉQUATS AINSI QUE LES MESURES APPROPRIÉES.

Les organismes peuvent élaborer un plan de mise en place comprenant les éléments suivants :

- Une évaluation du niveau de préparation de l'organisation et les obstacles relatifs à l'implémentation.
- L'engagement de tous les membres (que ce soit pour un soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en place.
- Le dévouement d'une personne qualifiée qui fournira le soutien nécessaire pour la formation et le processus de mise en place.
- Possibilités continues de formation et de dialogue afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.
- Possibilités de réflexion sur les expériences personnelles et organisationnelles dans la mise en place des lignes directrices.

ANALYSE DES DONNÉES PROBANTES :

Un premier pas essentiel dans la mise en œuvre des lignes de conduite respectant les meilleures pratiques est leur adoption officielle par l'agence de santé. Les recommandations doivent être intégrées dans les politiques et la structure des procédures de l'organisme. Il est aussi vital que l'adoption des lignes de conduite soit évaluée sur une base permanente. Surveiller l'effet des lignes de conduite respectant les meilleures pratiques sur le personnel et les clients est une étape clé dans le processus d'évaluation. Les indicateurs d'évaluation sont présentés dans la section suivante.

De nouvelles initiatives telles que les lignes de conduite respectant les meilleures pratiques demande une ferme direction de la part des infirmières et des infirmiers qui sont aptes à transformer les recommandations fondées sur des données probantes en outils et stratégies qui transformeront la pratique et les prestations de soins. Il existe de nombreuses ressources pour faciliter ce processus, y compris l'Association des infirmières et les infirmiers autorisés de l'Ontario pour la mise en œuvre de lignes de conduites en pratique clinique (AIIO, 2010) et une ressource du National Health and Medical Research Council (Conseil de la santé nationale et de la recherche médicale) d'Australie (1998)..

ÉVALUATION ET SUIVI DES LIGNES DIRECTRICES

Les organismes mettant en place les recommandations de ces lignes directrices en matière de pratiques exemplaires devraient penser à la manière dont leur implémentation et répercussions seront suivies et évaluées. Le tableau suivant, conçu selon les grandes lignes de l'ouvrage la trousse de la RNAO : Instaurer des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2010), accompagné de quelques indicateurs spécifiques pour assurer le suivi et l'évaluation des lignes directrices de Prodiguer des soins aux clients vivant avec le VIH/sida ou à risque de contracter l'infection.

NIVEAU DES INDICATEURS

STRUCTURE

Système

Soutien aux clients vivant avec le VIH/sida ou à risque de contracter la maladie compris dans tous les secteurs des soins de santé.

Des possibilités de formation sont disponibles pour tous les professionnels des soins de santé dans un secteur lié à la sidologie.

Les environnements de travail appuient les professionnels de la santé en procurant aux clients des soins sécuritaires.

System

Soutien disponible afin de réduire l'inéquité pour les clients vivant avec le VIH/sida (collaboration intersectorielle et intégration des politiques et services).

System

La sidologie intégrée dans le curriculum des programmes en sciences infirmières de tout le pays.

MÉTHODE

Mise en place d'environnements qui appuient les professionnels des soins de santé dans la fourniture de soins sécuritaires aux clients.

Défendre les droits des équipes multidisciplinaires afin qu'elles obtiennent la formation nécessaire à la fourniture de soins sécuritaires aux clients.

Création de partenariats entre les organismes offrant des services aux clients vivant avec le VIH/sida.

L'élaboration de contenus comprenant toutes les problématiques liées au VIH/sida notamment l'épidémiologie, le traitement, les maladies opportunistes, les enjeux psychosociaux, la dépendance et la réduction des méfaits.

Poursuite du dialogue entre les responsables des écoles de sciences infirmières et des programmes qui offrent des soins en sidologie.

RÉSULTATS

Accès amélioré à des soins en sidologie de qualité pour les clients à travers le pays.

Meilleure compréhension, acceptation et soutien des clients vivant avec le VIH/sida au Canada.

Coordination accrue entre les organismes offrant des services aux clients vivant avec le VIH/sida.

Inclusion de la sidologie dans le cadre des programmes de formation de la pratique infirmière.

Poursuite du dialogue entre les responsables des écoles de sciences infirmières et des programmes qui offrent des soins en sidologie.

NIVEAU DES INDICATEURS

STRUCTURE

System

Méthodes de réduction des méfaits (prévention secondaire) utilisées dans la planification et la fourniture de tous les aspects des soins de santé.

Organisme

Soutien disponible au sein de l'organisme afin de permettre au personnel infirmier de participer à l'élaboration et à la gestion des programmes de traitements et de soins en sidologie.

MÉTHODE

Promotion du développement du rôle des infirmières et infirmiers en sidologie, y compris la pratique avancée.

Infirmières et infirmiers, collègues interdisciplinaires et les clients impliqués dans l'élaboration de politiques.

Développement de partenariats entre les organismes offrant des services aux clients participants aux programmes de traitements et de soins en sidologie.

Développement d'une stratégie afin d'évaluer les changements en matière de pratique qui contribuent à l'amélioration des soins.

Possibilités de développement pour la mise en place organisationnelle de lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

RÉSULTATS

Diminution de la mortalité et de la morbidité liées à l'utilisation appropriée du traitement antirétroviral.

Accès amélioré à l'hospitalisation des clients infectés par le VIH/sida.

Accès amélioré aux soins d'urgence des clients infectés par le VIH/sida.

Diminution de la mortalité et de la morbidité liées à une infection par le VIH non traitée.

Nombre croissant du personnel infirmier travaillant avec les clients infectés par le VIH qui possède les connaissances et les compétences nécessaires en sidologie, y compris en pratique infirmière avancée.

Recrutement et rétention accrus des infirmières et infirmiers travaillant dans le domaine de la sidologie.

Preuves à l'appui que les politiques et

les méthodes liées aux stratégies de pratiques exemplaires correspondent à ces lignes directrices.

Preuves que les politiques et les pratiques reflètent la reconnaissance du VIH/sida comme une maladie chronique pouvant être traitée, des HAART comme une option de traitement et le soutien organisationnel pour lutter contre les stigmates et la discrimination.

Collaboration améliorée entre les organismes.

Les processus d'orientation entre les agences sont en place, comme par exemple entre les services de consultation interne et externe, entre les services correctionnels et communautaires, etc.

Les procédures d'évaluation examinant les résultats sont en place, notamment pour les processus d'orientation, les processus informatiques, les irrégularités relatives aux médicaments.

Preuves de l'amélioration des soins aux clients dans le cadre des programmes en sidologie (par exemple : plus grande satisfaction des clients; amélioration de la qualité de vie; rétention accrue aux programmes; état de santé amélioré).

Nombre croissant d'infirmières et d'infirmiers membres de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie.

NIVEAU DES INDICATEURS

STRUCTURE

Organization

Soutien disponible au sein de l'organisme afin de permettre au personnel infirmier de participer à l'élaboration et à la gestion des programmes de traitements et de soins en sidologie.

Soins infirmiers

Les compétences en soins infirmiers liées à la sidologie sont établies et consignées.

Soins infirmiers

Développement de programmes de recherche en soins infirmiers en sidologie.

MÉTHODE

Infirmières et infirmiers, collègues interdisciplinaires et les clients impliqués dans l'élaboration de politiques.

Développement de partenariats entre les organismes offrant des services aux clients participants aux programmes de traitements et de soins en sidologie.

Développement d'une stratégie afin d'évaluer les changements en matière de pratique qui contribuent à l'amélioration des soins.

Possibilités de développement pour la mise en place organisationnelle de lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Possibilités de développement pour la mise en place organisationnelle de lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

RÉSULTATS

Preuves à l'appui que les politiques et les méthodes liées aux stratégies de pratiques exemplaires correspondent à ces lignes directrices.

Preuves que les politiques et les pratiques reflètent la reconnaissance du VIH/sida comme une maladie chronique pouvant être traitée, des HAART comme une option de traitement et le soutien organisationnel pour lutter contre les stigmates et la discrimination.

Collaboration améliorée entre les organismes.

Les processus d'orientation entre les agences sont en place, comme par exemple entre les services de consultation interne et externe, entre les services correctionnels et communautaires, etc.

Les procédures d'évaluation examinant les résultats sont en place, notamment pour les processus d'orientation, les processus informatiques, les irrégularités relatives aux médicaments.

Preuves de l'amélioration des soins aux clients dans le cadre des programmes en sidologie (par exemple : plus grande satisfaction des clients; amélioration de la qualité de vie; rétention accrue aux programmes; état de santé amélioré).

Preuves de l'amélioration des soins aux clients dans le cadre des programmes en sidologie (par exemple : plus grande satisfaction des clients; amélioration de la qualité de vie; rétention accrue aux programmes; état de santé amélioré).

Nombre croissant d'infirmières et d'infirmiers membres de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie.

Les infirmières et infirmiers ont accès à des possibilités de formation.

Défense des droits accrue pour

les clients vivant avec le VIH et à risque de contracter l'infection.

Le personnel infirmier inclut le client dans la prise de décision concernant l'élaboration de régimes de soins.

Les infirmières et infirmiers font preuve de connaissances et de compétences connexes accrues en matière de soins en sidologie.

Inclusion de la sidologie dans le cadre des programmes de formation de la pratique infirmière.

Les infirmières et infirmiers font preuve de connaissances et de compétences accrues dans la fourniture des soins aux clients vivant avec le VIH/sida ou à risque de contracter l'infection.

Favoriser la diffusion des connaissances et les stratégies/activités de partage du savoir.

Créer des partenariats avec les programmes de recherche actuels.

Intégrer les meilleures et les plus prometteuses pratiques afin de trouver les manières les plus efficaces de répondre aux besoins des différents groupes de patients/clients.

Plusieurs programmes de recherche en sidologie appuyés par des organismes de financement provinciaux et nationaux.

NIVEAU DES INDICATEURS

STRUCTURE

Soins infirmiers

Accès à des possibilités de formation en sidologie.
Gestion de soins infirmiers

Clientèle

Groupes de soutien disponibles qui reflètent les différences (comme par exemple la langue, l'orientation sexuelle, le genre et le groupe ethnique).

Coûts financiers

La mise à disposition des ressources humaines et financières adéquates pour la mise en place des lignes directrices

MÉTHODE

RÉSULTATS

Développement des possibilités de mentorat et de leadership en sidologie

Nombre croissant de précepteurs infirmiers dans les programmes de sidologie
 Pourcentage accru d'infirmières et d'infirmiers inscrits et terminant les séances de formation portant sur les soins prodigués aux personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de contracter la maladie.

Participation aux programmes de soutien
 Collaboration dans la planification et la gestion des soins.

Satisfaction des clients relativement aux soins prodigués.
 Fourniture de soins continus
 Amélioration de l'état de santé général
 Engagement et rétention accrus des clients pour les traitements et les soins en sidologie.
 Diminution de la mortalité/morbidité

Élaboration d'un processus d'évaluation pour l'affectation des ressources
 Création de partenariats/stratégies pour le partage des coûts
 Procédure créée afin d'inclure les intervenants dans l'affectation des ressources.
 Coûts liés à la formation, à d'autres formes d'interventions et au soutien professionnel

Utilisation optimale des ressources liées aux soins prodigués aux clients vivant avec le VIH/sida ou à risque de contracter l'infection.

STRATÉGIES POUR LA MISE EN ŒUVRE

L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie (ACIIS) et un groupe d'experts œuvrant à l'élaboration des lignes directrices ont réuni des stratégies d'implémentation pour aider les organismes et les disciplines de la santé intéressés à adopter ces lignes directrices. Le sommaire de ces stratégies est le suivant :

Nommer au moins une personne spécialisée, telle qu'une infirmière/infirmier en pratique avancée ou une infirmière/infirmier-ressource en soin clinique, qui assurera le soutien, l'expertise clinique et la direction. Cette personne doit aussi posséder des compétences avancées en relations interpersonnelles, en facilitation et en gestion de projets.

Diriger une évaluation des besoins organisationnels liés à la sidologie pour définir la base de connaissances actuelle et les exigences en matière d'éducation.

L'évaluation initiale des besoins peut comprendre une approche analytique, une enquête et un questionnaire, des approches de format de groupe (par ex. des groupes de consultation) et des incidents critiques.

Établir un comité de direction composé d'intervenants clés et de membres

interdisciplinaires déterminés à prendre la direction des initiatives de changement. Définir les objectifs à court et à long terme. Maintenir un plan de travail pour surveiller les activités, les responsabilités et les calendriers.

Créer une vision afin d'orienter les efforts de changement et mettre au point des stratégies pour atteindre et maintenir cette vision.

La conception du programme doit inclure :

- la population cible;

- les buts et les objectifs;

- des mesures de résultats;

- les ressources nécessaires (ressources humaines, établissements, matériel); et des activités d'évaluation.

Planifier des séances de formation et un soutien continu pour la mise en œuvre. Les séances de formation peuvent consister en présentations, guide de l'animateur, documentation et études de cas. On pourra utiliser des classeurs, des affiches et des pochettes de fiches comme rappel continu de la formation. Prévoir des séances de formation interactives, ajouter la résolution de problèmes, se concentrer sur les questions préoccupantes de l'heure et offrir

des possibilités de mettre en pratique de nouvelles compétences (Davies et Edwards, 2004).

Fournir le soutien organisationnel, notamment avoir en place des structures visant à faciliter la mise en œuvre, comme par exemple embaucher du personnel de remplacement pour que les participants ne soient pas distraits par leurs préoccupations professionnelles et adopter une philosophie organisationnelle qui reflète la valeur des pratiques exemplaires par l'intermédiaire des politiques et des procédures. Développer de nouveaux outils d'évaluation et de documentation (Davie et Edwards).

Définir et favoriser les chefs de file des pratiques exemplaires désignés pour chaque unité dans le but de promouvoir et de soutenir la mise en œuvre. Célébrer les dates spéciales et les accomplissements en reconnaissant le travail bien fait (Dave et Edwards).

Les organismes qui mettent en œuvre ces lignes de conduite doivent adopter une série de stratégies d'autoapprentissage, d'apprentissage de groupe, de mentorat et de stratégies de renforcement qui, au fil du temps, augmenteront les connaissances et la confiance des infirmières/infirmiers dans la mise en place des ces lignes directrices.

Le travail d'équipe, un processus d'évaluation en collaboration et la planification du traitement conjointement avec le client, la famille et les équipes interdisciplinaires ont l'avantage de mettre en pratique avec succès les lignes directrices. Les patients doivent être orientés selon les besoins vers les services et les ressources dans la communauté ou au sein de l'organisme.

Il existe d'autres ressources outre les stratégies mentionnées ci-dessus. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) présente une trousse d'outils pour la mise en œuvre de lignes directrice qui peut être consultée en format PDF à www.rnao.org/bestpractices. Le Réseau canadien d'info-traitements sida héberge un lien infirmier sur son site Web, HYPERLINK "<http://www.catie.ca>" www.catie.ca présentant des renseignements sur une multitude de thèmes liés au HIV/sida. De plus, les infirmières et les infirmiers peuvent trouver auprès de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie (ACIIS) du soutien quant à leurs préoccupations en matière de pratiques.

PROCESSUS DE MISE À JOUR OU DE RÉVISION DES LIGNES DIRECTRICES

L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie propose la procédure suivante pour mettre à jour les lignes directrices sur les pratiques exemplaires :

1. Chaque recommandation de pratique exemplaire sera révisée par une équipe de spécialistes (équipe de révision) sur ce thème trois ans après la dernière révision.
2. Pendant la période de trois ans entre le développement et la révision, les bénévoles de l'ACIIS suivront assidûment les nouvelles revues systématiques, les essais cliniques contrôlés aléatoires et autre documentation pertinente dans le domaine.
3. Conformément aux résultats, les bénévoles de l'ACIIS recommanderont une période de révision plus courte, si nécessaire. Une consultation appropriée avec le groupe d'experts d'origine et d'autres spécialistes dans le domaine aidera à justifier la décision de revoir les lignes directrices avant la période de trois ans.
4. Trois mois avant la date de revue trois ans plus tard, les bénévoles de l'ACIIS commenceront à planifier le processus de révision :
 - a) en invitant des spécialistes du domaine à participer à l'équipe de révision. L'équipe de révision se composera de membres du groupe d'experts et d'autres spécialistes recommandés.
 - b) en compilant les rétroactions reçues, les questions posées pendant la phase de diffusion ainsi que d'autres commentaires et expériences des sites de mise en œuvre.
 - c) en compilant les nouvelles lignes directrices de pratique clinique dans le domaine, les revues systématiques, les travaux de méta-analyse, les revues techniques, la recherche sur les essais cliniques contrôlés aléatoires et tout autre documentation pertinente.
 - d) en définissant un plan de travail détaillé, comprenant les dates d'échéance et les résultats attendus.

Les lignes directrices révisées feront l'objet de diffusion selon les structures et les processus établis.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada. Canada's response to WHO commission on social determinants of health, 2006. Tiré du 16 juin 2010 de <http://www.publichealth.gc.ca>, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ontario.

Agence de la santé publique du Canada. HIV/Epi updates, 2007. Tiré le 14 juin 2010 de <http://www.publichealth.gc.ca> Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ontario.

Alfonso, V. Bermbach, N., Geller, J. et Montaner, J.S.G. « Individual variability in barriers affecting people's decision to take HAART: A qualitative study identifying barriers to being on HAART », *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 20, no 12, 2006, p. 848-857.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Établissement de la relation thérapeutique, (révisé), 2006, Toronto.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Trousse : Mise en oeuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2010, Ontario. Tiré le 23 décembre

http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. Policy statement on the role of the nurse in primary health care, 1995, Ottawa.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. « Social determinants of health and nursing: A summary of the issues », *CNA Backgrounder*, 2005, Ottawa. Tiré le 22 août 2011

de www.cnanurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/BG8_Social_Determinants_e.pdf.

Bratstein, P., Montessori, V., Chan, K., Montaner, J.S.G., Schechter, M., O'Shaughnessy, M.V. & Hogg, R.S. « Quality of life, depression and fatigue among persons coinfecting with HIV and hepatitis C: Outcomes from a population based cohort », *AIDS Care*, vol. 17, no 4, 2005, p. 505-515.

British Columbia Centre for Disease Control (2009). Annual Supplement HIV/AIDS 2009, 2009. Tiré le 14 juin 2011 de <http://www.bccdc.ca/util/about/annreport/default.htm#heading4>.

British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. (2009). Therapeutic guidelines: Antiretroviral treatment of adult HIV infection, 2009. Tiré le 2 décembre 2010 de http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/docs/Adult_Therapeutic_Guidelines.pdf.

Browne, A.J. et Varcoe, C. « Critical perspectives on culture and health care in Aboriginal health », *Contemporary Nurse*, vol. 22, 2006, p. 155-168.

Browne, A.J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M.J. et Wong, S. « Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice », *Nursing Philosophy*, vol. 10, 2009, p. 167-179.

Bryant, T., Raphael, D., Schrecker, T., et Labonte, R. « Canada: A land of missed opportunity for addressing the social determinants of health », *Health Policy*, vol. 101, no 1, 2011, p. 44-58. Tiré de EBSCOhost.

BIBLIOGRAPHIE

- Caffarella, R.S.. Planning Programs for Adult Learners, 2e éd., 2002, É.-U.
- Chee Mamuk. A guide to wise practices for HIV/AIDS education and prevention programs, BC Centre for Disease Control, 2009, Vancouver, C.-B.
- Chesney, M.. « Adherence to HAART regimens », AIDS Patient Care and STDs, vol. 17, no 4, 2003, p. 169-177.
- Chin, J.J., Botsko, M., Behar, E. et Finkelstein, R.. « More than ancillary: HIV social services, intermediate outcomes and quality of life », AIDS Care, vol. 21, no 10, 2009, p. 1289-1297.
- Choi, B. et Pak, A.. Multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary in health research, services, education and policy: Definitions, objectives and evidence of effectiveness, « Clinical and Investigative Medicine », vol. 29, 2006, p. 351-364.
- Clarke, M. et Oxman, A.D., éditeurs. Cochrane reviewer's handbook 4.0, 1990, (révisé en juillet 1999), Review Manager (Rev Man) (Computer program), The Cochrane Collaboration, Oxford.
- Cooper, J. Hall, L., Penland, A., Krueger, A. et May, J.. « Measuring medication adherence », Population Health Management, vol. 12, no1, 2009, p. 25-30.
- Davies, B. et Edwards, N.. « RNs measure effectiveness of best practice guidelines », Registered Nurse Journal, vol. 16, 2004, p. 21-23.
- Dobbins, M.. Evidence informed decision making, Hamilton: Evidence-informed health care practice workshop (1er-6 juin 2008), McMaster University, Hamilton.
- Eubanks, R.. « Nursing support is critical for patients with both cancer and HIV », HIV Clinician, vol. 21, no4, 8, 2009.
- Evans, R.G., Barer, M.L. et Marmor, T.R., éditeurs. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations, 1994, Aldine de Gruyter, New York.
- Family Health Institute. Nursing Care of Patients with HIV/AIDS, 2008, É.-U.
- * Caffarella Rosemary S.. Planning Programs for Adult Learners, 2e éd., 2002, É.-U.
- Faragon, J.J. et Piliero, P.J.. « Clinically significant drug interactions associated with highly active antiretroviral therapy », HEPP Report: Infectious Diseases in Corrections, Janvier, 2004. Tiré de www.idcronline.org/archives/jan04/mainarticle.html.
- Friendly, M.. Early childhood education and care. Présenté lors de la conférence : Social Determinants of Health across the Lifespan, novembre 2002, Toronto.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Conceptualizing and combining evidence, 2006, Ottawa. Tiré de www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php#definition.
- Gardenier, D., Andrews, S.M., Thomas, D.C., Bookhardt-Murray, L.J. et Fitzpatrick, J.J.. « Social support and adherence: Differences among clients in an AIDS day health care program », Journal of

BIBLIOGRAPHIE

the Association of Nurses in AIDS Care, vol. 21, no1, 2010, p. 75-85.

Gellaitry, G., Cooper, V., Davis, C., Fisher, M., Leake, H., Date, H.L. et Horne, R.. « Patients perception of information about HAART: Impact on treatment decisions », *AIDS Care*, vol. 17, no3, 2005, p. 367-376.

Goode, M., Harrod, M.E., Wales, S. et Crisp, J.. « The role of specialist nurses in improving treatment adherence in children with a chronic illness », *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol. 21, no4, 2004, p. 41-45.

Griffiths, H.. Dr. Peter Center. « Removing barriers to health care services », *NursingBC/Registered Nurses Association of British Columbia*, vol. 34, no5, 2002, p. 10-14.

Grogg, K.L., Miller, R.F. et Dogan, A.. « HIV infection and lymphoma », *Journal of Clinical Pathology*, vol. 60, 2007, p. 1365-1372.

Halter, M.. « Perceived characteristics of psychiatric nurses: Stigma by association », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 22, 2008, p. 20-26.

Hammer, S.M., Eron, J.J., Reiss, P., Schooley, R.T., Thompson, M.A., Walmsley, S. et al.. « Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA Panel », *Journal of the American Medical Association*, vol. 300, no5, 2008, p. 55-569.

Hartrick Doane, G.H. et Varcoe, C.. *Family nursing as relational inquiry:*

Developing health promoting practice. Lippincott,

Williams & Wilkins, 2005, Philadelphia, É.-U.

Haynes, R.B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H.P. et Yao, X.. « Interventions for enhancing medication adherence », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2, 2008.

Holzemer, W. L., Human, S., Arudo, J., Rosa, M.F., Hamilton, M.J., Corless, I. et al.. « Exploring HIV stigma and quality of life for persons living with HIV infection », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, vol. 20, no3, 2009, p. 61-168.

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, *Notre lexique*, 2005, Ottawa. Tiré de <http://www.ccmhi.ca/fr/resources/lexicon.html>.

International Harm Reduction Association. *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*, International Harm Reduction Association, 2011, London. Tiré le 13 mars 2011 de <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>

International Harm Reduction Association. *Regional Overview North America*, International Harm Reduction Association, 2010, London. Tiré le 13 mars 2011 de HYPERLIN" <http://www.ihra.net/files/2010/06/14/GSHRNorthAmerica.pdf>" <http://www.ihra.net/files/2010/06/14/GSHRNorthAmerica.pdf>

Jackson, A.. *The unhealthy Canadian workplace.* Présenté à la conférence *Social Determinants of Health across the Lifespan*, novembre 2002, Toronto.

Jemmott, J.B., Freleicher, J. et Jemmott, L.W.. « Perceived risk of infection and attitudes toward

BIBLIOGRAPHIE

risk groups: Determinants of nurses' behavioural intentions regarding AIDS patients », *Research in Nursing and Health*, vol. 15, no 4, 1992, p. 295-301.

Knowlton, A.R., Arnsten, J.H., Eldred, L.J., Wilkinson, J.D., Shade, S.B., Bohnert, A.S., Yang, C. et al. « Antiretroviral use among active injection drug users: The role of patient-provider engagement and structural factors », *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 24, no 7, 2010, p. 241-248.

Layton, J.. *Homelessness: The making and unmaking of a crisis*, Penguin Books, 2000, Toronto.

Lippincott, Williams et Wilkins. *Best practices: Evidence-based nursing procedures*, 2e éd., 2007, New York.

MacDonald, M.. « Health promotion: Historical, philosophical and theoretical perspectives », dans L.E. Young et V. Hayes, éditeurs. *Transforming health promotion practice: Concepts, issues and applications*, F.A. Davis, 2002, Philadelphia.

Martin, N. et Johnston, V. (2007). *A time for action: Tackling stigma and discrimination*, Report to the Mental Health Commission of Canada, 2007, Toronto.

McCall, J. Vicol, L.. « HIV infection and contraception », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, vol. 22, no3, 2011, p. 193-201.

McCall, J., Vicol, L. et Tsang, G.. « Healthy

mothers, healthy babies: Preventing vertical transmission of HIV/AIDS », *Nursing BC*, vol. 41, no2, 2009, p. 26-30.

McCall, J., Browne, A.J., et Kirkham Reimer, S.. « Struggling to survive: The difficult reality of Aboriginal women who are living with HIV/AIDS », *Qualitative Health Research*, vol. 19, no12, 2009, p. 1769-1782.

McLellan, A., Weinstein, R., Shen, Q., Kendig, C. et Levine, M.. « Improving continuity of care in a public addiction treatment system with clinical case management », *The American Journal of Addictions*, vol. 14, 2005, p. 426-440.

Moore D., Hogg RS., Yip B., Craib K., Wood E et Montaner, J.. « CD4 percentage is an independent predictor of survival in patients starting antiretroviral therapy with absolute CD4 cell counts between 200 and 350 cells/mL », *HIV Medicine*, 2006. Tiré le 2 décembre 2010 de HYPERLINK "<http://www.cfenet.ubc.ca/publications/cd4-percentage>" <http://www.cfenet.ubc.ca/publications/cd4-percentage-independent-predictor-survival-patients-starting-antiretroviral-therapy>, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS.

National Health and Medical Research Council. *A guide to the development, evaluation and implementation of clinical practice guidelines*, NHMRC: Commonwealth of Australia, 1998. Tiré le 23 décembre de www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp30syn.htm.

BIBLIOGRAPHIE

ONUSIDA. Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention Towards Universal Access, ONUSIDA, 2007, Genève. Tiré le 13 mars 2011 de

HYPERLINK "http://whqlibdoc.who.int/unaid/2007/9789291735570_eng.pdf" http://whqlibdoc.who.int/unaid/2007/9789291735570_eng.pdf

ONUSIDA. Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned, Office des Nations Unies contre le crime et la drogue, 2008.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Evidence based practice, 2005, Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Toronto. Tiré de www.cno.org/prac/yau/2005/09_evidence.htm.

Pauly, B., Goldstone, I., McCall, J., Gold, F., et Payne, S.. « The ethical, legal and social context of harm reduction », *Infirmière canadienne*, vol. 103, no 8, 2007, p. 19-23.

Phillips, P. BCCFE therapeutic guidelines – opportunistic infections, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, 2007, Vancouver, C.-B. Tiré le 23 juin 2010 de www.cfenet.ubc.ca.

Pirzada, Y., Khuder, K., et Donabedian, H.. « Predicting AIDS-related events using CD4 percentage or CD4 absolute counts », *AIDS research and therapy*, 2006. Tiré le 2 décembre 2010 de HYPERLINK "<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1742-6405-3->" <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1742-6405-3-20.pdf>

Plested, B. A., Edwards, R. W. et Jumper-Thurman, P. (2006, April). *Community*

Readiness: A Handbook for Successful Change, tri-Ethnic Centre for Prevention Research, avril 2006, Fort Collins, Colorado, É.-U.

Raphael, D.. « Introduction to social determinants of health », dans D. Raphael, éditeur. *Social determinants of Health: Canadian perspectives*, 2004, Canadian Scholars Press Inc., Toronto.

Réseau juridique canadien VIH/sida. « Evolution of HIV testing and policy in Canada », 2007, Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida.

Réseau juridique canadien VIH/sida. « Shifting HIV testing policies », 2007, Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida.

Rudy, B.J., Murphy, D.A., Harris, D.R., Muenz, L. et Ellen, J. « Patient-related risks for non-adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected youth in the United States: A study of prevalence and interactions », *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 23, no 3, 2009, p. 185-194.

Ruppar, T.M. et Conn, V.S. « Medication adherence interventions for older adults: A literature review », *Research and Theory for Nursing*, vol. 22, no 2, 2008, p. 114-147.

Saini, S.D., Schoenfeld, P., Kaulback, K. et Dubinsky, M. « Effect of medication dosing frequency on adherence », *American Journal of Managed Care*, vol. 15, no 6, 2009, p. e22-e33.

BIBLIOGRAPHIE

Santé Canada. The social determinants of health: An overview of the implications for policy and the role of the health sector, 2003. An overview in response to papers presented at the Social Determinants of Health across the Lifespan Conference, novembre 2002, Toronto. Tiré le 16 juin 2010 de HYPERLINK “<http://www.phac-aspc.gc.ca>” www.phac-aspc.gc.ca, Santé Canada, Ottawa, Ontario.

Santé Canada. Summary: Estimates of HIV Prevalence and Incidence in Canada, 2008. Tiré le 29 septembre 2010 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/aidssida/publication/survreport/estimat08-eng.php>. Santé Canada, Ottawa, Ontario.

Schechter, M.T., Hogg, R.S., Aylward, B., Craib, K.J.B., Le, T.N. et Montaner, J.S. « Higher socio-economic status is associated with slower progression of HIV infection independent of access to health care », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 47, no 1, 1994, p. 59-67.

Smye, V. et Browne, A.J. « “Cultural safety” and the analysis of health policy affecting Aboriginal people », *Nurse Researcher*, vol. 9, no 3, 2002, p. 42-56.

Société Médicale Canadienne sur l'Addiction, 1999, Ottawa. Tiré de www.csam.org/non_member/definitions

Sohler, N.L., Li, X., et Cunningham, C.O. « Gender disparities in HIV health care utilization among the severely disadvantaged: Can we determine the reason? », *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 23, no 9, 2009, p. 775-783.

Sorensen, J.L., Masson, C. et Delucchi, K. « Randomized trial of drug abuse treatment-linkage strategies », *Journal of Consult and Clinical Psychology*, vol. 73, 2007, p. 1026-1035.

Tam, L.W.Y., Chui, C.K.S., Brumme, C.J., Bangsberg, D.R., Montaner, J.S.G., Hogg, R.S. et al. « The relationship between resistance and adherence in drug-naïve individuals initiating HAART is specific to individual drug classes », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 49, no 3, 2008, p. 266-271.

Thompson, M.A., Aberg, J.A., Cahn, P., Montaner, J.S.G., Rizzardini, G., Telenti, A. et al. « Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2010 recommendations of the International AIDS Society –USA Panel », *Journal of the American Medical Association*, vol. 304, no 3, 2010, p. 321-333.

Tramarin, A., Campostrini, S., Tolley, K. et De Lalla, F. « The influence of socioeconomic status on health service utilization by patients with AIDS in Northern Italy [version électronique] », *Social Science and Medicine*, vol. 45, no 6, 1997, p. 859-866.

Vaillancourt, Y., Aubry, F., Tremblay, L. et Kearney, M. Social policy as a

determinant of health and well-being: The contribution of the social economy, 2002. Présenté lors de la conférence Social Determinants of Health across the

Lifespan, novembre 2002, Toronto.

BIBLIOGRAPHIE

Van Rensberg, M.S. « Measuring the quality of life of residents in SADC

communities affected by HIV », *AIDS Care*, vol. 22, no 5, 2009, p. 1132-1140.

Walker, J.S. et Bruns, E.J. « Building on practice-based evidence: Using expert perspectives to define the wraparound process », *Psychiatric Services*, vol. 57, 2006, p. 1579-1585.

Williams, D.R. « Socioeconomic differentials in health: a review and redirection [version électronique] », *Social Psychology Quarterly*, vol. 53, no 2, 1990, p. 81-99. Tiré le 16 juin 2010 de <http://www.jstor.org>.

Wood, R.A., Zettel, P., et Stewart, W. « The Dr. Peter Centre. Harm reduction nursing », *Infirmière canadienne*, vol. 99, no 5, 2003, p. 20-24.

Wood, E., Montaner, J.S., Chan, K., Tyndall, M.W., Schechter, M.T., O'Shaughnessy, M.V. et Hogg, R.S. « Socioeconomic status, triple therapy and survival from HIV disease since 1996 [version électronique] », *AIDS*, vol. 16, no 15, 2003, p. 2065-2072.

Zieler, S. et Krieger, N. « Reframing women's risk: Social inequalities and HIV infection », *Annual Review of Public Health*, vol. 18, 1997, p. 401-436. AIDS Education and Training Centres, 2009. CD4 monitoring and viral load testing. Tiré le 2 décembre 2010 de HYPERLINK "http://www.aids-ed.org/aidsetc?page=cm-107_cd4_monitor" http://www.aids-ed.org/aidsetc?page=cm-107_cd4_monitor

ANNEXE A : STRATÉGIE DE RECHERCHE POUR LES DONNÉES PROBANTES EXISTANTES

Durant l'élaboration de ces lignes directrices, la stratégie de recherche utilisée se basait sur deux éléments clés :

- 1) L'identification des normes en matière de pratiques cliniques publiées sous le thème des soins prodigués aux clients vivant avec le VIH sida ou à risque de contracter l'infection; et
- 2) L'identification de revues systématiques et d'études primaires dans le domaine de la sidologie publiées entre 2000 et 2011.

ÉTAPE 1 – RECHERCHE DANS DES BASES DE DONNÉES

Une recherche dans des bases de données sur les données probantes liées à la sidologie déjà existantes a été effectuée par le comité de révision. Une recherche initiale relativement aux lignes directrices a été menée dans les bases de données MEDLINE, CINAHL et celle de la bibliothèque Cochrane, dans les études primaires et dans les revues systématiques publiées entre 2000 et 2011, en utilisant les termes suivants : « dépendance », « observance thérapeutique », « thérapie antirétrovirale », « effets secondaires liés à la thérapie antirétrovirale », « maladies qui définissent le sida », « santé infantile », « sécurisation culturelle », « soins aux personnes âgées », « réduction des méfaits », « VIH », « prévention du VIH », « test de dépistage du VIH », « santé maternelle », « infections opportunistes », « grossesse », « résistance », « déterminants sociaux de la santé », « stigmates », « transmission verticale ». Tel que demandé par le comité d'experts, des recherches documentaires complémentaires ont été effectuées au besoin.

Cette recherche visait à répondre aux questions suivantes :

1. Que doivent savoir les infirmières et les infirmiers afin d'effectuer une évaluation appropriée de la condition des clients vivant avec le VIH/sida ou à risque de contracter l'infection?
2. Que doivent savoir les infirmières et les infirmiers en matière de sidologie (notamment l'évaluation, les traitements, l'observance thérapeutique, etc.)?
3. Quel est le rôle de l'infirmière/de l'infirmier dans la fourniture de soins en sidologie?
4. Comment offrez-vous votre soutien à un client qui se présente pour obtenir des soins?

ÉTAPE 2 – RECHERCHE PAR LE BIAIS DE MOTEURS DE RECHERCHE WEB

Une recherche sur les sites Web portant sur les lignes directrices de pratiques déjà existantes et liées à la sidologie a été effectuée grâce au moteur de recherche google (www.google.ca) en utilisant des mots clés. Les résultats de la recherche ont été enregistrés et les sites Web ont été examinés.

ÉTAPE 3 – RECHERCHE MANUELLE/CONTRIBUTIONS DU GROUPE D'EXPERTS

Des membres du groupe d'experts devaient examiner leurs archives personnelles afin d'y trouver des lignes directrices qui n'avaient pas été relevées à l'aide des stratégies de recherche élaborées ci-dessus

ÉTAPE 4

Les membres du groupe d'experts ont également apporté de l'information supplémentaire (telles que des données probantes existantes, des articles, des revues spécialisées et de la documentation « grise ») pour appuyer et peaufiner les recommandations.

ANNEXE B :

GLOSSAIRE

Dépendance : C'est une maladie chronique, de première ligne, caractérisée par un manque de contrôle sur la consommation d'une substance psychoactive et/ou d'un comportement. De manière clinique, les manifestations sont accompagnées de dimensions biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles. Parmi les caractéristiques communes, on relève des changements d'humeur, un soulagement d'émotions négatives, la recherche de plaisir, des préoccupations liées à la consommation de substances ou des comportements ritualistes, l'usage continu de substances et/ou exhiber un(des) comportement(s) en dépit de la nocivité des conséquences physiques, psychologiques, et/ou sociales. Comme toute maladie chronique, elle peut être progressive, récurrente et mortelle (Société Médicale Canadienne sur l'Addiction, 1999).

Observance thérapeutique : Suivre l'observance thérapeutique signifie adhérer (suivre) un régime posologique, c'est-à-dire prendre le bon dosage au bon moment, tel que prescrit.

Thérapie antirétrovirale : Les médicaments antirétroviraux sont conçus pour traiter l'infection par les rétrovirus, surtout par le VIH. Lorsque plusieurs de ces médicaments, normalement trois ou quatre, sont pris conjointement, l'approche est alors connue sous le nom de traitement antirétroviral hautement actif.

Client(e) : Un(e) client(e) est une personne avec laquelle l'infirmière/l'infirmier établit une relation thérapeutique. Dans la plupart des situations, un(e) client(e) est un individu, mais les membres de la famille, les proches et/ou des mandataires spéciaux peuvent également être

désignés ainsi.

Compétences : Elles déterminent la capacité d'un individu à effectuer un travail correctement. Il s'agit d'un amalgame de connaissances, d'aptitudes et de comportements utilisés en vue d'améliorer le rendement. Les compétences désignent un état ou la qualité d'une personne adéquatement qualifiée et qui possède les aptitudes à remplir un certain rôle.

Perspectives culturelles essentielles : Elles sont la considération essentielle de la « différence » en matière de culture. Elles sont tout particulièrement importantes en soins infirmiers puisque si la culture n'est comprise que d'un point de vue restreint, réduite à des croyances, à des attitudes, à des connaissances ou à des pratiques correspondant à la nationalité/l'ethnicité, la santé et les soins de santé pourraient être limités et les contextes socio-politiques et historiques des vies des personnes qui déterminent la santé et les soins de santé, pourraient être ignorés et/ou ne pas être traités adéquatement (Hartrick Doane et Varcoe, 2005). Dans une perspective culturelle essentielle, la culture est toujours en évolution. C'est un aspect relationnel de nous-même qui change avec le temps, selon notre histoire, nos expériences passées, notre statut social, professionnel et notre sexe, et de la façon que les autres nous perçoivent en société (Browne et Varcoe, 2006).

Sécurisation culturelle : Il s'agit d'un concept qui a vu le jour dans la formation en soins infirmiers à Aotearoa en Nouvelle-Zélande avec le personnel infirmier maori. Ce dernier a reconnu les inégalités relatives à l'état de santé

ANNEXE B :

GLOSSAIRE

et aux soins de santé prodigués aux Maori qui perpétuaient en fait le processus et les pratiques de colonisation (Ramsden, 1993, 2000; Smye et Browne, 2002). C'est un concept embrassé par plusieurs organismes canadiens qui vise à remédier aux inégalités en santé et dans les soins de santé (comme par exemple l'Organisation nationale de la santé autochtone).

La sécurisation culturelle commence par l'introspection de l'infirmière/de l'infirmier et du fournisseur de soins de santé. L'infirmière/l'infirmier doit reconnaître que le client (en tant qu'individu, que membre d'une famille et/ou d'une communauté) et que le fournisseur de soins sont des « porteurs de culture » et que les relations sont toujours considérées biculturelles, c'est-à-dire qu'elles sont influencées à la fois par la(les) culture(s) de l'infirmière/de l'infirmier et du client. En outre, les infirmières et les infirmiers doivent comprendre que la santé et les soins de santé sont façonnés par les processus et les pratiques historiques, sociales, économiques et politiques, les jeux de pouvoir et par les inégalités structurelles (Ramsden, 1993, 2000). Des pratiques culturellement sécuritaires impliquent de traiter les écarts de pouvoir qui créent les inégalités touchant ainsi la santé et les soins de santé. Elles demandent également que le personnel infirmier adopte des pratiques et des politiques qui ont des répercussions sur la santé et les soins de santé, qui bouleversent le statu quo, comme par exemple changer ces mêmes pratiques et politiques qui font courir des risques aux individus dont les besoins en soins de santé ne sont pas satisfaits ou qui créent des « risques culturels ». La sécurisation culturelle est à la fois un processus et un objectif. Les services et les soins culturellement adaptés sont

donc définis comme tels par le client.

Données probantes : Elles sont les renseignements qui sont le plus près liés aux faits. Les formes qu'elles prennent dépendent du contexte. Les résultats de recherches de haute qualité, qui reposent sur une méthodologie appropriée, sont les données probantes les plus précises. Étant donné que les recherches sont bien souvent incomplètes, voire même contradictoires ou non disponibles, d'autres types de renseignements agissent en tant que suppléments nécessaires ou substituts à la recherche. Les données probantes à considérer pour prendre une décision sont les formes multiples d'éléments probants combinées qui balancent la rigueur à l'expérience en privilégiant les premiers par rapport aux seconds (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006).

Apprentissage basé sur des données probantes : exige une autoévaluation de notre rendement afin de comprendre à quel point nos interventions d'apprentissage fonctionnent et établissent des cycles continus d'amélioration dans le cadre de nos pratiques. Après avoir recueilli et analysé les données probantes, nous agissons en conséquence et entamons le cycle de nouveau : évaluer et analyser.

Pratique fondée sur des données probantes : l'intégration des connaissances tirées des meilleures recherches disponibles, des préférences du client, des ressources et de l'expertise clinique au moment de la prise de décision par rapport au client pour offrir les meilleurs soins de santé possibles.

Pratique éclairée fondée sur des données probantes : Il s'agit d'une approche de pratique

ANNEXE B :

GLOSSAIRE

en soins infirmiers dans laquelle l'infirmière/ l'infirmier est conscient(e) de la pertinence des recherches des données probantes sur sa pratique clinique et la force de ces éléments probants (College of Nurses of Ontario, 2005b; Dobbins, 2008).

Pratique exemplaire : Elle fait référence aux « pratiques cliniques, traitements et interventions qui donnent les meilleurs résultats possibles pour le patient et l'établissement de soins de santé qui offrent ces services » (Lippincott, Williams et Wilkins, 2007, p.1).

Pratiques prometteuses : Les termes « leçons apprises », « bonnes pratiques » et « pratiques prometteuses » décrivent tous des pratiques utiles. Ces termes sont souvent utilisés pour indiquer des pratiques ou des méthodes qui n'ont pas encore été rigoureusement évaluées comme étant des « pratiques exemplaires », mais qui offrent néanmoins des idées sur ce qui fonctionne le mieux dans une situation donnée (Information & Knowledge for Optimal Health, 2007). Elles sont fréquemment mentionnées par les experts en la matière comme étant bénéfiques (Walker et Bruns, 2006).

Réduction des méfaits : Il s'agit d'un continuum de services mettant en valeur une méthode pragmatique et philosophique pour prodiguer des soins tout en minimisant les conséquences négatives liées à l'usage de substances.

L'approche humaniste est axée sur les objectifs tout en respectant les coûts inhérents (Pauly, Goldstone, McCall, Gold et Payne, 2007).

Interdisciplinaires : Ce terme signifie une gamme d'activités de collaboration effectuées par une équipe composée de deux individus ou plus provenant de différentes disciplines mettant en

pratique les approches et les méthodes de leur discipline respective (Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2005). Ce sont des approches qui permettent d'analyser, de faire la synthèse et d'harmoniser les relations entre les disciplines pour en faire un plan de soins cohérent et concerté (Choi et Pak, 2006).

Infection opportuniste : C'est une infection causée par des agents pathogènes (bactériens, viraux, fongiques ou protozoaire) qui ne causent pas normalement de maladie chez un hôte en santé. Toutefois, un système immunitaire déficient offre une « occasion » d'infection aux agents pathogènes.

Soins de santé primaires : «...[Ils] consistent à favoriser un accès équitable à la santé et aux soins de santé aux services de santé communautaires qui mettent l'accent sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé » (MacDonald, 2002, p.30). « Ce sont des soins essentiels (de promotion, de prévention, curatifs, spécialisés en réadaptation et de soutien) axés sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1995, p.1).

Résistance : C'est la diminution de l'efficacité d'un médicament tels que les antirétroviraux, les antimicrobiens ou les antinéoplasiques dans la guérison d'une maladie ou d'une affection.

Stigmates : « Les stigmates sont généralement un processus social, rencontré ou anticipé, caractérisé

par l'exclusion, le rejet, la culpabilité ou la dévaluation découlant de l'expérience ou de l'anticipation raisonnable d'un jugement social défavorable envers une personne ou un groupe. »

ANNEXE B :

GLOSSAIRE

(Martin et Johnston, 2007, p. 8). En matière d'infection au VIH, c'est une attitude négative souvent fondée sur les préjugés, de l'information erronée et la peur générée par le lien fait entre le VIH et des comportements socialement inacceptables comme l'usage de drogues par injection, l'homosexualité, la promiscuité et la perception que les gens ont un choix, selon les expériences vécues, menant les personnes à porter des jugements moraux. La présence de stigmates est problématique puisqu'elle peut mener à la marginalisation et à la discrimination accompagnée d'effets nocifs pour les clients, les familles et les communautés (une estime de soi diminuée, une augmentation de l'isolement et de la vulnérabilité et une plus grande probabilité que les personnes n'auront pas recours aux services). La discrimination est présente lorsque des actions sont prises (ou ne sont pas prises) sur la base des stigmates.

Stigmates croisés : Nous sommes en présence de stigmates croisés lorsque des forces d'oppression contribuent à former des stigmates. Par exemple, une personne vivant avec le VIH peut être victime de stigmates si elle fait également l'usage de drogues. Différents stigmates peuvent être créés si cette personne est racialisée de quelque façon que ce soit, et si elle est défavorisée, d'autres stigmates s'ajouteront aux autres, co-construisant des stigmates par le biais de ces forces, mais ne formant pas de processus cumulatif, tel que mentionné ci-dessus.

Stigmates associatifs : C'est le processus d'être stigmatisé(e) en fonction d'un rapport étroit avec une personne séropositive, normalement un membre de la famille, comme si ce membre de la famille était entaché par la relation. De la même façon, un professionnel des soins de la santé peut aussi être stigmatisé par une relation de travail (Halter, 2008).

Revue systématique : L'application d'une démarche scientifique rigoureuse en vue de consolider des recherches de données probantes sur un sujet spécifique. « Les revues systématiques déterminent où les répercussions des soins de santé sont constantes et les résultats de recherche peuvent être appliqués parmi les différentes populations, les paramètres et les différences de traitement (comme le dosage); et où les effets peuvent varier de manière significative. L'utilisation de méthodes systématiques et explicites dans le cadre des revues limite les biais d'échantillonnage (erreurs systématiques) et réduit les effets fortuits, nous permettant d'obtenir des résultats plus fiables pour tirer des conclusions et prendre des décisions (Clarke et Oxman, 1999).

Relation thérapeutique : Il s'agit d'une relation résolue, axée sur les objectifs qui contribue à servir au mieux les intérêts et les avantages du client. La relation thérapeutique est fondée sur un processus interpersonnel entre l'infirmière/l'infirmier et le(s) client(s) (RNAO, 2006).

ANNEXE C : LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Au Canada et dans d'autres pays, on trouve de multiples preuves de l'idée que « les circonstances socioéconomiques des personnes et des groupes sont aussi ou plus importantes à l'état de santé que les soins médicaux et les comportements personnels tels que le tabagisme ou l'alimentation » (Evans, Barer et Marmor, 1994; Santé Canada, 2003). Les données probantes indiquent que les déterminants sociaux de la santé « ont une incidence directe sur la santé des personnes et des groupes, sont les meilleurs prédicteurs de la santé des personnes et de la population, imposent les choix de style de vie et interagissent entre elles pour produire la santé » (Santé Canada, 2003, p.2). « En ce qui concerne la santé des populations, il est bien connu que l'importance de l'écart ou des inégalités dans les statuts sociaux et économiques des différents groupes au sein d'une population donnée exerce une grande influence sur la santé de la population globale. Plus l'écart est important, plus la santé de la population globale est précaire. » (Santé Canada, 2003, p. 2). Les neuf déterminants sociaux de la santé suivants sont présentés dans le document de Santé Canada intitulé : Les déterminants sociaux de la santé : un aperçu des répercussions sur les politiques et du rôle du secteur de la santé. Il s'agit d'un aperçu en réponse à des travaux présentés dans le cadre de la Conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, à Toronto en novembre 2002. D'autres déterminants sociaux de la santé comprennent : paix, soutien social et violence familiale.

L'éducation et la garde des jeunes enfants : L'accès à l'éducation et à la garde des jeunes enfants pour tous – centres de garderie et autres services réglementés, par exemple : les garderies familiales dans des maisons privées, pour permettre aux mères de famille de faire partie de la population active. Cela comprend aussi la scolarisation lorsque l'objectif principal est l'éducation des jeunes enfants comme les maternelles et les pré-maternelles (Friendly, 2002).

L'éducation : L'éducation plus avancée est liée à une meilleure santé et à de meilleurs résultats; moins d'éducation signifie une santé et des résultats plus précaires.

L'emploi et la sécurité d'emploi : La capacité d'avoir un travail valable (perçu comme tel par la personne) afin de répondre aux besoins de l'individu, de la famille et/ou de la communauté. Les taux de chômage plus élevés sont liés à une santé plus précaire et à un décès prématuré.

La sécurité alimentaire : La capacité d'acquérir ou de consommer un régime alimentaire de qualité adéquate ou une quantité d'aliments suffisante, de manière socialement acceptable, avec la certitude que c'est possible. La disponibilité limitée d'aliments sains repose sur la présence d'argent pour les acheter et la possibilité de se les procurer dans des zones géographiquement isolées.

Le logement : La capacité d'obtenir un logement abordable, convenable et adéquat (Layton, 2000).

ANNEXE C : LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Le revenu : On estime que le revenu influe sur la santé de plusieurs manières importantes : les privations matérielles agissent comme un obstacle pour obtenir un logement adéquat, des aliments, du chauffage et la possibilité de participer à la société. Tous ces éléments étant des conditions préalables pour un développement sain. Le manque de revenu adéquat mène au stress psychosocial qui fragilise la santé et les choix de la personne sont limités (Raphael, 2004).

L'économie sociale : La présence de services fournis aux membres et à la communauté visant à stimuler l'indépendance des personnes et qui ne sont pas axés sur le profit (Vaillancourt, Aubrey, Tremblay et Kearney, 2002).

L'inclusion et l'exclusion sociale : La capacité pour tous de participer pleinement à la vie canadienne. Pour certaines personnes, c'est impossible en raison d'inégalités structurelles dans l'accès aux ressources sociales, économiques, politiques et culturelles. Ces inégalités peuvent être liées à l'oppression due à la race, à la classe, au sexe, aux incapacités, à l'orientation sexuelle, au statut d'immigrant, à l'âge, à la religion, etc.

Les conditions de travail : Jackson (2002) a défini les conditions de travail suivantes comme étant centrales pour déterminer si un emploi est sain ou pas : sécurité de l'emploi, conditions physiques du travail, cadence de travail, contrôle et stress, heures de travail (horaire), possibilités de s'exprimer et épanouissement individuel au travail, participation et relations au travail et équilibre travail/vie personnelle.

Outre les déterminants sociaux mentionnés ci-dessus, on compte plusieurs autres déterminants sociaux de la santé identifiés par l'AIIC (2005) de l'Organisation mondiale de la santé.

Les inégalités sociales : L'écart entre les riches et les pauvres peut être un déterminant social encore plus nuisible à la santé que la pauvreté absolue : « À mesure que l'écart entre les riches et les pauvres s'élargit, l'état de santé diminue ». (AIIC, p.3).

Le statut social : Les personnes appartenant à un statut social peu élevé courent au moins deux fois plus de risque d'une maladie grave ou de mort prématurée que ceux dont le statut social est plus élevé; cette situation se retrouve parmi toutes les strates sociales (AIIC).

Le stress : Un stress de longue durée et cumulatif cause une santé fragilisée, p. ex. : des maladies chroniques, des infections et des problèmes de santé mentale (AIIC).

En plus des déterminants sociaux de la santé, il existe aussi d'autres déterminants de base de la santé, notamment : l'héritage génétique et le milieu physique (Santé Canada, 2003).

ANNEXE D : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES AVEC LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL HAUTEMENT ACTIF (HAART)

Le système enzymatique cytochrome P-450 (CYP450) est responsable de la biotransformation des médicaments de métabolites actifs en métabolites inactifs, éliminés par le corps. Étant donné les effets des inhibiteurs de protéase (IP) et des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) de cette catégorie de médicaments sur le système CYP450, les interactions médicamenteuses sont fréquentes et problématiques lorsqu'on prescrit HAART (Faragon et Piliero, 2004).

Médicaments à éviter pour les traitements basés sur les INNTI dans une thérapie antirétrovirale

MÉDICAMENTS	INTERACTIONS	RECOMMANDATION
Ciprofloxacine, tétracycline, doxycycline	La didanosine (ddI) sous forme de comprimés tamponnés chélate les antibiotiques et réduit l'absorption.	La didanosine devrait être administrée deux heures après ou six heures avant les antibiotiques. L'usage concomitant des comprimés tamponnés de ddI peut aussi compromettre l'absorption de l'atazanavir. L'usage d'une formulation à enrobage entérique est une possibilité.
Contraceptifs oraux	L'usage concomitant de névirapine et de contraceptifs oraux peut mener à l'échec des contraceptifs.	D'autres moyens de contraception
Rifabutine, rifampicine	Réduisent la concentration minimale de la névirapine de manière significative.	La rifabutine est préférable à la rifampicine avec une diminution de la concentration minimale de 16 % comparativement à 37 %.

ANNEXE D : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES AVEC LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL HAUTEMENT ACTIF (HAART)

MÉDICAMENTS	INTERACTIONS	RECOMMANDATION
Midazolam, triazolam et ergotamine	L'usage concomitant avec l'éfavirenz peut mener à des concentrations élevées de midazolam, de triazolam et d'ergotamine.	L'usage concomitant est contre-indiqué.
Clarithromycine	Utilisée en même temps que l'éfavirenz, l'aire sous la courbe et la Cmax de la clarithromycine ont diminué de 39 % et de 26 % respectivement.	Utiliser de l'azithromycine à la place.
Rifampicine	Réduit l'aire sous la courbe et la Cmax de l'éfavirenz de 26 % et de 20 % respectivement.	Augmenter le dosage de l'éfavirenz ou utiliser de la rifabutine à la place.
Phénytoïne, carbamazépine, phénobarbital	Peut réduire les concentrations de délavirdine, d'éfavirenz et de névirapine	Une solution de rechange possible est le levetiracetam.
Inhibiteurs de protéase	Étant donné que les INNTI sont des inducteurs connus du système CYP3A4, des réductions significatives des niveaux d'IP peuvent se produire lors d'un usage concomitant de ces médicaments.	Pour contrebalancer cette interaction, le dosage des IP doit être augmenté.
Alcaloïdes de l'ergot telles que la dihydroergotamine, l'ergonovine, l'ergotamine et la méthylergonovine	L'altération du métabolisme hépatique, due aux IP peut augmenter le risque de toxicité à l'ergotamine.	Éviter l'usage concomitant avec la thérapie aux antiprotéases. Considérer d'autres médicaments comme le sumatriptan.

ANNEXE D : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES AVEC LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL HAUTEMENT ACTIF (HAART)

MÉDICAMENTS	INTERACTIONS	RECOMMANDATION
Simvastatine, lovastatine et une dose élevée d'atorvastatine	Les niveaux des inhibiteurs de l'HMG CoA réductase augmentent considérablement.	Choisir plutôt pravastatine ou de faibles doses d'atorvastatine lors d'un traitement concomitant à une thérapie aux antiprotéases.
Phénytoïne, carbamazépine et phénobarbital	Possibilité d'accélération du métabolisme des IP, menant à un échec virologique.	Éviter l'usage concomitant si possible. Considérer avoir recours à d'autres anticonvulsivants durant la thérapie aux antiprotéases.
Alprazolam, midazolam et triazolam	Possibilité de sédation prolongée ou accrue ou encore d'une dépression respiratoire.	Éviter l'usage concomitant. Considérer avoir recours au zolpidem ou au lorazépam.
Agents de motilité gastro-intestinale	Cisapride	Contre-indiqués étant donné l'augmentation marquée des niveaux de cisapride et du potentiel d'allongement de l'intervalle QT.
Millepertuis	Diminution significative des niveaux des IP (études sur l'IDV) pouvant mener à un échec virologique ou à une résistance.	Éviter l'usage concomitant avec la thérapie aux antiprotéases.
Ail	Diminution significative des niveaux des IP (études sur le SQV) pouvant mener à un échec virologique ou à une résistance	Éviter l'usage concomitant avec la thérapie aux antiprotéases.

ANNEXE D : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES AVEC LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL HAUTEMENT ACTIF (HAART)

MÉDICAMENTS	INTERACTIONS	RECOMMANDATION
Pimozide	Risque accru de toxicité cardiaque avec l'usage concomitant de ritonavir	Éviter l'usage concomitant avec les traitements basés sur le ritonavir, y compris l'association lopinavir/ritonavir.
Rifampicine	Diminution significative des concentrations des IP pouvant mener à un échec virologique. Peut être utilisée avec une dose complète de ritonavir.	Considérer plutôt la rifabutine.
Amiodarone, propafénone, bépridil, quinidine et flécaïnide	Risque accru d'arythmies cardiaques sévères avec l'usage concomitant de ritonavir.	Éviter l'usage concomitant avec les traitements basés sur le ritonavir, y compris l'association lopinavir/ritonavir.
Inhibiteurs de la pompe à protons tels que l'oméprazole, l'ésoméprazole, le lansoprazole, le rabéprazole, et le pantoprazole	Diminution significative des concentrations plasmatiques d'atazanavir	Éviter l'usage concomitant avec l'atazanavir; considérer l'usage d'un antagoniste des récepteurs H2 séparé au moins de 12 heures de la prise d'atazanavir.
Antiacides	Diminution des concentrations plasmatiques d'atazanavir	Devraient être séparés par au moins deux heures de la prise d'atazanavir.

ANNEXE D : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ENTRE LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL HAUTEMENT ACTIF (HAART) ET LA MÉTHADON

MÉDICAMENTS	EFFETS DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE SUR LA MÉTHADONE	EFFETS DE LA MÉTHADONE SUR LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE
Abacavir	Diminue l'effet de la méthadone de 25 %.	Diminution de la concentration maximale d'abacavir de 34 %.
Didanosine sous forme de comprimés tamponnés	Inconnus	Diminution de l'aire sous la courbe de la didanosine de 57 %
Didanosine sous forme de capsules à enrobage entérique	Inconnus	Aucun changement significatif lorsque prise en association zidovudine/lamivudine
Lamivudine	Inconnus	Aucun changement significatif lorsque prise en association zidovudine/lamivudine
Stavudine	Inconnus	Diminution de l'aire sous la courbe de la stavudine de 23 %
Ténofovir	Inconnus	Aucun changement significatif avec le ténofovir
Zalcitabine	Inconnus	Inconnus
Zidovudine	Inconnus	Augmentation de l'aire sous la courbe de la zidovudine de 41 %
Délavirdine	Effets inconnus, quoiqu'il existe une possibilité d'augmentation de l'effet de la méthadone.	Aucun changement au niveau de la délavirdine
Éfavirenz	Diminution des niveaux de la méthadone de 57 %	Inconnus
Névirapine	Diminution des niveaux de la méthadone de 51 %	Inconnus
Étravirine	Aucun effet clinique significatif	Aucun effet clinique significatif

ANNEXE D : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ENTRE LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL HAUTEMENT ACTIF (HAART) ET LA MÉTHADON

MÉDICAMENTS	EFFETS DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE SUR LA MÉTHADONE	EFFETS DE LA MÉTHADONE SUR LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE
Amprénavir	Diminution de l'aire sous la courbe de la méthadone de 35 %	Diminution de l'aire sous la courbe, de la Cmax et de la Cmin de l'amprénavir
Indinavir	Aucun changement significatif de l'aire sous la courbe de la méthadone	Changement peu important de l'aire sous la courbe de l'indinavir. Augmentation de la Cmin de l'indinavir de 50 à 100 %. Diminution de la Cmax de l'indinavir de 16 à 36 %.
Association lopinavir/ ritonavir	Diminution de l'aire sous la courbe de la méthadone de 36 %	Inconnus
Nelfinavir	Diminution de l'aire sous la courbe de la méthadone de 40 %	Diminution de l'aire sous la courbe des métabolites du nelfinavir de 53 %; portée clinique non établie
Ritonavir	Diminution de l'aire sous la courbe de la méthadone de 36 %	Inconnus
Saquinavir, capsule à enveloppe dure	Effets inconnus pour le saquinavir étant le seul IP	Effets inconnus pour le saquinavir étant le seul IP
Saquinavir, capsule à enveloppe molle	Effets inconnus pour le saquinavir étant le seul IP; les concentrations de méthadone non-liées ne changent pas lorsque le saquinavir et le ritonavir sont pris en association.	Effets inconnus pour le saquinavir étant le seul IP; diminution possible de la Cmin du saquinavir lorsque le saquinavir et le ritonavir sont pris en association.
Duranavir	Diminution de l'aire sous la courbe de la méthadone	Inconnus
Fosamprénavir	Diminution de l'aire sous la courbe de la méthadone	Diminution de l'aire sous la courbe du fosamprénavir
Atazanavir	Aucun effet clinique significatif	Aucun effet clinique significatif

L'aire sous la courbe (ASC) représente la concentration en fonction du temps; la Cmax est la concentration plasmatique maximale du médicament ou le niveau le plus élevé; la Cmin est la concentration plasmatique minimale du médicament ou le niveau le plus bas.

ANNEXE E :

VOIES D'ÉLIMINATION DES AGENTS ANTIRÉTROVIRAUX ET EFFETS SUR LE SYSTÈME CYP450

MÉDICAMENTS	ÉLIMINATION	EFFETS SUR LE SYSTÈME CYP450
Zidovudine (AZT, ZDV)	Métabolisme hépatique avec sécrétion rénale	Aucun
Didanosine (ddI)	Sécrétion rénale de 50 %	Aucun
Zalcitabine (ddC)	Sécrétion rénale de 70 %	Aucun
Stavudine (d4T)	Sécrétion rénale de 50 %	Aucun
Lamivudine (3TC)	Sécrétion rénale de 70%	Aucun
Tenofovir (TDF)	Sécrétion rénale de 70 à 80 %	Aucun
Abacavir (ABC)	Élimination hépatique	Peu importants
Emtricitabine (FTC)	Sécrétion rénale de 86 %	Aucun
Névirapine (NVP)	Élimination hépatique	Inducteur du CYP3A4
Éfavirenz (EFV)	Élimination hépatique	Inhibiteur/inducteur du CYP3A4
Saquinavir (SQV)	Élimination hépatique	Inhibiteur du CYP3A4
Ritonovir RTV)	Élimination hépatique	Inhibiteur du CYP3A4
Indinavir (IDV)	Élimination hépatique	Inhibiteur du CYP3A4
Nelfinavir (NFV)	Élimination hépatique	Inhibiteur du CYP3A4
Amprenavir (APV)	Élimination hépatique	Inhibiteur du CYP3A4
Association lopinavir/ ritonavir (LPV/rvt)	Élimination hépatique	Inhibiteur du CYP3A4
Atazanavir (ATV)	Élimination hépatique	Inhibiteur du CYP3A4
Fosamprenavir (FPV)	Élimination hépatique	Inhibiteur du CYP3A4
Enfuvirtide (ENF)	Élimination hépatique	Aucun

(Faragon & Piliro, 2004)

ANNEXE F :

RESSOURCES PÉDAGOGIQUES

Les ressources pédagogiques suivantes ont été regroupées par le comité d'élaboration et sont destinées aux infirmières/infirmiers et à leurs clients afin qu'ils puissent en apprendre davantage sur le VIH/sida. Cette liste ne se veut pas être exhaustive*.

REVUES SPÉCIALISÉES

AIDS - <http://www.journals.lww.com/aidsonline/pages/default.aspx>

AIDS Care - <http://www.tandf.co.uk/journals/titles/09540121.asp>

AIDS Education and Prevention - http://www.guilford.com/cgi-bin/cartscript.cgi?page=pr/jnai.htm&dir=periodicals/per_pub&cart_id=

AIDS Patient Care and STDs - <http://www.liebertpub.com/products/product.aspx?pid=1>

International Journal of STD and AIDS - <http://www.rsmppress.co.uk/std.htm>

Journal of AIDS - <http://www.journals.lww.com/jaids/pages/default.aspx>

Journal of the Association of Nurses in AIDS Care - <http://www.janacnet.org>

RESSOURCES EN LIGNE

AIDS Vancouver - <http://www.aidsvancouver.org>

BC Centre of Excellence in HIV/AIDS - <http://www.cfenet.ubc.ca>

Réseau canadien d'info-traitements sida - <http://www.catie.ca>

Réseau canadien juridique VIH/sida - <http://www.aidslaw.ca>

Positive Living Society of BC - <http://www.positivelivingbc.org>

Positive Women's Network - <http://www.pwn.bc.ca>

The Body - <http://www.thebody.com>

Youthco AIDS Society - <http://www.youthco.org>

* Veuillez noter que la plupart des ressources pédagogiques indiquées ci-dessus sont en anglais seulement.



www.canac.org