WHO/GPA/TCO/HCS/94.8
Original: Anglais
Distr.: Générale

PROGRAMME
MONDIAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA

ADAPTER LES GUIDES DE L'OMS POUR LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE DE L'INFECTION A VIH AUX BESOINS DES PAYS

ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE

Table des matières

Introduction

L'expérience a montré que les guides concernant le traitement qui ont été élaborés pour un contexte particulier ne peuvent être appliqués entièrement ou de manière efficace dans un autre contexte sans une révision approfondie par les usagers locaux et, le cas échéant, sans une modification qui tienne compte des conditions culturelles, sociales et économiques locales.

C'est particulièrement vrai en ce qui concerne les principes directeurs de la prise en charge clinique de l'infection à VIH où les différences entre les pays jouent un rôle important pour ce qui est de la présentation de la maladie, des ressources disponibles et de l'infrastructure de la santé.

Les *Guides* de l'OMS *pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'adulte* et *l'enfant* ont été établis et perfectionnés par des cliniciens du SIDA de pays développés et en développement. Ils ont été utilisés dans de nombreux pays pour fournir la base d'une normalisation et, si possible, améliorer les soins aux sujets atteints de maladies liées au VIH. Ils peuvent être utilisés tels quels ou être modifiés pour tenir compte de la situation locale.

Le présent guide vise à aider les pays à adapter ceux de la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'adulte et l'enfant à des besoins nationaux ou locaux. Une des stratégies les plus utiles pour adapter les guides a été l'organisation d'ateliers nationaux ou programmatiques faisant appel à un processus participatif.

Les participants à ces ateliers sont notamment des praticiens et des responsables des services de santé, ainsi que des représentants du ministère de la Santé, du programme national de lutte contre le SIDA, du programme pour les médicaments essentiels et d'ONG. Pour bien adapter et utiliser les guides, il est indispensable d'associer des représentants des groupes appelés à les utiliser (médecins, infirmières ou agents de santé).

L'animateur chargé du processus participatif doit avoir l'habitude de la prise en charge clinique du VIH ainsi qu'une certaine expérience du processus. Les compétences et l'expérience professionnelle recommandées pour cet atelier supposent qu'il soit particulièrement réceptif au processus et qu'il le soutienne.

L'expérience a montré qu'il faut compter une préparation de trois mois de la première réunion de planification jusqu'au début de l'atelier. Il faudra probablement trois mois de plus pour finaliser et produire les guides avant de pouvoir commencer à former des personnels de façon systématique.

Les activités à entreprendre pour élaborer des guides nationaux sont présentés dans ce document dans l'ordre chronologique, comme indiqué à la page suivante.

1. Désignation d'un coordonnateur

2. Réunion de planification initiale

3. Activités entreprises pour préparer l'atelier

4. L'atelier lui-même

5. Mise en oeuvre/suivi

L'ensemble des activités de mise en oeuvre à entreprendre après la mise au point des principes ne sont pas indiquées de façon détaillée dans le présent document où l'on se contente d'indiquer les tâches essentielles. On trouvera en annexe des exercices pratiques à effectuer pendant l'atelier.

Pour obtenir:

- *Guide pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'adulte* (WHO/GPA/IDS/HCS/91.6; 86 pages) et
- *Guide pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'enfant* (WHO/GPA/IDS/HCS/93.3; 88 pages)

s'adresser au:

Programme mondial de Lutte contre le SIDA
Centre de documentation
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse

1. Premières étapes

1.1 Désignation d'un coordonnateur

Un coordonnateur doit être chargé de superviser le processus d'élaboration des guides nationaux (c'est-à-dire l'adaptation des *Guides* de l'OMS *pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'adulte* et *l'enfant* à la situation locale). Il s'occupera notamment de la réunion de planification initiale, des activités préparatoires avant l'atelier, de l'atelier lui-même et éventuellement de certaines des premières activités de mise en oeuvre. Par souci de cohérence et d'efficacité, il faudra donc probablement engager le coordonnateur pour une période d'au moins six mois.

1.2 Organisation d'une réunion de planification

Le coordonnateur convoquera une réunion de planification avec des membres du personnel qui seront associés à l'utilisation des guides. Il est proposé que les participants (qui seront au maximum dix) comprennent des représentants du programme national de lutte contre le SIDA, du ministère de la Santé, d'écoles de médecine/de soins infirmiers, du programme national pour les médicaments essentiels, du responsable sanitaire de la région/du district et du Programme mondial de Lutte contre le SIDA. La détermination finale des participants dépendra parfois des utilisateurs prévus.

On trouvera ci-dessous un projet d'ordre du jour de la réunion de planification pour les guides nationaux.

ORDRE DU JOUR DE LA RÉUNION	
1.	Présentation des participants
2.	Objet de l'atelier envisagé, notamment utilisateurs prévus des guides
3.	Examen du projet d'ordre du jour de l'atelier
4.	Date et lieu de l'atelier
5.	Liste provisoire des participants et des membres du secrétariat de l'atelier
6.	Examen et tableau des préparatifs en vue de l'atelier
7.	Animateur
8.	Projet de budget
9.	Autres questions

2. Réunion de planification en vue de l'atelier

2.1 Définir les utilisateurs prévus des guides

Pour que les guides s'insèrent dans le contexte national ou local, il faut définir les utilisateurs prévus. L'atelier doit déterminer où les principes ont des chances d'être utilisés et qui devrait les utiliser – par exemple médecins, infirmières, agents de soins de santé primaires, centres de santé, hôpitaux de missions ou services ambulatoires.

Les *Guides* de l'OMS *pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'adulte* et *l'enfant* doivent s'appliquer à trois niveaux d'équipements de santé selon les capacités de diagnostic:

- Niveau A: aucun moyen particulier (par exemple centre de santé)
- Niveau B: équipement de laboratoires de base, y compris moyens radiologiques (par exemple hôpital de district)
- Niveau C: équipement de laboratoire amélioré (par exemple hôpital de recours ou central)

La correspondance entre la capacité de diagnostic et le type d'établissement de soins n'est bien entendu pas parfaite. Dans certains pays en développement par exemple, les soins ambulatoires d'un hôpital de recours offrent des soins correspondant au niveau A. C'est le niveau plutôt que le type d'établissement qui est déterminant ici.

Il ne faut pas oublier que dans certaines zones rurales, ou dans des situations de grande pauvreté, les sujets infectés par le VIH ne sont parfois pas soignés dans des établissements mais à domicile. Il faut alors se demander qui va fournir les soins et comment faire pour en améliorer la qualité.

En outre, il est utile de se rappeler que l'objet de ces guides – la prise en charge clinique – ne représente qu'un aspect des soins fournis aux sujets infectés par le VIH. Il faut aussi se préoccuper séparément des autres types de soins, par exemple de l'appui psychosocial.

2.2 Préparer un programme pour l'atelier

Le projet de programme présenté à la page suivante a été éprouvé avec succès dans différents pays, mais il doit être adapté aux besoins locaux. L'expérience a montré qu'il faut généralement quatre ou cinq jours pour dégager un consensus.

2.3 Choisir les participants à l'atelier

Le nombre des participants ne doit pas dépasser 15 à 20 dont la moitié s'occuperont des soins cliniques aux sujets infectés par le VIH et aux malades du SIDA. Les autres seront des pharmaciens, des spécialistes de laboratoire, des administrateurs, voire le responsable de la formation qui animera l'atelier. Si l'on estime qu'il faut pour une raison ou une autre (la planification de la mise en oeuvre, par exemple) prévoir davantage de participants, le groupe peut être scindé en deux groupes de 15 participants au maximum.

Atelier national - PROJET DE PROGRAMME

DATE:
HEURE:

1er JOUR		2e JOUR		3e JOUR		4e JOUR		5e JOUR	
		8 h 00	Travail en groupe (consensus)*.	8 h 00	Travail en groupe (consensus)*.	8 h 00	Travail en groupe (consensus)*.	8 h 00	Plan d'action - mise en oeuvre, procédure d'examen. Notamment, fixer les délais pour la prise de mesures et définir qui sera responsable des activités concernant l'examen. Prévoir aussi un mécanisme de rétroinformation pour que tous les participants aient connaissance des conclusions de l'examen.
8 h 30	Présentation des participants.								
9 h 00	Ouverture officielle - Secrétaire principal: Introduction par le responsable du programme de lutte contre le SIDA.								
10 h 00	Pause.	10 h 00	Pause.	10 h 00	Pause.	10 h 00	Pause.	10 h 00	Pause.
10 h 30	Analyse épidémiologique et examen des tendances prévues pour le VIH et le SIDA.	10 h 30	Poursuite du travail en groupe*.	10 h 30	Poursuite du travail en groupe*.	10 h 30	Poursuite du travail en groupe*.	10 h 30	Récapitulation finale.
11 h 00	Situation clinique/tableau de morbidité.								
11 h 30	Système national d'approvisionnement pharmaceutique: analyse de la situation.								
12 h 30	Discussion.								
13 h 00	DEJEUNER.	13 h 00	DEJEUNER.	13 h 00	DEJEUNER.	13 h 00	DEJEUNER.		
14 h 00	Brève introduction aux guides cliniques de l'OMS et efforts en vue de dégager un consensus.	14 h 00	Poursuite du travail en groupe*.	14 h 00	Poursuite du travail en groupe*.	14 h 00	Examen final des guides cliniques - niveaux de soins, recommandations générales.		
14 h 30	Exercice de simulation sur le processus participatif.								
15 h 30	Pause.	15 h 00	Pause.	15 h 00	Pause.	15 h 00	Pause.		
16 h 00	Discussion et consensus concernant les options de traitement: - niveau de soins (centres de santé, district, central) - approches symptomatiques/ fondées sur les maladies.	15 h 30	Poursuite du travail en groupe*.	15 h 30	Poursuite du travail en groupe*.	15 h 30	Recommandations en ce qui concerne notamment les besoins pour la formation, la logistique et éventuellement les besoins juridiques.		
18 h 30-20 h 00	Réception.	16 h 00	Plénière.	16 h 00	Plénière.				

* Voir section 4.2 sur le processus participatif.

On trouvera ci-dessous un modèle pour les participants à un atelier national.

Atelier national
LISTE DE PARTICIPANTS SUGGERES

Les participants doivent être choisis de façon à assurer une large représentation du point de vue professionnel, administratif et géographique. Le nombre total des participants dépendra donc aussi de la taille du pays, mais ne doit pas dépasser 15 à 20 personnes.

MINISTERE	NIVEAU CENTRAL	REGION	HOPITAL DE DISTRICT	HOPITAL RURAL CENTRE DE SANTE
Responsable du programme de lutte contre le SIDA Pharmacien en chef	Haut responsable des soins médicaux	Responsable régional de la santé	Responsable de la santé pour le district	Assistant médical
Responsable des services techniques d'appui	Responsable des soins infirmiers	Infirmière régionale	Responsable des soins cliniques	Infirmière de santé communautaire
Programme pour les médicaments essentiels	Entrepôt médical central	Coordonnateur SIDA	Responsable des soins infirmiers de district	
Responsable des services de soins infirmiers	Pédiatre spécialisé dans les maladies infectieuses		Représentant des ONG	
Représentant de haut niveau des écoles de sciences de la santé	Médecin			

2.4 Définir l'information indispensable à l'atelier et en planifier les préparatifs

L'atelier aura besoin de données fondamentales en matière d'épidémiologie et de morbidité aux niveaux local, régional ou national pour que les participants puissent élaborer des guides adaptés au contexte local. A la réunion de planification, les participants doivent déterminer exactement les données dont ils ont besoin et le coordonnateur chargera une personne appropriée de recueillir les données nécessaires, par exemple un médecin travaillant dans un hôpital local et participant à l'atelier. La collecte des données et les évaluations requises devront être simples.

2.5 Préparer un projet de budget pour l'atelier

Exemple de budget type:

Atelier national
BUDGET

DATE:
LIEU:

1) INDEMNITE DE SUBSISTANCE

a) Nombre (N) de participants nationaux à $ par nuit
N x $ x nuits . . . . . $ _____

b) Nombre (N) d'animateurs à $ par nuit
N x $ x nuits . . . . . $ _____

c) Nombre (N) de personnels d'appui à $ par nuit
N x $ x nuits . . . . . $ _____

Total partiel . . . . . $ _____

2) TRANSPORT

a) Nombre (N) de participants x km - retour, ou . . . . . $ _____

b) Nombre (N) de participants x forfait . . . . . $ _____

Total partiel . . . . . $ _____

3) APPUI

a) Salle de conférence . . . . . $ _____

b) Petites fournitures . . . . . $ _____

c) Carburant . . . . . $ _____

Total partiel . . . . . $ _____

4) BOISSONS

a) Nombre de jours x nombre de participants - deux fois par jour . . . . . $ _____

Total partiel . . . . . $ _____

5) RECAPITULATION

1. Indemnités de subsistance . . . . . $ _____
2. Transport . . . . . $ _____
3. Appui . . . . . $ _____
4. Boissons . . . . . $ _____

TOTAL . . . . . $ _____

(Au taux de change actuel de . . . pour 1 US$)

3. Préparation de l'atelier

3.1 Réunir des données sur l'épidémiologie et la morbidité en vue de l'atelier

Afin de bien planifier les ressources pour les soins cliniques, y compris les estimations des besoins en médicaments, il faut établir le nombre de personnes qui demanderont des soins en raison d'une infection à VIH ainsi que le tableau de morbidité. Il y a différentes façons de procéder, mais les estimations les plus réalistes sont obtenues en associant diverses séries de données distinctes.

3.1.1 Déterminer le nombre de sujets infectés par le VIH

Méthode 1: Données sur la prévalence du VIH

L'association de données démographiques et de données sur la séroprévalence du VIH constitue une approche possible pour déterminer le nombre de personnes demandant des soins en raison d'une infection à VIH. On trouvera ci-dessous un exemple de la façon d'estimer le nombre d'adultes infectés par le VIH soignés dans les hôpitaux publics.

ESTIMATION TYPE

A. ESTIMATION DU NOMBRE D'ADULTES INFECTÉS PAR LE VIH

1)	Population nationale totale		10 000 000*
2)	Pourcentage des adultes (15-44 ans)	40,00%*	
3)	Nombre d'adultes (15-44 ans) (40% de No. 1)		4 000 000
4)	Séroprévalence du VIH dans la population adulte sexuellement active	15,00%*	
5)	Population adulte infectée par le VIH (15% de No. 3)		600 000
6)	Rapport estimé du nombre de cas de SIDA au nombre d'infections par le VIH	1:20*	
7)	Nombre prévu de cas adultes de SIDA survivants		30 000
8)	Rapport du nombre de cas symptomatiques de VIH** au nombre de cas de SIDA	3,5:1*	
9)	Nombre estimé de cas adultes de VIH symptomatiques (n'ayant pas encore le SIDA)		105 000
10)	Nombre total d'adultes ayant une maladie liée au VIH (No. 7 + No. 9)		135 000

B. NOMBRE ESTIMÉ DES PERSONNES QUI DEMANDERONT DES SOINS

11)	Pourcentage des cas demandant des soins	80,00%*	
12)	Nombre de cas demandant des soins (80% de No. 10)		108 000
13)	Pourcentage demandant des soins dans des établissements publics	70,00%*	
14)	Nombre de cas traités dans des établissements publics (70% de No. 12)		75 600

* Données de sources primaires nécessaires pour l'estimation.

** Nombre de personnes ayant une maladie liée au VIH qui ne sont pas encore parvenues au stade du SIDA proprement dit.

En utilisant différentes "données primaires", on peut faire la même estimation pour les enfants ou pour les zones, régions ou districts desservis par un hôpital particulier.

Méthode 2: Cas signalés de SIDA

Bien qu'on connaisse souvent le nombre de cas signalés de SIDA, ces données ne sont pas très utiles pour estimer la morbidité liée au VIH parce que:

- tous les cas de SIDA ne sont pas notifiés;
- tous les cas de SIDA ne sont pas diagnostiqués;
- les soins médicaux commencent à être donnés aux personnes infectées par le VIH bien avant le stade SIDA.

3.1.2 Déterminer le tableau des maladies liées au VIH

Méthode 1: Enquête sur la morbidité

Bien souvent, les symptômes ou maladies associés à l'infection par le VIH ne sont pas consignés ou le sont de façon incomplète. Une "mini-enquête" auprès de certains centres de santé représentatifs (par exemple, hôpital, centre de santé) pendant une période déterminée (par exemple, de quatre à six semaines) fournira l'information nécessaire.

Exemple de mini-enquête:

Symptôme/maladie	Pour 100 infections à VIH	Episodes par année
diarrhée	50	2
candidose buccale	65	3
fièvre	71	4

Méthode 2: Cas signalés de SIDA

Comme indiqué ci-dessus, on se heurte souvent à un problème de sous-notification et de sous-diagnostic des cas de SIDA. Lorsque les notifications de cas de SIDA existent, elles fournissent des informations utiles sur le SIDA, en définissant la morbidité. Mais, aux fins de la planification et de la fourniture de matériels et de ressources destinés aux soins cliniques des malades infectés par le VIH, leur utilité est limitée. En effet, l'information disponible ne concerne que le stade clinique final de l'infection à VIH (le stade SIDA) et l'on ne tient compte que du tableau clinique initial définissant le SIDA.

3.2 Préparer un plan d'application à présenter à l'atelier

En fin de compte, l'objectif de la mise au point de guides pour la prise en charge clinique est d'améliorer les soins aux malades. Une fois que les principes cliniques ont été élaborés, il faut entreprendre différentes activités de mise en oeuvre:

- mise au net, impression et diffusion des principes directeurs;
- formation du personnel de santé à l'utilisation des principes, si nécessaire;
- estimation des besoins et des stocks de médicaments;
- surveillance et examen des normes de soins.

Le coordonnateur devra penser à ces questions avant l'atelier pour présenter un plan raisonnable d'application aux participants. Après examen et approbation par les participants au cours d'une séance de l'atelier, le coordonnateur devra établir un plan de travail et charger différentes personnes ou organisations appropriées de s'occuper des divers aspects de l'application.

Exemple de plan de mise en oeuvre et d'activités de suivi:

PLAN DE MISE EN OEUVRE

MOIS	ACTIVITE	OBJECTIF/RESULTAT	RESPONSABLE
0	Atelier	Projet de guide clinique	MS, PNS
1 - 2	Mise au net		PNS
3 - 4	Epreuve de terrain	Guide finalisé	PNS, MS
3 - 5	Modifications apportées aux normes de traitement types	Traitement/spécifications nouveaux dans le formulaire pharmaceutique national	PNS, PME, MS
3	Estimation des besoins complémentaires en médicaments	Quantités et coûts des médicaments anti-SIDA nécessaires	PME
4	Publication des normes	Document national	PNS, PME
5 - 12	Diffusion des normes	Centre de santé, hôpital de district, et hôpital central	PME, PNS
6 -	Formation au traitement type	Personnel de santé	
3 -	Achat et fourniture de médicaments	Distribution aux centres de soins	PME, MS
10 -	Surveillance de l'usage des médicaments	Rétroinformations sur l'usage des médicaments	PME

MS: Ministère de la santé
PNS: Programme national de lutte contre le SIDA
PME: Programme des médicaments essentiels

3.3 Prendre des dispositions pratiques en vue de l'atelier

3.3.1 Tâches fondamentales à effectuer bien à l'avance

- Obtenir l'approbation et les fonds nécessaires pour l'atelier.
- Choisir et inviter les participants, ce qui nécessite souvent un important travail de suivi pour assurer la présence effective des participants choisis. L'invitation doit décrire l'objectif et la méthodologie de l'atelier.
- Engager le ou les animateur(s).
- Choisir et réserver les locaux nécessaires.
- Prendre les dispositions nécessaires concernant les voyages et l'hébergement.
- Reproduire/photocopier la documentation nécessaire aux participants et obtenir tous les matériels et moyens de formation nécessaires.

3.3.2 Locaux

Les locaux devront avoir la surface voulue et il faudra prévoir le cas échéant l'hébergement des participants.

3.3.3 Animateurs

Lorsqu'il y a deux animateurs ou davantage, ils devront se réunir avant l'atelier, au moins une fois avec le coordonnateur, pour planifier l'organisation de l'atelier. Un travail d'équipe sera indispensable – les animateurs devront bien s'entendre sur la façon de diriger les débats et sur la répartition de leurs tâches. Une préparation sera certainement nécessaire pour certaines séances. Une évaluation après les séances entre les animateurs sera essentielle.

3.3.4 Arrivée à l'atelier

- Prévoir l'accueil des participants.
- Remettre à chacun le matériel nécessaire.
- Fournir le cas échéant les indemnités de subsistance et les détails concernant l'hébergement.

3.3.5 Matériel et ressources en vue de l'atelier

Pour l'atelier, on aura besoin de petites fournitures (blocs, papier et stylos) pour les participants, de chevalets blocs-notes, de marqueurs, trombones, agrafes et agrafeuses, ciseaux, enveloppes, papier et d'une machine à écrire.

Pour les groupes qui n'ont pas l'habitude des algorithmes cliniques ou pour le processus participatif, des exercices de simulation sont fournis en annexe, dont les animateurs peuvent s'inspirer pour les activités appropriées.

3.4 Obtenir les documents de base pour l'atelier

Les documents ci-après doivent être fournis à chaque participant avant l'atelier:

- *Guide pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'adulte,* WHO/GPA/IDS/HCS/91.6;

- *Guide pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'enfant,* WHO/GPA/IDS/HCS/93.3.

Ces documents sont disponibles sur disquette (DOS – Harvard Graphics et WordPerfect; Macintosh – MacFlow et WordPerfect). Si le matériel informatique nécessaire est disponible dans les locaux de l'atelier, il sera utile d'obtenir les disquettes de façon à ce que les modifications des ordinogrammes et du texte puissent rapidement être incorporées et examinées par le groupe, si l'on a le temps.

On aura besoin des rapports ci-après pour l'atelier:

- Rapport sur l'épidémie de VIH et le nombre prévu de personnes demandant des soins à cause du VIH (dans le pays, la région, la zone, etc.), en précisant le lieu le plus probable où elles se rendront (centre de santé, hôpital, etc.);

- Rapport sur le tableau des maladies liées au VIH.

Si ces rapports font défaut, il faudra recueillir les informations nécessaires avant l'atelier au moyen d'une mini-enquête informelle, par exemple concernant les hospitalisations, le nombre de lits occupés par des malades du SIDA, ou le nombre d'infections suspectées et/ou confirmées par le VIH lors des consultations ambulatoires (voir section 3.1).

Pour l'évaluation des besoins en médicaments, le rapport ci-après sera nécessaire et pourra être établi soit pendant l'atelier ou, si l'on n'a pas le temps, très rapidement après.

- Rapport sur l'approvisionnement et le budget pharmaceutiques (en général, ce rapport n'est pas spécifiquement lié au SIDA).

Les documents ci-après devront pouvoir être consultés et utilisés pendant l'atelier:

- Formulaire pharmaceutique national

- Guide national sur le traitement type (s'il existe dans le pays)

- *Informations pharmaceutiques OMS. Le point sur le SIDA.* Vol. 5, No. 1, 1991: 15-39

- *L'usage des médicaments essentiels.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992, OMS, Série de Rapports techniques, No. 825.

Les documents ci-après peuvent être utiles et sont disponibles auprès de l'Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse:

- *Le traitement de la tuberculose – Principes à l'intention des programmes nationaux,* WHO/TUB/91.161

- *Déclaration de consensus à l'issue de la consultation OMS/UNICEF sur la transmission du VIH et l'allaitement au sein*, WHO/GPA/INF/92.1

- *Principes généraux de la vaccination*, 1994 (en préparation)

- *Traitement de la diarrhée*, WHO/CDD/SER/80.2 Rev. 2, 1990

- *Management of sexually transmitted diseases*, 1994, GPA/TEM/94.1 (version française en préparation).

4. L'atelier proprement dit

L'atelier part de trois idées fondamentales:

- C'est par une participation active à un atelier que les meilleurs résultats sont obtenus par l'adulte – celui-ci doit faire quelque chose, discuter, analyser au lieu d'écouter ou d'observer passivement.
- Les participants à l'atelier peuvent apprendre les uns des autres et non pas seulement acquérir des connaissances qui leur sont fournies par des experts techniques.
- L'expérience de chacun a la même utilité et la même importance, et l'atelier doit reconnaître ce principe.

4.1 Adaptation des algorithmes cliniques

Les guides OMS pour la prise en charge de l'infection à VIH peuvent être présentés sous forme d'algorithmes cliniques. Un algorithme clinique (ou ordinogramme) est une représentation graphique indiquant les diverses étapes d'une procédure aboutissant à la prise de décisions concernant le diagnostic et le traitement d'un problème clinique. En adaptant un algorithme clinique, il faut en vérifier le caractère logique et le contenu en le rapprochant de la situation locale.

Les participants doivent examiner attentivement les *Guides* de l'OMS *pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'adulte* et *l'enfant* avant l'atelier et, par conséquent, se familiariser avec les algorithmes cliniques. Il peut toutefois être utile de faire quelques exercices concernant l'emploi, la révision et la mise au point d'algorithmes.

L'Annexe 1 (Emploi des algorithmes) offre des exemples d'algorithmes cliniques. L'Annexe 2 (Etablissement d'un algorithme – exercice pratique) constitue un exercice (indépendant de la pratique clinique) qui permettra aux participants de se familiariser avec la logique algorithmique.

Les participants ne doivent pas oublier que l'objet de l'atelier est une adaptation, non une refonte totale. L'Annexe 3 (Etablissement d'un algorithme clinique) offre une vue d'ensemble des mesures à prendre et peut aider les participants si une importante partie de l'algorithme doit être modifiée.

4.2 Le processus participatif

L'élément déterminant dans le processus d'élaboration de guides nationaux efficaces pouvant contribuer à une sensible amélioration des soins aux malades est l'aboutissement à un consensus entre les professionnels de la santé, les responsables du ministère de la santé et les administrateurs de la santé publique. Ce n'est que lorsque les guides reflètent les vues de tous ces groupes et sont considérés comme utiles, appropriés et applicables qu'ils seront appuyés et effectivement appliqués.

Le principe fondamental du processus participatif vise à dégager un consensus par un ensemble d'exercices et de techniques qui fait en sorte que les décisions prises reflètent le point de vue de chacun des participants et de la majorité plutôt que le point de vue d'une minorité dominante.

La technique a été utilisée avec succès pour élaborer des guides nationaux sur la base des guides de l'OMS comme point de départ pour arriver à un consensus. Le processus participatif doit tenir compte de l'opinion de chaque participant sur un pied d'égalité et éviter les discussions techniques stériles et interminables sur des points difficiles. Il doit être dirigé par un animateur qui a participé à au moins un processus participatif. Le processus est particulièrement utile pour les parties des guides présentées sous forme d'algorithmes (ordinogrammes). Les points essentiels d'un processus participatif sont indiqués ci-dessous.

4.2.1 Etablir une liste d'observations

Il convient d'examiner l'algorithme clinique, d'abord du point de vue de la logique de la décision puis du contenu. Certaines questions pertinentes sont:

- Tous les points importants sont-ils présents?
- L'algorithme offre-t-il une suite logique d'étapes?
- Les termes utilisés sont-ils clairs et appropriés?
- Les recommandations peuvent-elles être appliquées de manière fiable dans le cadre clinique visé?
- Les décisions controversées sont-elles annotées?
- Les informations et les données sont-elles exactes et appropriées (en ce qui concerne les médicaments, la posologie, les tests de laboratoire, les signes diagnostiques)?

Il est utile de prévoir 10 à 15 minutes pour que les participants puissent indiquer par écrit toutes leurs observations sur un chapitre des guides.

4.2.2 Recueillir les observations

L'animateur reproduit sur un chevalet bloc-notes l'ensemble des nouvelles observations de chaque participant. Les observations doivent de préférence être présentées sous forme de rectifications suggérées. L'ensemble des observations du premier participant sont reproduites et l'on ajoute ensuite les observations non encore mentionnées de chacun des participants suivants. L'animateur disposera les observations en fonction du numéro de la case de l'algorithme ou d'une lettre ou d'un numéro de page. On évitera d'engager une discussion à ce stade en se bornant à demander des précisions si l'observation n'est pas claire ou paraît trop vague.

4.2.3 Résumer les observations

On s'efforcera de regrouper des observations analogues. Par exemple, toutes les observations sur la préparation graphique peuvent être suivies d'un astérisque, toutes les observations concernant un médicament particulier être marquées par une couleur déterminée.

4.2.4 Etablir un ordre de priorité

Pour chaque observation mentionnée sur le chevalet bloc-notes, le groupe se prononce sur la question suivante: "Etes-vous d'accord avec l'observation?". La question est alors mise aux voix et l'on relève aussi les observations individuelles.

4.2.5 Discuter

Toutes les questions qui ne semblent pas avoir été analysées de façon assez détaillée font l'objet d'une discussion.

4.2.6 Rédiger

Deux rédacteurs sont choisis parmi les participants pour incorporer les observations à la version modifiée. Les règles à suivre sont les suivantes: les rédacteurs doivent incorporer les observations qui ont été approuvées par une majorité de participants, à l'exclusion des autres. Les versions modifiées doivent être renvoyées au groupe pour observations et approbation dans un délai d'un mois.

Par rapport à une discussion ouverte, la technique prend moins de temps et permet de tenir compte des observations de chacun des participants.

4.2.7 Ajouter des points nouveaux

Pendant l'atelier, il se peut que le groupe souhaite ajouter des points qui n'ont pas été traités dans les guides de l'OMS. Si le temps manque, il peut être utile soit:

- de confier cette tâche à un groupe restreint qui présentera sa proposition à l'ensemble du groupe à la fin de l'atelier, ou

- de demander que la tâche soit accomplie après l'atelier et de diffuser ensuite les résultats pour observations.

5. Application/suivi

Le coordonnateur, voire certains des participants, n'ont pas encore achevé leur travail à la fin de l'atelier. Parmi les activités de suivi qui restent à accomplir, on peut mentionner:

- La surveillance du travail des rédacteurs
- Les mesures prises pour imprimer, stocker et diffuser les principes directeurs nationaux
- La préparation d'un projet de rapport intérimaire
- La réalisation des tâches affectées par l'atelier, par les groupes ou les personnes qui en ont été chargées
- Le transfert des responsabilités au groupe de formation et au programme des médicaments essentiels
- La surveillance des progrès accomplis et de la mise à l'épreuve des guides dans des districts choisis après six mois ou un an.

La mise à l'épreuve envisagera la faisabilité de l'application et de l'utilisation des principes directeurs dans le cadre clinique local et doit permettre de trouver les erreurs et les omissions les plus évidentes. Les études sur les résultats cliniques doivent être conduites dans un milieu de recherche formel et indépendamment des principes types (voir aussi l'exemple de plan d'application à la section 3.2).

Annexe 1: Emploi des algorithmes

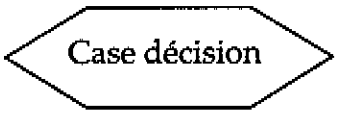
1. Lecture individualisée

Lire la description ci-après d'un ordinogramme/algorithme.

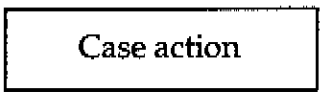
Lorsque cela est indiqué, les guides sont présentés sous forme d'ordinogrammes ou d'algorithmes qui peuvent être lus de haut en bas et de gauche à droite. Ils contiennent trois cases de formes différentes dont les fonctions sont les suivantes:

Case "'état clinique" ou "définition du problème": Cette case définit l'état clinique ou le problème. Ce type de case apparaît généralement au début d'un algorithme.

Case "décision": Cette case contient l'information nécessaire pour prendre une certaine décision. Elle présente toujours une entrée et deux sorties (oui et non).



Case "action": Cette case indique une action qui peut être thérapeutique ou diagnostique.



Les lettres minuscules entre crochets (par exemple [a]) à l'intérieur d'une case renvoient aux notes ou observations qui constituent une partie essentielle de l'algorithme, car toute l'information nécessaire ne peut être fournie sous forme graphique ou à l'intérieur des cases. Les cases sont également numérotées pour faciliter les références.

2. Travail deux par deux

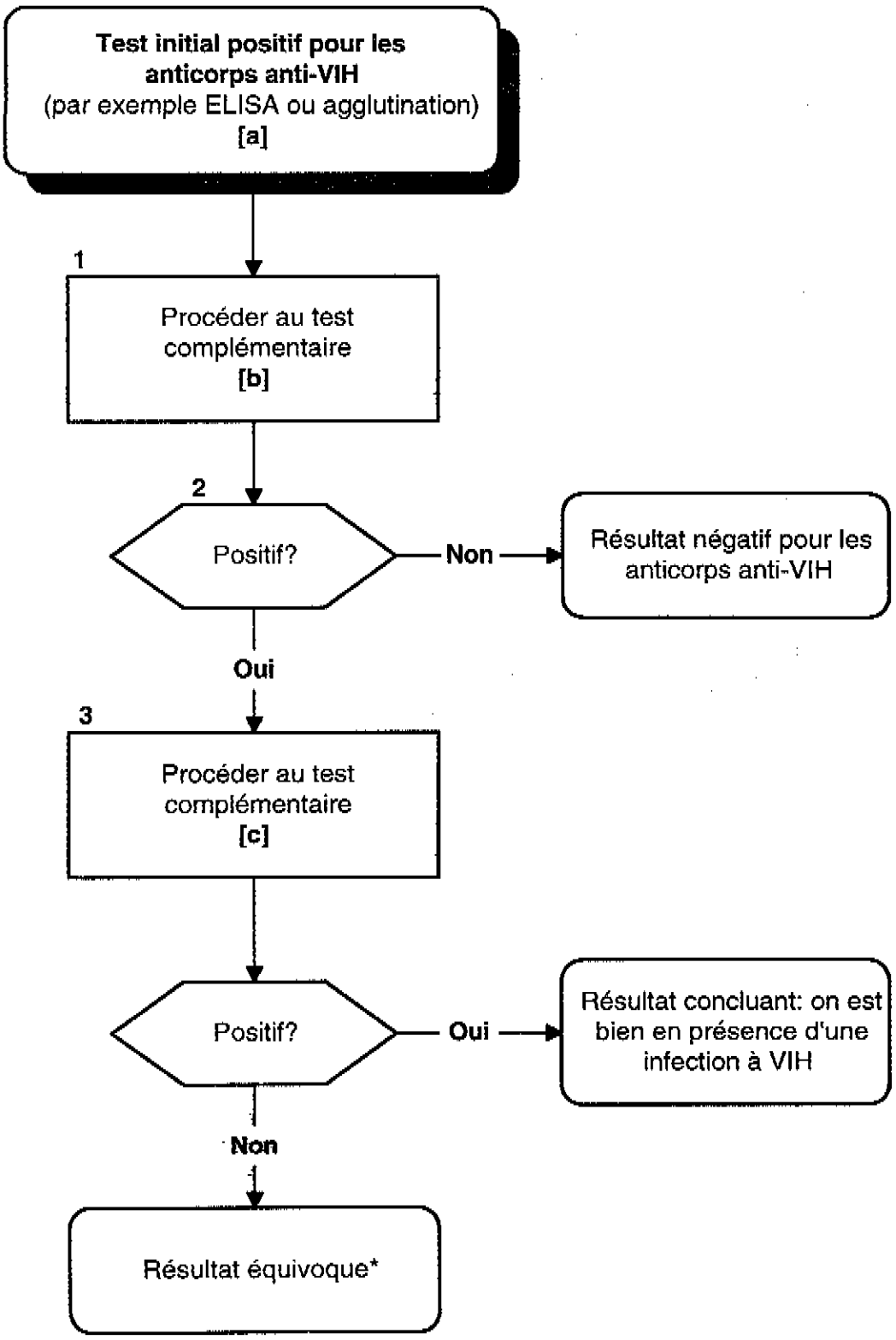
Avec un partenaire, lisez l'algorithme de la page suivante concernant les indications de l'infection à VIH au laboratoire et trouvez des exemples de chaque type de case.

Vérifiez si vous avez tous deux compris l'algorithme en répondant aux questions suivantes:

A. En cas de résultat positif lors du test complémentaire, que contient la case état clinique?

B. En cas de résultat négatif après un test complémentaire parallèle, quelle doit être l'action suivante?

Le dépistage de l'infection à VIH au laboratoire



* Il s'agit de la procédure décrite à la stratégie III de dépistage du VIH figurant dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, No. 20, 1992, pages 145-149.

Notes:

a. La stratégie de dépistage des anticorps anti-VIH consiste à procéder à des tests initiaux (parfois appelés tests de dépistage) sur un échantillon de sérum ou de plasma, suivis de tests complémentaires (parfois appelés tests de confirmation). Les tests et les stratégies doivent être évalués dans les conditions de terrain et dans les régions où ils seront utilisés avant l'application.

   Il est important de tenir compte des données cliniques et épidémiologiques pertinentes en présentant les résultats au laboratoire.

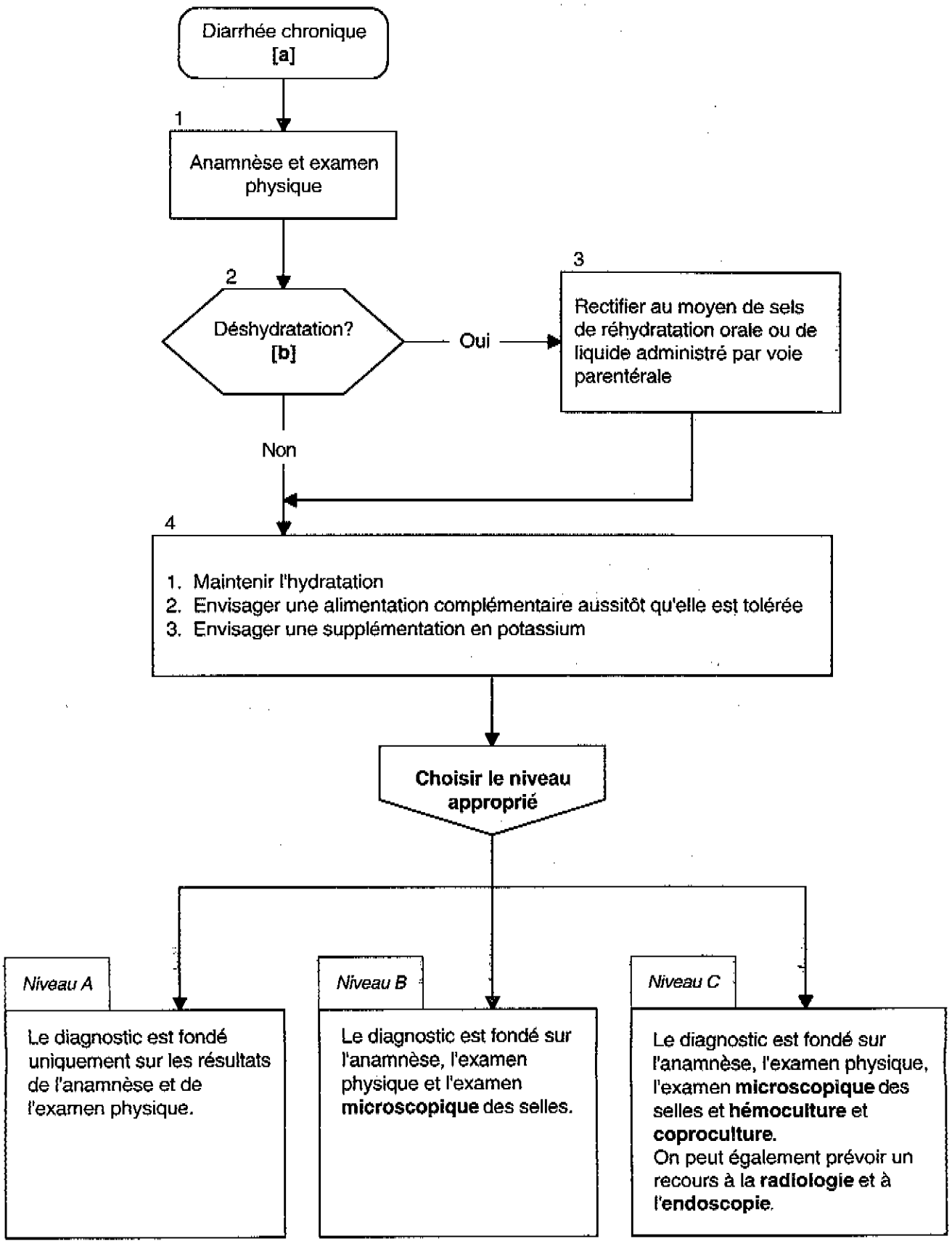
   Le titrage immuno-enzymatique (ELISA) et l'agglutination sont largement utilisés comme tests initiaux ou complémentaires. Les méthodes actuellement disponibles sont très sensibles et spécifiques et permettent d'identifier les échantillons au moyen d'anticorps réactifs.

b. Un sérum négatif lors du premier test est jugé négatif pour les anticorps anti-VIH, de même qu'un sérum positif lors du premier test mais négatif lors du second.

c. Si un sérum est positif lors des deux premiers tests mais négatif lors du troisième, le résultat est jugé équivoque.

Les trois tests de cette stratégie doivent être fondés sur différentes préparations antigéniques et/ou différents principes. Lors de la sélection des tests d'anticorps anti-VIH destinés à la stratégie, le premier test doit être le plus sensible, alors que le second et le troisième doivent avoir un degré de spécificité supérieur au premier.

3. Examen d'un autre algorithme: diarrhée chronique



Notes:

a. **Définition:** Selles liquides trois fois par jour ou davantage, continuellement ou épisodiquement pendant plus d'un mois chez un malade atteint d'une infection symptomatique à VIH.

On constate une diarrhée à un certain stade de l'évolution clinique chez la plupart des sujets infectés par le VIH. Pour la prise en charge des cas de diarrhée, suivre les directives types pour le traitement (voir le document WHO/CDD/SER/80.2 Rev. 2, 1990).

Etiologie

1. Infections:
   - cryptosporidiose
   - *Isospora belli*
   - *Giardia lamblia*
   - *Salmonella* spp.
   - *Shigella flexneri*
   - *Campylobacter* spp.
   - *Entamoeba histolytica*
   - cytomégalovirose
   - *Strongyloides stercoralis*
   - complexe *Mycobacterium avium*

2. Tumeurs malignes:
   - sarcome de Kaposi
   - lymphome

3. Idiopathie (infection à VIH possible)

Une liste des principales causes par ordre d'importance doit être établie à la lumière des données nationales ou locales disponibles.

b. **Evaluation de la déshydratation:**

Caractéristiques cliniques	Déshydratation	
	Modérée	Grave
Etat/apparence générale	Agité, irritable	Généralement conscient, craintif, froid, sueurs, extrêmités cyanotiques
Pouls	Rapide	Rapide, faible, parfois impalpable
Respiration	Profonde, parfois rapide	Profonde et rapide
Elasticité de la peau	Effacement lent du pli cutané	Effacement très lent du pli cutané (> 2 secondes)
Yeux	Enfoncés	Très enfoncés
Muqueuses	Sèches	Très sèches
Urine	Quantité limitée, couleur foncée	Le sujet n'a pas uriné depuis six heures ou davantage; vessie vide

Annexe 2: Etablissement d'un algorithme – exercice pratique

But

Se familiariser avec la logique algorithmique en présentant une série de règles bien connues sous forme d'algorithmes.

Objectifs

A la fin de l'exercice, vous serez en mesure:

- de créer un algorithme;
- de procéder à un examen critique d'algorithmes sur le même sujet et de les comparer.

Résumé

Chacun des participants établira de façon indépendante un algorithme pour guider un automobiliste à traverser un carrefour réglé par des feux de signalisation et le groupe comparera deux ou trois algorithmes types. Un tableau de décisions sera analysé afin d'examiner de façon plus approfondie la logique algorithmique.

Exercice

Vous êtes responsable de la circulation routière et les effectifs sous vos ordres ont été fortement réduits à la suite de la crise budgétaire. L'obtention du permis de conduire ne sera plus sujet à un examen et le code de la route sera uniquement enseigné au moyen d'algorithmes. Etablissez un algorithme montrant à l'automobiliste ce qu'il doit faire en arrivant à un carrefour réglé par des feux de signalisation.

Lorsque l'algorithme est terminé, donnez lecture des caractéristiques indiquées ci-dessous et vérifiez si l'algorithme répond à la plupart des critères. Comparez différents algorithmes; un algorithme type figure à la fin de l'Annexe. Les participants noteront qu'il n'existe pas de solution unique qui soit juste, et que la plupart des algorithmes présenteront des différences.

Pour gagner du temps, il est préférable de procéder à deux ou en petits groupes, plutôt qu'individuellement.

Evaluation d'un algorithme

En évaluant un algorithme, on examinera séparément les trois séries de caractéristiques ci-après.

1. Format ou présentation graphique:

- L'algorithme est-il lisible et clair?
- Est-il établi de haut en bas, de gauche à droite?
- Les symboles sont-ils utilisés de la même façon?
- Existe-t-il au moins deux sorties pour chaque case à question?
- Les notes, les références et les numéros des cases sont-ils indiqués de façon claire et régulière?
- Certaines cases ou séquences de cases sont-elles répétées? Est-il possible de les condenser?

2. Exactitude du contenu et logique:

- Toutes les mesures importantes sont-elles présentes?
- La séquence des cases est-elle établie de façon à ce que les points les plus critiques figurent au sommet de l'algorithme?
- Les termes obscurs sont-ils définis de façon appropriée et exacte?
- L'information est-elle exacte?
- Les cases "action" présentent-elles une ambiguïté? Les recommandations sont-elles réalistes compte tenu du but recherché?
- Tous les points controversés sont-ils été abordés en note?
- Y a-t-il des situations où l'on tourne en rond?

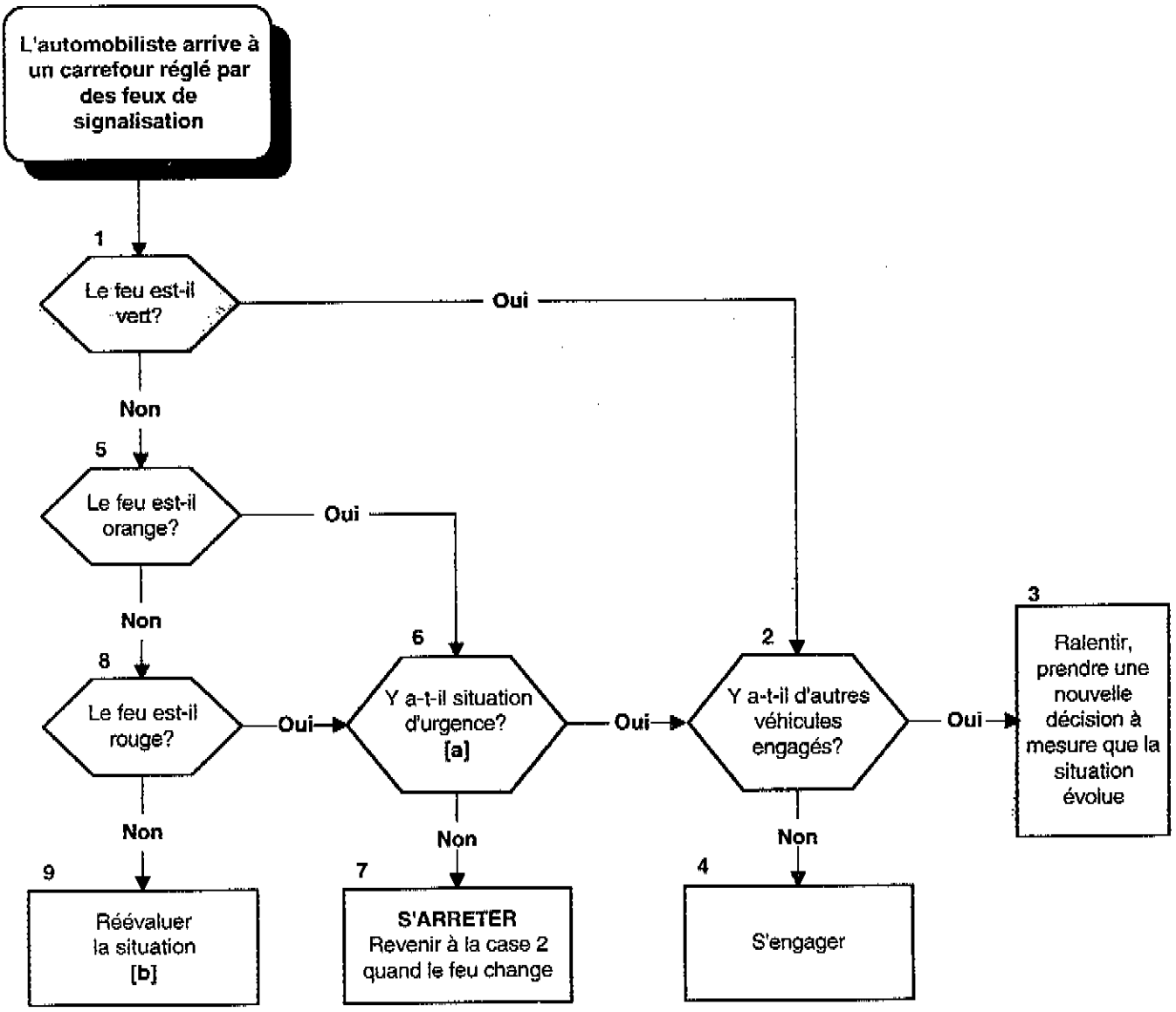
3. Fiabilité et validité

La fiabilité et la validité concernent la reproductibilité des résultats de l'algorithme, le but recherché et le consensus suivi pour le mettre au point. Il s'agit là de concepts trop complexes qui ne peuvent être abordés dans le cadre de cet atelier.

Algorithme type

Une solution possible de l'exercice figure à la page suivante.

Algorithme: Feux de signalisation



Notes:

a. Une situation d'urgence est une situation où le temps mis pour arriver à destination est véritablement une question de vie ou de mort pour le conducteur d'un véhicule ou un passager.

b. Un feu peut n'être ni vert, ni orange, ni rouge dans les cas suivants:

1) Feu clignotant – utilisé aux carrefours peu fréquentés et parfois lors d'une panne. En cas de feu clignotant rouge, s'arrêter et s'engager lorsque la voie est libre. Un feu clignotant orange indique que vous avez la priorité, mais qu'il faut s'engager avec prudence.

2) Rouge et orange – passage pour piétons avec quadruple stop. S'engager lorsque le feu devient vert.

3) Les feux ne fonctionnent pas – s'arrêter complètement. S'engager avec prudence. En général, la priorité de droite est de règle.

Annexe 3: Etablissement d'un algorithme clinique

Pour établir un algorithme clinique, il faut connaître à la fois les règles de présentation et la logique de l'algorithme (Annexes 1 et 2) et bien comprendre le problème clinique concerné et l'environnement clinique auquel l'algorithme est destiné. Pour représenter l'expertise clinique et l'expérience pratique sous forme d'algorithme clinique, il faut souvent beaucoup de papier et une réflexion approfondie.

Le plan ci-après peut aider à ordonner des informations cliniques, à établir une liste de priorités, à commencer l'établissement d'un algorithme pour l'évaluation d'un problème clinique.

1. Définition du problème

- Quels sont les utilisateurs prévus de l'algorithme (cliniciens ou non-cliniciens) et quelles sont leurs compétences dans ce domaine?

- Quels sont les patients visés par l'algorithme? Quels sont ceux qu'il faut expressément exclure (âge, sexe, antécédents, cas déjà traités, sujets récemment tombés malades, etc.)?

- Quelles sont les ressources dont dispose le personnel de santé qui utilisera l'algorithme (par exemple équipements de laboratoires, spécialistes)?

2. Diagnostic différentiel

- Indiquer toutes les causes possibles des signes ou symptômes décrits dans la case "Etat clinique".

- Examiner la physiopathologie de l'état clinique.

3. Séquençage des cases

- Décrire la population des patients et le problème visé par l'algorithme dans la case "Etat clinique". Il est souvent utile d'ajouter une note pour préciser le but de l'algorithme et les critères d'exclusion de certains patients.

- Présenter les étapes du diagnostic dans l'ordre suivant:

  1. Ecarter les situations d'urgence
  2. Ecarter les situations les plus courantes dans l'ordre de leur fréquence
  3. Ecarter les causes moins fréquentes
  4. Reléguer les causes rares en note.

- Examiner les étiologies physiopathologiques dont l'utilisateur de l'algorithme aurait moins facilement connaissance, par exemple le cas de l'irradiation douloureuse.

- Alterner les étapes diagnostiques et thérapeutiques.

4. Traitement spécifique

Pour toutes les causes courantes de l'état clinique et leur traitement, présenter en détails:

- Les médicaments et leur posologie
- Le cas échéant, les étapes pour suivre la réponse au traitement
- Les "cycles" ou schémas thérapeutiques appropriés.

5. Indication des résultats

- Préciser les résultats du traitement: définir le niveau de fonction, renvoyer le malade chez lui, l'hospitaliser, etc.
- Préciser le résultat de l'algorithme: orienter vers un examen diagnostic, orienter vers le spécialiste, orienter vers un autre algorithme, etc.

6. Notes

Les notes visent à:

- Clarifier une situation ou expliquer un problème controversé, en utilisant des citations pour justifier la recommandation de l'algorithme.
- Développer une affirmation dans une case d'un algorithme, par exemple comment effectuer une procédure, quels sont les effets secondaires d'un traitement recommandé, quand faut-il surveiller les résultats? etc.
- Expliquer les détails cliniques qui ne sont pas indispensables à l'algorithme clinique, par exemple une cause relativement rare.

* * *