Section 3 : Les compétences en communication des encadreurs

Section 3 : Les compétences en communication des encadreurs 35
3.1 Revue des compétences essentielles de l'encadreur 35
Compétences et qualités de l'encadreur clinique 35
Outils associés 35
3.2 Principes et méthodes de formations 36
Les principes de la formation des adultes 36
Les méthodes de formations 37
Outils associés 39
3.3 Les méthodes d'enseignement 40
Pédagogie versus andragogie 40
Enseignement théorique versus enseignement centré sur l'apprenant 40
Outils associés 41
3.4 Compétences en communication 43
Communication 43
Compétences d'écoute et d'apprentissage 43
Susciter la confiance 47
Les barrières de la communication 47
Les approches clés de l'encadrement clinique 48
Le questionnement efficace 48
La rétro information 51
Autres problèmes 52
3.5 Les techniques d'enseignement 53
Favoriser l'esprit critique 53
L'observation de l'encadreur 53
Les techniques d'enseignement 53
Outils 3-A : Auto-évaluation du mode d'apprentissage VAK 58
Outil 3-B : Questionnaire sur le mode d'apprentissage Honey-Mumford modifié . 61
Outil 3-C : Auto-évaluation du mode d'enseignement 64
Outil 3-D : Liste de vérification— dix étapes pour fournir la rétro information 69
Outil 3-E: La rédaction d'une étude de cas en six étapes 70
Outil 3-F : Études de cas sur les soins et les traitements pédiatriques liés au VIH 71
Thème no 1 : Soins axés sur la famille 71
Thème no 2 : encadrement clinique L'encadrement clinique développemental ? 72

Thème no 3 : L'alimentation du nourrisson dans le cadre du VIH 75
Thème no 4 : Dépistage du VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants..... 77
Thème no 5 : Conseils thérapeutiques pour le dépistage pédiatrique du VIH... 81
Thème no 6 : Soins courants de l'enfant infecté au VIH..... 83
Thème no 7 : Lancer le TAR 86
L'étude de cas 87
Questions débattues 87
Réponses suggérées 87
Outil 3-G : Suggestions de l'OMS pour les études de cas en groupe dans le service 90
Références et ressources..... 94

Section 3 : Les compétences en communication des encadreurs

3.1 Revue des compétences essentielles de l'encadreur

Compétences et qualités de l'encadreur clinique

L'expertise clinique seule n'est pas suffisante. L' encadreur doit avoir des qualités qui favorisent la création d'un environnement motivant pour les apprenants, ainsi que la compétence technique de l'enseignement et encadrement clinique de l'encadrement clinique

Expertise/compétences cliniques et qualités :

- Avoir la connaissance, la compétence et l'expérience en matière de soins et de traitements pédiatriques liés au VIH
- Dispenser couramment des soins et traitements de l'infection à VIH pédiatrique
- Etre familier avec le système de santé du pays ; les maladies les plus communes ; le contexte du VIH ; les facteurs culturels relatifs à la santé, la maladie et le VIH, y compris les résultats et les réactions probables des patients

Compétences en encadrement clinique encadrement clinique:

- Utiliser des techniques d'encadrement clinique encadrement clinique et des compétences en communication et en coaching efficaces pour transférer les connaissances/les compétences à l'apprenant
- Mettre en place un environnement d'apprentissage efficace dans le cadre d'une rencontre d'encadrement clinique encadrement clinique
- Aider l'apprenant et le patient à être à l'aise l'un avec l'autre
- Transmettre une rétro information constructive
- Assurer de manière appropriée les flux de communication dans trois directions : apprenant- patient, encadreur -apprenant, patient –encadreur encadreur
- Utiliser diverses techniques telles que l'enseignement au lit des patients, les modèles anatomiques, l'étude de cas cliniques, et d'autres méthodes

Outils associés

- Outil 2-A : Outil d'évaluation des besoins de base de l'établissement
- Outil 2-B : Outil d'évaluation des besoins en formation de l'apprenant

3.2 Principes et méthodes de formations

Les principes de la formation des adultes

Les adultes apprennent différemment des enfants. Ils apportent lors de l'apprenant sage leurs compétences et leur expérience de vie, et en conséquence, ils souhaitent davantage d'implication dans le processus d'apprentissage. La clé d'un apprentissage et d'un encadrement clinique encadrement clinique réussis est la participation active de l'apprenant, pour mettre en place des objectifs et des méthodes d'apprentissage. Il est aussi important que l'encadreur encadreur partage sa propre expérience, il s'agit d'un élément important dans la construction de la relation d'encadrement clinique encadrement clinique. Puisque la plupart des apprenants sont déjà impliqués dans la pratique clinique, les encadreurs doivent faire preuve de respect pour leur expérience apprenantes leur demandant de partager leurs idées, leur avis et leurs connaissances, et reconnaitre qu'ils constituent une source d'informations non négligeable.

Les quatre principes fondamentaux de la formation des adultes :

1. Les adultes doivent être à l'aise car ils pourraient être hésitants quant à l'idée de prendre des risques, pour y arriver l'encadreur doit :
    a. Favoriser un environnement confortable et sécurisé pour que les apprenants aient confiance et que leur contribution soit reçue respectueusement.
    b. Respecter les différents modes d'apprentissage des adultes apprenants. S'adapter à leurs besoins et les encourager à explorer de nouvelles méthodes.
    c. Construire une relation en partageant ses expériences et son engagement.
    d. Rendre compte de la manière dont il a appris ce qu'il sait Reconnaître qu'il ne sait pas certaines choses, mais qu'il est en clin à chercher des réponses.
2. Les adultes ont besoin de participer activement à leur formation.
    a. Donner aux apprenants l'opportunité d'identifier les objectifs et de participer à l'organisation de la formation. Demander leurs attentes en matière d'apprentissage et d'encadrement clinique encadrement clinique.
    b. Vérifier à intervalles réguliers si des progrès ont été faits et si les objectifs ont changé.
3. La richesse des adultes est dans leur expérience professionnelle et sociale pour cela il faut :
    a. Offrir aux apprenants l'opportunité de partager leurs connaissances et leurs expériences.
    b. Favoriser l'esprit critique des apprenants et leur habilité à résoudre les problèmes.
4. Les adultes valorisent les enseignements pratiques qu'ils peuvent utiliser.

a. Concentrer l'encadrement clinique encadrement clinique sur la transmission de compétences et de connaissances que les apprenants peuvent immédiatement utiliser.

b. Fournir aux apprenants la de nombreuses possibilités de pratiquer ce qu'ils apprennent, et d'aborder tous les contours des actions à mener

Les méthodes de formations

Il existe un grand nombre de théories sur l'apprentissage. Bien qu'il existe une preuve que l'apprentissage d'un individu en fonction de son style de formation préféré , on peut présumer qu'utiliser diverses méthodes d'apprentissage est non seulement efficace et conforme aux principes d'apprentissage des adultes, mais fournit également aux apprenants des changements pouvant motiver et susciter l'acquisition du savoir. Vous trouverez ci-dessous un débat sur deux théories courantes, le modèle VAK et le modèle Honey-Mumford. Les encadreurs encadreur doivent prendre le temps d'examiner ces modèles, d'identifier leur propre méthode d'enseignement et de tenir compte de la manière d'enseigner exposée dans chaque modèle.

Le modèle visuel, auditif et kinesthésique (VAK)

Le modèle d'apprentissage visuel, auditif et kinesthésique (du mouvement) suggère que les apprenants utilisent les trois modes pour apprendre et bénéficier de nouvelles informations et expériences. Cependant, selon la théorie VAK, l'un où l'autre de ces modes est en principe dominant. Le mode dominant constitue pour une personne la meilleure façon d'assimiler des informations nouvelles. Ce mode peut être différent en fonction du devoir à faire. L'apprenant peut néanmoins préférer un mode d'apprentissage pour un devoir donné, et une association de modes différents pour un autre.

Une approche dynamique de l'encadrement clinique encadrement clinique a besoin des trois méthodes, ce qui a deux conséquences : tous les apprenants sont concernés, quel que soit leur mode de prédilection, et le fait de varier ces méthodes permettent de capter leur attention apprenants. Ci-après, des suggestions pour la mise en œuvre des trois méthodes du VAK.

Les **apprenants auditifs** se parlent souvent à eux-mêmes. Ils peuvent également bouger les lèvres ou lire à haute voix. Ils sont susceptibles d'avoir des difficultés à lire et à rédiger leurs devoirs. Ils sont souvent les plus à même de parler à un collègue et d'entendre ce qui a été dit. Pour intégrer cette méthode à l'environnement d'apprentissage il faut :

- Commencer par introduire les nouveaux documents en les présentant brièvement. Conclure par un récapitulatif de ce qui a été abordé.
- Utiliser, lors de la formation, des questions pour tirer le plus d'informations possible de la part des apprenants, puis comblez ensuite les lacunes avec votre propre expertise.
- Inclure les activités des auditifs, un peu comme un « brainstorming » (mise en commun des idées), et garder un temps important pour faire un bilan. Cela permet

aux apprenants de retrouver des points clés sur ce qu'ils viennent d'apprendre.

Les **apprenants visuels** t'utilisent deux moyens sous-jacents : linguistique et spatial. Les apprenants visuels et linguistiques aiment apprendre au moyen de l'écrit, comme les devoirs de lecture et de rédaction. Ils retiennent ce qui est écrit, sans le lire plus d'une fois. Ils aiment rédiger les consignes et sont plus attentifs à ce qui est lu s'ils peuvent suivre le texte. Les apprenants qui sont visuels et spatiaux ont généralement du mal avec la langue orale et se sentent mieux avec des tableaux, des démonstrations, des vidéos et d'autres documents visuels. Ils reconnaissent facilement les lieux et les visages grâce à leur imagination et se perdent rarement dans un environnement inconnu. Pour intégrer ce mode à l'environnement d'apprentissage il faut :

- Utiliser des graphiques, des tableaux, des illustrations ou un autre soutien visuel.
- Inclure des exercices, des schémas, des agendas, de la documentation et la prise de notes.
- Fournir aux apprenants de la documentation apprenants à lire après la séance de formation.
- Insérer des espaces dans la documentation pour la prise de notes.
- Susciter des questions pour capter l'attention des apprenants auditifs.
- Mettre l'accent sur les points essentiels pour faciliter la prise de notes.
- Faire en sorte que les apprenants visualisent le sujet ou faites-les participer à un « jeu de rôle » sur le sujet.

Les **apprenants kinesthésiques** sont plus à l'aise avec le toucher et les mouvements. Ce mode d'enseignement possède également deux aspects sous-jacents : la kinesthésie (le mouvement) et le sens tactile (le toucher). Ces personnes finissent par se déconcentrer s'il n'y a pas de stimulation externe ou de mouvement. Lorsqu'elles écoutent une leçon, elles peuvent vouloir prendre des notes simplement pour pouvoir bouger les mains. Lorsqu'elles lisent, elles préfèrent d'abord parcourir le document, et se concentrer ensuite sur les détails. Elles utilisent en principe des couleurs (si c'est possible) et prennent des notes en faisant des dessins, des diagrammes ou de la calligraphie. Pour intégrer ce mode à l'environnement d'apprentissage il faut :

- Utiliser des activités qui permettent aux apprenants de se lever et de se mouvoir.
- Utiliser des marqueurs colorés pour mettre l'accent sur les points essentiels sur des tableaux (padex blanc noir).
- Guider les apprenants en les faisant visualiser les tâches complexes.
- Faire en sorte que les apprenants transcrivent les informations du texte vers un autre moyen de communication comme un ordinateur portable.[1]

Voir Outils 3-**A** : Auto-évaluation du mode d'apprentissage VAK.

Le modèle Honey-Mumford

Le modèle Honey-Mumford détermine quatre méthodes d'apprentissage : l'actif, la pragmatique, le théoricien, et le réflecteur : Tout comme pour les méthodes d'apprentissage VAK, tous les apprenants utilisent les différents modes à des degrés divers. Les encadreurs encadreur peuvent demander à leurs apprenants de remplir le questionnaire de l'Outil 3-B : *Questionnaire sur le mode d'apprentissage Honey-Mumford modifié*, afin de déterminer le mode d'apprentissage. Les encadreurs encadreur peuvent utiliser le modèle pour en savoir plus sur les autres modes d'apprentissage et pour réfléchir à la manière de faire correspondre leur enseignement à tous les modes d'apprentissage. Les encadreurs encadreur et les apprenants qui participent à l'auto-évaluation peuvent repérer des domaines où ils sont forts, identifier les méthodes d'apprentissage qui leur correspondent le mieux, et rester attentifs aux faiblesses qui pourraient être réglées en utilisant des méthodes de encadrement clinique ou des directives différentes.

Outils associés

- Outils 3-**A** : Auto-évaluation du mode d'apprentissage VAK
- Outil 3-**B** : Questionnaire sur le mode d'apprentissage Honey-Mumford modifié

3.3 Les méthodes d'enseignement

Pédagogie versus andragogie

Une des manières d'envisager les modes d'apprentissage et d'enseignement est de tenir compte des différences entre la formation des adultes et celle des enfants : l'andragogie et la pédagogie. Les caractéristiques de chacune de ces formations sont décrites au Tableau 3.**1**.

Tableau 3.1 **: Les styles d'enseignement**

	Pédagogie	Andragogie
Concept de l'apprenant	**Dépendant**	**Autogéré**
Objectif principal de l'apprentissage	Fondation	Application
Orientation de l'apprentissage	De la connaissance pour plus tard	Des compétences pour aujourd'hui
Rôle de l'enseignant	Directeur/Expert	Facilitateur

Tiré de : Southern New Hampshire AHEC and Dartmouth-Hitchcock Medical Center. « Teaching Styles/Learning Styles » accessible sur : http://www.snhahec.org/documents/Styles.doc

Le style **pédagogique** est centré sur l'enseignant ; ce dernier décide ce qui est enseigné et la manière dont c'est enseigné. L'apprenant est par conséquent entièrement dépendant de l'enseignant. L'objectif principal de l'apprentissage est de construire donner des connaissances de base qui pourrait être utile plus tard. **L'andragogie** attachée aux principes de formation des adultes est centrée sur l'apprenant. Les apprenants prennent une part plus active dans l'orientation de la formation. L'objectif principal de l'apprentissage est davantage l'application des connaissances et le développement des compétences nécessaires au moment. Le rôle de l'enseignant est davantage celui d'un facilitateur de l'apprentissage et une personne ressource pour l'apprenant. L'apprenant adulte assume les responsabilités dans l'évolution de sa formation.

Chaque méthode de formation est efficace dans certaines situations. Dans la situation d'encadrement clinique, encadreur l'andragogie est plus souvent appropriée. Idéalement, l'assistance technique encadreur sera en mesure de développer et d'utiliser une large gamme de méthode en fonction des situations, le contenu de la formation et les méthodes d'apprentissage adaptées à l'apprenant (voir section 3.2). Parfois, l'assistant technique encadreur l'encadreur doit prendre le contrôle de la séance d'apprentissage et s'assurer que l'apprenant a une solide base de connaissance pour une utilisation future. Quelques fois, les apprenants doivent être encouragés et être autorisés à évaluer leurs besoins et à diriger leur apprentissage.

Enseignement théorique versus enseignement centré sur l'apprenant

Pour obtenir de meilleurs résultats, l'apprenant adulte doit participer complètement à son processus d'apprentissage, travailler en collaboration avec l'enseignant pour déterminer les objectifs d'apprentissage, les méthodes, puis évaluer les chances de succès. Il n'est pas pour autant inapproprié d'utiliser parfois les cours magistraux qui

sont apprenants nécessaire pour certains apprentissages. Comme toujours, faire correspondre la méthode à l'objectif d'apprentissage et aux ressources disponibles constitue une partie importante du processus de planification.

Figure 3.2 : Les méthodes d'enseignement

← Méthode théorique ——————— Méthode centrée sur l'étudiant →			
Affirmative	**Suggestive**	**Collaborative**	**Accompagnatrice**
Cours magistraux	Pose des questions d'orientation	Provoque/accepte les idées de l'apprenant	Provoque/accepte les sentiments e l'apprenant
Pose des questions directes	Propose des opinions	Explore les idées de l'apprenant	Propose des sentiments
Donne des informations factuelles	Suscite la pensée clinique	Suscite la pensée clinique	Favorise la réflexion de l'apprenant

Tiré du programme de développement des formateurs de l'université de Virginie

Le style affirmatif est entièrement mené par l'enseignant. Pour le style suggestif, l'enseignant structure toujours l'interaction, mais au lieu de fournir seulement des informations, il conduit l'apprenant sur une certaine voie, grâce à des questions. Le style collaboratif tend encore plus loin vers l'extrémité du spectre qui place l'apprenant au centre du processus d'apprentissage en explorant et en acceptant les idées de l'apprenant. Dans ce cas, c'est l'apprenant qui organise les informations. Le style accompagnateur est celui qui est le plus centré sur l'apprenant, car il va au-delà de l'exploration des idées de l'apprenant du fait qu'il explore également les sentiments, à la fois de l'apprenant et de l'enseignant.

Fournir des soins liés au VIH axés sur la famille, en particulier pour les enfants, peut susciter à la fois des défis techniques et des émotions fortes, même pour les prestataires de santé les plus expérimentés. Le style collaboratif et le style accompagnateur facilitent la pensée critique et créative, dans une perspective holistique, en préparant mieux les apprenants à aborder la large gamme d'interventions impliquées dans les soins et les traitements pédiatriques liés au VIH.

Outil 3-C : *Auto-évaluation du mode d'enseignement* fournit aux encadreurs encadreur l'une opportunité d'évaluer les styles pour lesquels ils sont le plus à l'aise. Les encadreurs encadreur qui sont plus à l'aise avec un style d'enseignement affirmatif et pédagogique auront besoin d'aide pour développer un style plus andragogique et accompagnateur, qui est plus à même de correspondre à la formation des adultes.

Outils associés

■ Outil 3-**C** : Auto-évaluation du mode d'enseignement

3.4 Compétences en communication

Communication

Le centre de la relation entre le clinicien expérimenté et l'apprenant est ce qui différencie encadrement clinique l'encadrement clinique de la supervision formative ? Une relation forte maximise l'apprentissage et la durabilité. Cela entretient un esprit de groupe et améliore le moral de l'équipe et des individus.

Une relation forte dans le contexte encadrement clinique de l'encadrement clinique exige une communication efficace et la confiance mutuelle.

Communication efficace

La communication est le moyen grâce auquel nous partageons des informations avec autrui. Elle peut revêtir de nombreuses formes : écrite (les journaux, les notes de service, les courriels, les livres, les notes, etc.) ; orale (la conversation, les discours, les émissions de radio, etc.) ; ou non verbale (le langage corporel, le ton de la voix, les expressions du visage, etc.).

La communication interpersonnelle est le processus par lequel nous mettons en place, développons et maintenons les relations. Nous l'utilisons également souvent pour mener à bien des tâches. Une communication réussie exige la maîtrise de certains éléments de base: une expression claire du message, des qualités d'écoute excellentes, une rétro information, un questionnaire approprié, et une communication non verbale positive.

Les compétences d'une communication efficace sont expliquées ci-dessous en détail. Veuillez noter que ce sont les mêmes qualités d'écoute et d'apprentissage qui sont enseignées aux PdS en tant que base du conseil thérapeutique aux patients, que ce soit un conseil lié au VIH, un conseil avant ou après le dépistage, ou un conseil en matière d'alimentation du nourrisson. En utilisant les qualités d'écoute et d'apprentissage, les encadreurs n'utilisent pas seulement les compétences nécessaires à une bonne communication, mais ils améliorent les compétences en communication qui doivent être utilisées avec les clients.

Compétences d'écoute et d'apprentissage

Compétences d'écoute et d'apprentissage

Un bon encadreur utilise les compétences d'écoute et d'apprentissage verbales et non verbales pour aider les apprenants au cours du processus d'apprentissage. Les encadreurs encadreur doivent :

- Utiliser une communication non verbale efficace.
- Poser des questions ouvertes.
- Utiliser des réponses et des gestes montrant un intérêt.
- Amener une réflexion sur ce que disent les personnes.
- Faire preuve d'empathie — Etre compréhensif

- Éviter les termes qui semblent porter un jugement.

Compétence 1 : utiliser une communication non verbale efficace

La communication non verbale renvoie à tous les aspects d'un message qui ne sont pas transmis par le sens littéral des mots. Elle comprend l'impact des mouvements, du regard, de la posture et des expressions qui sont en mesure de remplacer les mots et de transmettre une information. La communication non verbale reflète l'attitude. Une communication non verbale efficace fait que l'apprenant sent que l'encadreur encadreur est engagé dans la discussion.

L'acronyme ROLES, figurant dans le Tableau **3.3** peut être utilisé pour que les encadreurs se souviennent des comportements qui incitent les participants à écouter activement.

Tableau 3.3 **: les comportements non verbaux qui expriment l'attention**

	Explication
R	Une attitude naturelle et **relâchée** avec les apprenants est essentielle. Ne pas se retourner trop rapidement ou parler de manière nerveuse.
O	Une posture **ouverte** doit être adoptée. Croiser les jambes peut indiquer que vous êtes dans une attitude critique au sujet de ce que dit l'apprenant ou que vous n'écoutez pas. Utiliser une posture ouverte démontre que vous êtes ouvert aux apprenants et à ce qu'ils disent.
L	**Se pencher Légèrement** vers l'apprenant à certains moments est un signe naturel d'engagement.
E	**Engager son regard vers l'autre** d'une manière culturellement appropriée doit être toujours le cas pour communiquer l'intérêt ; il ne faut jamais fixer ou dévisager l'apprenant.
S	**S'asseoir** en face d'une autre personne démontre de l'engagement. Si pour une raison quelconque cela peut sembler menaçant, il convient de s'asseoir alors sur le côté.

Ces comportements physiques expriment du respect et une attention véritable. Cependant, il s'agit de directives qui doivent être adoptées en fonction des attentes sociales et culturelles.

Compétence 2 : poser des questions ouvertes

Poser des questions permet d'identifier, de clarifier et de détailler les problèmes en parties plus petites et plus facilement abordables. Les questions ouvertes commencent par « *comment* », « *qu'est-ce...* », « *quand* » ou « *pourquoi* ». Les questions ouvertes amènent des réponses qui conduisent à une discussion plus approfondie, alors que les questions fermées suggèrent à l'apprenant la réponse que vous attendez ; les réponses sont généralement en un seul mot comme « *Oui* » ou « *Non* ». Les questions fermées commencent habituellement par des mots comme « *êtes-vous...* », « *a-t-il* », « *a-t-elle* », « *est-elle* », etc.

Les encadreurs doivent essayer d'éviter les questions qui entraînent une réponse

par oui ou par non. Par exemple, au lieu de demander : « *Aimeriez-vous en savoir plus sur la thérapie de deuxième intention ?* », vous pourriez demander : « *Quelles sont vos questions au sujet de la thérapie de deuxième intention ?* ». Ou, au lieu de demander : « *Comprenez-vous ce sujet ?* », vous pourriez demander : « *Que voulez-vous savoir de plus sur ce sujet ?* », ou « *Dites-moi comment vous appliqueriez ce principe si votre prochain patient était... ?* »

Compétence 3 : utiliser des gestes et des réponses qui suscitent de l'intérêt

Une autre manière de montrer que vous vous intéressez et que vous voulez encourager un apprenti à parler est d'utiliser des gestes comme des signes de la tête ou des sourires, et des qualités de clarification et de récapitulation. Ces qualités montrent que l'encadreur écoute attentivement ce que dit l'apprenti. Ces comportements invitent l'apprenant à se relaxer et à parler de lui.

La clarification : la clarification empêche l'incompréhension et permet de reformuler ce qui à été dit. Par exemple, si un apprenant: « *On ne peut pas diagnostiquer le VIH chez les nourrissons âgés de six semaines, car nous n'avons plus de kits GSS depuis quelques semaines et qu'il n'y aura pas de nouvelle livraison avant le mois d'août* », le encadreur doit répondre en disant « *Il semble que vous n'ayez pas pu mener des dépistages pour les nourrissons depuis quelques semaines* ».

Le récapitulatif : le récapitulatif réunit les thèmes abordés lors de la discussion pour que l'apprenant puisse avoir une vue d'ensemble. I permet également de s'assurer que l'apprenant et l'encadreur se comprennent.

- Les encadreurs doivent reprendre les points importants de la discussion et souligner les décisions prises le cas échéant.
- Les encadreurs encadreur peuvent récapituler les points clés, à tout moment lors la formation, et non pas seulement à la fin.

Le fait de récapituler peut fournir un soutien et un encouragement aux apprenants, et aider à clarifier les sujets complexes.

Compétence 4 : reformuler ce que dit l'apprenant

« Reformuler » qu'on peut remplacer par le terme « paraphraser », désigne le fait de répéter ce qu'un apprenti a dit pour l'encourager à en dire plus. Essayez de le dire d'une manière légèrement différente. Par exemple, si un apprenant dit : « *Mes patients sont obligés d'attendre dehors tous les matins avant que je sois en mesure de les voir* », l'encadreur peut reformuler en disant : « *Il semble que le service n'ait pas assez de personnel et que ce soit assez frustrant pour vous* ». Après que l'apprenti ait confirmé qu'il s'agit d'une réflexion pertinente sur ce qu'il avait dit, l'encadreur peut dire ensuite, « *Nous pouvons en parler un peu plus en profondeur* ».

La reformulation montre que l'encadreur écoute attentivement, favorise le dialogue, et donne à l'encadreur une occasion de comprendre plus en détail les sentiments de l'apprenant.

Compétence 5 : faire preuve d'empathie — être compréhensif par rapport à ce que ressent la personne

L'empathie c'est lorsqu'une personne est capable d'appréhender (ou de comprendre) ce que ressent une autre personne. Vous pouvez ressentir de la compassion envers la personne. L'empathie est cependant différente de la sympathie ; la sympathie implique que vous soyez désolé (ou ayez de la pitié) pour l'autre personne.

L'empathie est nécessaire pour comprendre comment l'apprenant se sent et l'aide à discuter plus en profondeur des problèmes. Si par exemple un apprenant dit : « *Je ne supporte plus la charge de travail, je n'ai pas pu prendre de vacances depuis presqu'un an !* », l'encadreur peut répondre en disant : « *On dirait que vous êtes sujet à un épuisement professionnel et que vous avez vraiment besoin de faire une pause ainsi que d'un soutien supplémentaire* ». Un autre exemple serait qu'un apprenti apparemment en colère affirme : « *Je n'ai même pas les médicaments nécessaires pour traiter cette mère, en conséquence je pense qu'un autre bébé va devenir orphelin* », le encadreur peut répondre en disant : *« Il semble que le manque de ressources vous mette vraiment en colère car il limite votre capacité à faire un bon travail. »* Si le encadreur répond par une question factuelle, par exemple : « *Quelle est le médicament dont vous manquez ?* », l'apprenti peut ressentir que le encadreur n'a pas compris son désarroi.

L'empathie est utilisée pour réagir face à une émotion. Lorsqu'il crée de l'empathie l'encadreur identifie et exprime clairement l'émotion qui se trouve derrière la déclaration d'un apprenti.

Compétence 6 : Éviter les termes qui portent un jugement

Les mots qui portent un jugement comme : *exact, faux, bien, dommage, bon, assez* et *juste*. Si un encadreur utilise ces mots en posant des questions, l'apprenti pourrait ressentir qu'il a fait quelque chose de mal ou qu'il y a un problème avec l'enfant.

Exemples de choses à ne **PAS** dire :

« Avez-vous donné la bonne dose de médicaments ? »

« Avez-vous suivi mes recommandations pour discuter de l'annonce du statut sérologique avec les parents de cet enfant de 8 ans ? »

« Vous n'avez pas compris ce que je vous ai dit hier au sujet de la discussion autour de la planification familiale avec chaque jeune maman ? »

Demandez à la place :

« Quelle dose de médicaments avez-vous donnée ? Comment l'avez-vous calculée ? »

« De quoi avez-vous parlé avec les parents de l'enfant ? » ; « Avez-vous eu la possibilité de parler de l'annonce du statut sérologique ? » ; « Voici en général ce que je dis pour aborder le sujet de l'annonce... »

« J'ai remarqué que vous n'avez pas abordé le sujet de la planification familiale, pouvez-vous m'en dire plus sur votre décision ? »

Néanmoins, parfois un encadreur a besoin d'utiliser des mots exprimant un jugement « positif » pour susciter la confiance de l'apprenant et pour reconnaître qu'il a fait la

bonne chose et l'en féliciter. Par exemple : « J'ai aimé la manière créative avec laquelle vous avez abordé le sujet de la planification familiale lors de la consultation. » ou, « Vous faites du bon travail ici : vos patients et vos collègues vous apprécient vraiment. »[2]

Susciter la confiance

La confiance se construit en favorisant la crédibilité, l'accessibilité et la responsabilité.

- La crédibilité —l'encadreur doit :
  - Partager ses qualifications en tant qu'expert clinicien et en tant qu'encadreur clinique.
  - Reconnaitre ses limites face à une question posée et en apporter les réponses ultérieurement Exprimer le raisonnement qui se trouve derrière ses directives et sa rétroaction personnelle.
  - Être sensible aux situations locales et aux problèmes culturels.
- L'accessibilité —l'encadreur doit :
  - Être à la disposition des apprenants pour partager leurs questions, leurs inquiétudes et leurs remarques.
  - Encourager toutes sortes de questions : « les questions ne sont jamais inutiles. »
  - Programmer des visites encadrement clinique d'encadrement clinique à une fréquence appropriée.
  - Reconnaître dès le début les forces et les progrès de l'apprenant.
- La responsabilité — l'encadreur encadreur doit :
  - Répondre des buts et des objectifs du programme.
  - Répondre des normes pratiquées et des instructions.
  - Répondre aux codes de conduite professionnels et déontologiques.
  - Répondre de ses décisions professionnelles au sujet de la performance de l'apprenant.
  - Préserver la confidentialité et respecter la vie privée.[3]

Les barrières de la communication

Les barrières d'une communication efficace

- Ne pas écouter attentivement son ou ses apprenti(s).C'est l'exemple d'un encadreur qui n'écoute pas et formule une réponse avant que l'apprenti ait fini sa question, son histoire ou ait terminé une procédure.
- Émettre un jugement : par exemple, déclarer que l'apprenti ne respecte pas les normes de l'encadreur.
- Les encouragements non légitimes: essayer de transmettre un optimisme non

mérité en prenant à la légère le problème ou le défie propre à un apprenti.

- Donner un conseil avant que l'apprenti ait reçu assez d'informations ou de temps pour aboutir à une solution personnelle.
- Interrompre l'apprenti sans raison.
- Poser des questions longues et complexes.
- Utiliser un vocabulaire trop technique ou trop complexe.
- Poser des questions qui suggèrent la manière de répondre.
- Poser des questions à la manière d'un interrogatoire.
- Ignorer les signes verbaux et non verbaux qui viennent de l'apprenti.
- Faire des changements soudains et inappropriés dans les thèmes abordés.
- Faire preuve d'attitudes paternalistes ou portantes un jugement, de manière verbale ou non verbale.
- Contrôler la discussion plutôt que d'encourager l'apprenti à dire ce qu'il sait, ou de quelle manière il aurait abordé une question particulière.
- Faire des sermons à l'apprenti.
- Encourager la dépendance : Rendre l'apprenant dépendant de la présence et des directives de l'encadreur. encadreur

Les approches clés de l'encadrement clinique

Les approches clés pour l'encadreur

Réfléchir à haute voix : un encadreur doit rendre transparent son raisonnement clinique :

- Expliquer le processus intellectuel qui mène au diagnostic
- Discuter des différentes possibilités de traitement pour un cas difficile.
- Expliquer pourquoi une certaine procédure est choisie

Motiver l'apprenti :

- Les encadreurs doivent encourager les apprenants à rester motivés pour adapter leurs besoins à ceux de leurs patients.
- Utiliser une approche collaborative adaptable à l'enseignement clinique : l'encadreur doit savoir quand avancer ou revenir sur un sujet, tout en laissant assez de liberté à l'apprenti pour s'épanouir sans nuire au patient ou à lui-même.

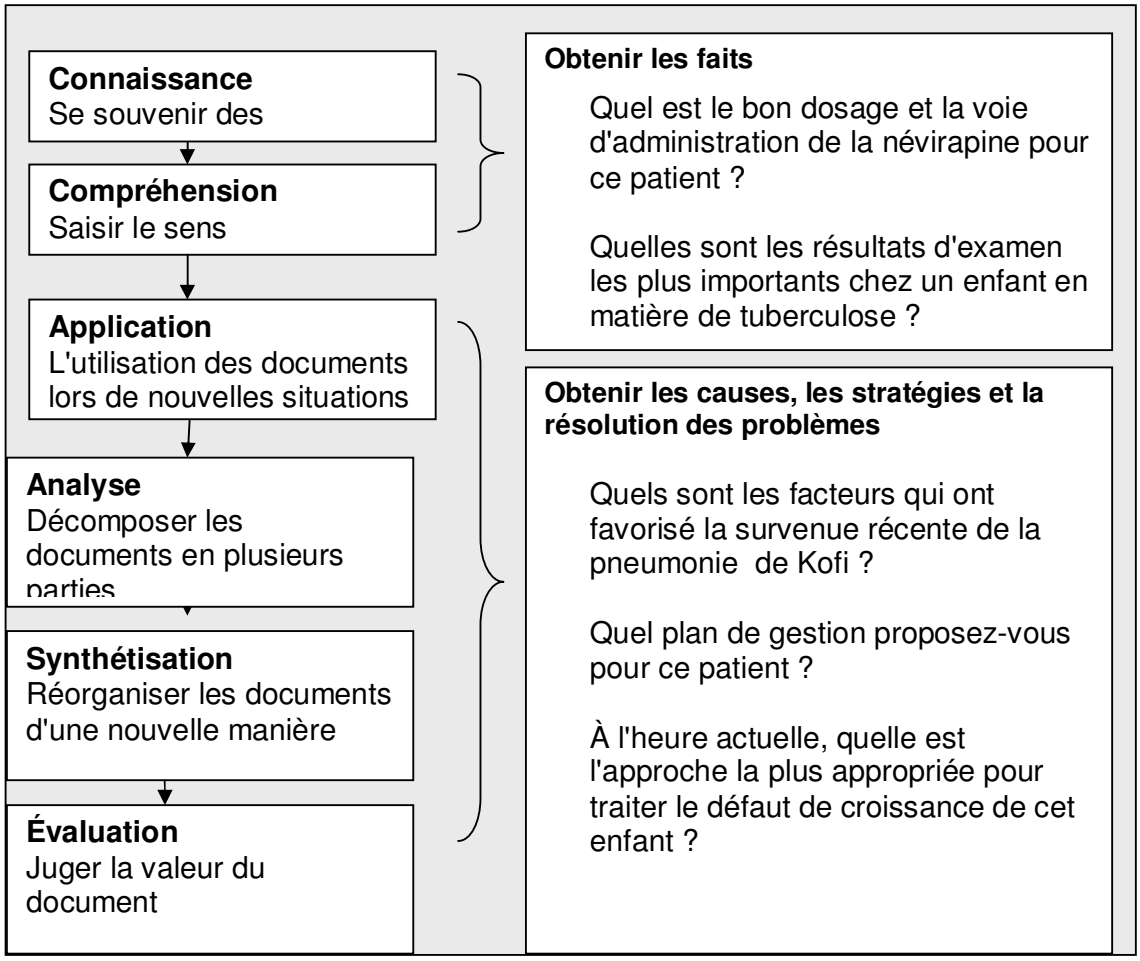
Être à l'écoute :

- Dans le but d'évaluer efficacement l'acquisition, la synthèse et la présentation des données cliniques par l'apprenant, il est important pour l'encadreur d'être à l'écoute de l'apprenant même s'il n'a pas de connaissances préalables sur le client encadreur.[4]

Le questionnement efficace

Il existe de nombreuses manières de poser des questions et certaines parmi elles sont plus efficaces pour permettre à la personne interrogée de s'engager, et mettre à jour des informations complexes. Ces deux aspects sont essentiels à un encadrement clinique en efficace. La formulation de la question pourra varier en fonction du niveau d'apprentissage cognitif que l'encadreur souhaite susciter. Les niveaux plus élevés (l'application, l'analyse, la synthèse et l'évaluation) exigent une pensée plus critique que celle qui est nécessaire au savoir et à la compréhension. Voir Figure 3.**1** à la page suivante.

Figure 3.1 : Le questionnement et les six niveaux d'apprentissage cognitif



Source : Programme de développement des formateurs médicaux de l'université de Virginie

Conseils utiles pour un questionnement efficace :

- Lorsque c'est possible, être plutôt interrogatif qu'affirmatif.
- Poser une question à la fois, de la manière la plus concise possible.
- Ajuster la difficulté de vos questions par rapport aux capacités de votre apprenti, en travaillant au moyen de niveaux de pensée de plus en plus élevés.
- Inclure des questions qui permettent aux apprenants de connaître leurs réactions et leurs sentiments.
- Poser des questions au sujet du processus, aussi bien que du résultat.
- Formuler le type de questions que vous voulez que les apprenants se posent.
- Évitez de poser des « devinettes ».
- Si vous posez une question à l'apprenti en présence des clients, soyez sensibles aux besoins de ces derniers.

La rétro information

La rétroaction est un élément essentiel du processus d'encadrement clinique et de formation.

La rétro information (« feedback » en anglais) fait partie de l'évaluation formative qui guide l'apprentissage. L'évaluation-bilan juge la performance. Se reporter au Tableau 3.**4** pour consulter les différences entre ces deux concepts. Les encadreurs sont les principaux fournisseurs de la rétroaction et le fait de transmettre cette rétroaction est l'un de leurs principaux devoirs. Les encadreurs peuvent participer ou non à l'évaluation-bilan de leurs apprenants.

Tableau 3.4 **: La rétro information comparée à l'évaluation**

	La rétroaction	L'évaluation
Le calendrier	Au moment opportun (aux alentours de l'évènement)	Programmée (définir la fréquence)
Configuration	Informel	Officiel
Base	Observation	Observation
Contenu	Objectif	Objectif
Portée	Mesure spéciale	Performance d'ensemble
But	Amélioration	Notation

Source : *Bringing Education and Service Together (BEST) Curriculum*, USC

L'importance de la relation dans l'encadrement clinique

Les apprenants acceptent mieux la rétro information lorsqu'ils ressentent que le encadreur a d'abord pris la peine de comprendre leurs inquiétudes et leur perspective. Une fois que le encadreur a établi la confiance et la crédibilité dans le cadre de la relation liée au encadrement clinique, la rétroaction sera mieux perçue et par conséquent plus productive. Cependant, il a été déterminé que, souvent, les apprenants ne réalisent même pas qu'ils reçoivent une rétroaction de la part d'un superviseur ou d'un enseignant. Les encadreurs doivent clairement identifier leur rétroaction : « Parlons à présent de ce que ressent le patient. Voici une première rétroaction... »[5]

Les éléments d'une bonne rétro information

Une bonne rétroaction :

- Est transmise tout de suite après la séance de formation.
- Est transmise en privée.
- Établit un lien avec les objectifs de formation.
- Est explicite.
- Se concentre sur le comportement et non sur la personne.
- Favorise l'auto-évaluation de l'apprenant.
- Comprend des remarques sur ce qui a été bien fait.

- Exprime clairement le raisonnement de l'encadreur dans ses remarques.
- Est constructive : les remarques négatives sont formulées comme des éléments d'apprentissage.
- Inclus un plan clair d'amélioration : déterminé soit par le encadreur seul ou à travers une discussion entre le encadreur et l'apprenti.

Voir Outil 3-**D** : Liste de vérification— dix étapes pour fournir la rétro information .

Autres problèmes

Les stress et le surmenage (burnout)

De nombreux professionnels de la santé ont des emplois stressants et les apprenants ne sont pas différents. Certains peuvent se sentir isolés ; d'autres peuvent être affectés par le VIH dans leur vie personnelle comme dans leur vie professionnelle. Les problèmes professionnels et privés peuvent avoir une conséquence majeure sur la capacité d'apprentissage de quelqu'un et sa performance en situation professionnelle. Lorsque les encadreurs développent les relations avec leurs apprenants, ils peuvent avoir à reconnaître les signes de stress et d'épuisement professionnel, comme les troubles du comportement, l'abus de drogue/d'alcool, et l'absentéisme récurent. Parfois l'encadreur se retrouvent dans le rôle de conseiller encadreur, puisqu'ils soutiennent l'apprenant aussi bien sur le plan personnel que professionnel.

Outils associés

- Outil 3-**D** : Liste de vérification— dix étapes pour fournir la rétro information

3.5 Les techniques d'enseignement

Favoriser l'esprit critique

L'esprit critique comprend le raisonnement, le jugement et la prise de décision. « Une personne qui a un esprit critique peut anticiper les traitements médicaux et les interventions, planifie et coordonne souvent les soins à l'avance. » Les encadreurs et les superviseurs peuvent encourager et développer l'esprit critique de leurs apprenants en utilisant une gamme de méthodes d'apprentissage, comprenant la démonstration, les études de cas, la formation au lit du client, le jeu de rôle, des conférences sur un cas et le soutien par courriel.

Les encadreurs doivent planifier activement leurs méthodes, les sélectionner et les personnaliser en fonction des besoins de leurs apprenants pour mieux promouvoir l'esprit critique nécessaire à la dispensation de soins de santé de qualité.[6]

L'observation de l'encadreur

Observation

L'encadreur doit observer l'apprenti et l'équipe clinique dans sa totalité lorsqu'ils accomplissent leurs tâches. Une période d'observation initiale permet à l'encadreur de se faire une idée de la routine quotidienne, des processus et des systèmes qui sont en place, des catégories de patients et des cas qui se présentent dans l'établissement de santé, et des caractéristiques individuelles de l'apprenti.

Cette technique est particulièrement utile pour :

- Établir les bases de la performance de l'apprenti
- Observer les comportements parmi les clients et les collègues

L'observation est une technique utile tout au long du processus d'encadrement clinique. Il est important que les patients sachent pourquoi vous observez la rencontre. Il est mieux de ne pas donner la rétro information tant que le client n'est pas parti. Il existe une exception lorsque le bien-être du client est à risque.

L'encadreur peut utiliser des listes de vérifications, les POC, ou une simple prise de notes pour enregistrer les informations qui permettent d'assurer le suivi de la performance de l'apprenti.

Les techniques d'enseignement

La démonstration

L'encadreur observe l'apprenti lorsqu'il mène une rencontre avec un client ou d'autres tâches cliniques. L'apprenti peut devoir travailler avec une liste de vérifications ou la POC. La démonstration doit être suivie d'une discussion et d'occasions pour l'apprenti de pratiquer les compétences issues de la démonstration. La procédure serait en général la suivante :

1. L'encadreur fait une démonstration au sujet de la compétence, en fournissant à l'apprenti une possibilité d'observer.

2. L'encadreur supervise l'apprenti à qui est désormais donnée l'opportunité de pratiquer la compétence pendant que l'encadreur observe.

3. Le encadreur contrôle l'apprenti, en lui donnant l'occasion d'acquérir la compétence avec le moins d'interférence possible, en prenant en compte la nécessité de ne pas faire de tort au client.

4. L'encadreur aide l'apprenti, en lui donnant l'occasion d'acquérir la compétence en dehors de sa présence. Le encadreur peut vouloir discuter à l'avance de la procédure, en faire un compte rendu ultérieur, et être disponible, mais pas forcément présent pendant la procédure.[7]

Le passage d'une étape à l'autre ne dépend pas du nombre de fois que l'apprenti a effectué la tâche, mais il a lieu lorsque ce dernier a fait preuve d'une compétence suffisante pour le niveau en cours.

Cette technique est particulièrement utile pour :

- Démontrer d'une technique adéquate pour une compétence psychomotrice (par ex. : une prise de sang)
- Les procédures avec lesquelles l'apprenti n'est pas familier

Enseignement au lit du malade

L'enseignement au lit du malade, que ce soit ad hoc ou lors de visites, est l'enseignement qui a lieu pendant les soins cliniques courants. Cela n'a pas toujours lieu au lit du malade : la formation peut également avoir lieu dans le cadre des soins ambulatoires. L'enseignement au lit du client peut également avoir lieu au sein du service de l'apprenti ou dans un autre établissement de santé comme le centre de référence national, régional ou départemental.

L'encadreur peut forger les compétences, les comportements, et les qualités d'écoute et d'apprentissage pendant la formation au lit du client. L'apprenti a alors l'occasion d'appliquer ce qu'il a appris pendant le cours et de pratiquer les activités de l'apprentissage. Il s'agit d'un élément différent de l'observation du fait que la formation a lieu pendant la rencontre avec le client. Cette pratique est proche de la démonstration, mais donne lieu à plus de débat et d'occasions pour l'apprenti de s'exercer.

L'encadreur doit donner des instructions à l'apprenti avant qu'il rejoigne le patient. L'encadreur doit également expliquer au patient les rôles de l'encadreur et de l'apprenti. La rétroaction fournie à l'apprenti doit lui être donnée lorsque l'encadreur et l'apprenti ont quitté le chevet du patient, à moins que le bien-être de ce dernier soit menacé.

Cette technique est particulièrement utile pour :

- Promouvoir des soins courants appropriés

- L'application dans la vie réelle
- La réflexion sur place

L'étude de cas

Les études de cas sont forgées sur des scénarios hypothétiques ou ayant eu lieu dans le passé. Le(s) apprenti(s) débatte(nt) sur un cas détaillé et explique(nt) le plan d'action qu'ils suggèrent. Cette technique est particulièrement utile pour :

- Les établissements qui ne bénéficient pas d'une large variété ou un grand nombre de cas, car elle permet aux apprenants d'explorer des scénarios qu'ils ne rencontrent pas souvent dans leur établissement
- Les apprenants ayant moins d'expérience, car le encadreur peut contrôler tous les aspects du cas et le niveau d'information.

Voir Outil 3-**F** : Études de cas sur les soins et les traitements pédiatriques liés au VIH.

Le jeu de rôle

Le jeu de rôle ressemble aux études de cas du fait qu'il ne s'agit pas forcément de cas issus de l'expérience directe des participants. Cependant, en plus de susciter des débats sur la manière d'aborder un cas, le jeu de rôle fournit une opportunité pour pratiquer réellement les éléments de la rencontre avec le patient, y compris les tâches à accomplir et ce qu'il convient de dire au client. Les jeux de rôle peuvent être intenses au niveau émotionnel, car les participants se soucient du patient en tant qu'individu. Il est par conséquent important de faire une restitution complète (« debrief » en anglais) lorsque le jeu de rôle est terminé.

La restitution peut inclure une discussion sur les émotions ressenties pendant le jeu de rôle, ainsi que les aspects cliniques. Les observateurs peuvent assurer un suivi à l'aide de listes de vérification et des POC, afin de repérer les performances de l'apprenti.

Cette technique est particulièrement utile pour :

- Forger l'interaction avec les clients
- Traiter des sujets sensibles comme la l'annonce
- Forger les comportements
- Organiser les formations de groupe

L'étude de cas en groupe

L'étude de cas en groupe est une réunion périodique, idéalement une fois par semaine, durant laquelle l'équipe du service se rencontre pour discuter de l'approche multidisciplinaire du traitement des patients. Si le nombre de clients est peu élevé, tous les cas peuvent être débattus chaque semaine. Si le nombre de clients est élevé, le dirigeant de l'équipe ou l'encadreur peuvent choisir de débattre de cas particulièrement complexes, intéressants ou constituant un défi. L'étude de cas en groupe fournit l'occasion de coordonner et d'harmoniser les soins interdisciplinaires

et de favoriser le renforcement de la cohésion de l'équipe médicale.

Les études de cas en groupe peuvent également avoir lieu avec des intervalles plus longs et en utilisant les méthodes d'enseignement à distance comme les conférences par téléphone ou les visioconférences, lorsque les encadreurs ne fournissent plus de soutien in situ ou se trouvent entre deux visites.

Cette technique est particulièrement utile pour :

- Les cas complexes qui font intervenir l'équipe multidisciplinaire
- Consolider l'équipe

Voir Outil 3-**G** : Suggestions de l'OMS pour les études de cas en groupe dans le service.

Leçons/Séances de consultation

La leçon est une technique d'enseignement traditionnelle qui est en général moins interactive que les autres méthodes. L'encadreur présente un sujet particulier aux apprenants et au reste du personnel du service. La leçon interactive requiert des questions et des réponses au cours de la présentation. Le cas échéant, l'audiovisuel, la démonstration, et d'autres techniques peuvent être intégrées à la leçon.

Cette technique est particulièrement utile pour :

- Diffuser en une seule fois des informations au sein d'un large groupe
- Enseigner sur le matériel technique
- Présenter de nouveaux matériels (qui seront développés plus tard en utilisant les techniques interactives)

Le soutien par courrier électronique

Comme de plus en plus d'établissements ont un accès à des ordinateurs et à internet, le soutien par courriel devient de plus en plus important dans le cadre des efforts de consolidation des aptitudes pour le long terme.

La confidentialité en matière de renseignements sur le patient doit être préservée lors de la correspondance par courriel. Si l'établissement possède les outils qui le permettent, il convient de coder les renseignements sensibles. Dans le cas contraire, l'établissement doit posséder une politique claire et contraignante sur la manière dont les renseignements sur le patient peuvent ou non être divulgués dans les correspondances par courriel. Souvent, le nom des patients et les renseignements sur leur identité peuvent être masqués, ce qui permet de débattre des questions cliniques sans obstacles.

Cette technique est particulièrement utile pour :

- Fournir de l'aide lorsque l'encadreur n'est pas sur le site
- Maintenir la relation d'encadrement clinique au cours du temps
- Répondre aux questions qui exigent des ressources ou des informations qui ne sont pas disponibles sur le site

Outils associés

- Outil 3-**E**: La rédaction d'une étude de cas en six étapes
- Outil 3-**F** : Études de cas sur les soins et les traitements pédiatriques liés au VIH
- Outil 3-**G** : Suggestions de l'OMS pour les études de cas en groupe dans le service
- Voir I-TECH *Mentoring Case Study Bank*, Basics of Clinical Mentoring, Disponible sur : http://www.go2itech.org/HTML/CM08/toolkit/training/index.html

Outils 3-A : Auto-évaluation du mode d'apprentissage VAK

Instructions : Entourez la réponse qui représente le mieux votre comportement d'ensemble.

Auto-évaluation du mode d'apprentissage VAK
1. En général, lorsque je me sers d'un nouvel équipement : a. Je lis d'abord les instructions b. J'écoute les explications d'une personne qui l'a déjà utilisé c. J'essaye, je peux me débrouiller en l'utilisant
2. Lorsque j'ai besoin de me diriger lors d'un déplacement : a. Je regarde une carte ou demande des directions écrites b. Je demande des directions orales c. Je suis mon instinct et utilise une boussole
3. Lorsque je prépare un nouveau plat, j'aime : a. Suivre une recette écrite b. Appeler un ami pour qu'il m'explique c. Suivre mon instinct, je cuisine en essayant
4. Si j'apprends quelque chose de nouveau à quelqu'un, j'ai tendance à : a. Lui rédiger des instructions b. Lui donner une explication orale c. Faire d'abord une démonstration puis le laisser essayer
5. J'ai tendance à dire : a. Regarde comment je fais b. Écoute, je vais t'expliquer c. Essaye par toi-même
6. Pendant mon temps libre je préfère : a. Lire ou aller au musée b. Écouter de la musique et parler à mes amis c. Faire du sport ou du travail manuel

7. Lorsque j'apprends une nouvelle compétence, je suis plus à l'aise : a. De regarder ce que fait le professeur b. De demander au professeur ce que je dois faire exactement c. De l'essayer par moi-même et m'entraîner après le cours
8. Lorsque je me concentre, la plupart du temps : a. Je me concentre sur les mots ou les images qui sont en face de moi b. Je pense aux problèmes et aux solutions possibles dans ma tête c. Je bouge beaucoup, je joue avec des stylos et je tiens des objets
9. Je choisis des objets dans ma maison comme le mobilier parce que j'aime : a. Leurs couleurs et leur aspect b. Les descriptions que m'en a faites le vendeur c. Leur texture et la sensation que j'ai quand je les touche
10. Mon premier souvenir est : a. Quelque chose que j'ai vu b. Une parole ou une chanson c. Une action que j'ai faite
11. Lorsque je suis nerveux ou nerveuse : a. J'envisage les pires scénarios b. Je me dis dans ma tête ce qui me préoccupe le plus c. Je ne peux pas rester en place, je joue avec quelque chose et bouge sans cesse
12. Je me sens particulièrement lié(e) aux autres en fonction de : a. Leur aspect b. Ce qu'ils me disent c. Comment ils me font me sentir
13. En général, lorsque je dois étudier pour un examen : a. J'écris beaucoup de notes et de diagrammes b. Je me récite mes notes dans la tête ou les récite aux autres c. Je m'imagine en situation ou en train de créer la formule

14. Si j'explique quelque chose à quelqu'un, j'ai tendance à : a. Lui montrer ce que je veux dire b. Lui expliquer de manière différente jusqu'à ce qu'il comprenne c. L'encourager à essayer, lui transmettre mes idées pendant qu'il le fait
15. Je trouve qu'il est plus facile de se souvenir : a. Des visages b. Des noms c. Des choses que j'ai faites
16. Je me rappelle mieux des choses en : a. Prenant des notes ou en conservant des détails imprimés b. Les disant à haute voix ou en répétant dans ma tête les mots et les éléments clés c. Faisant ou pratiquant l'activité ou en l'imaginant faite
17. J'ai tendance à dire : a. Je vois ce que tu veux dire b. Entendu c. Je sais ce que tu ressens

Comptez vos réponses A, B et C

A = B = C =

Si vous avez plus de A, vous avez un mode d'apprentissage **VISUEL**.
Si vous avez plus de B, vous avez un mode d'apprentissage **AUDITIF**.
Si vous avez plus de C, vous avez un mode d'apprentissage **KINESTHÉSIQUE**.

Auto-évaluation du mode d'apprentissage VAK
©V Chislett MSc & A Chapman 2005
Tiré de www.businessballs.com

Outil 3-B : Questionnaire sur le mode d'apprentissage Honey-Mumford modifié

Instructions : Cochez la case blanche à droite si vous êtes d'accord avec la déclaration de gauche.

QUESTION	A	P	T	R
Je trouve que c'est facile de rencontrer de nouvelles personnes et de se faire des nouveaux amis.				
Je suis attentif et réfléchi.				
Je m'ennuie rapidement.				
Je suis une personne pratique qui a la tête sur les épaules.				
J'aime essayer les choses par moi-même.				
Mes amis pensent que je suis quelqu'un qui est à l'écoute.				
J'ai des idées claires sur la meilleure manière de faire les choses.				
J'aime être le centre de l'attention.				
Je suis un peu rêveur ou rêveuse.				
Je dresse des listes des choses à faire.				
J'aime expérimenter pour trouver la meilleure manière de faire les choses.				
Je préfère bien étudier les choses de manière logique.				
J'aime me concentrer sur une chose à la fois.				
Les gens pensent parfois que je suis timide et calme.				
Je suis un peu perfectionniste.				
J'ai beaucoup de joie de vivre.				
Je préfère me « débarrasser » d'un travail plutôt que de continuer à en parler.				
je remarque souvent des choses que les autres personnes ne voient pas.				
J'agis d'abord, et je pense plus tard aux conséquences.				
J'aime que tout soit à sa place.				
Je pose beaucoup de questions.				
J'aime réfléchir aux choses avant de m'impliquer.				
J'aime essayer des choses nouvelles.				
J'aime le défi que constitue la résolution d'un problème.				

	Style actif	**Style pragmatique**	**Style théoricien**	**Style réflecteur**
TOTAL de cases cochées				

Le nombre total de cases cochées dans chaque colonne exprime les domaines qui correspondent le plus à votre mode d'apprentissage. Chacun d'entre nous utilise tous les modes de manière plus ou moins étendue.

Les actifs (agissent)

- S'immergent complètement dans les nouvelles expériences
- Profitent du temps présent
- Sont ouverts d'esprit, enthousiastes, flexibles
- Agissent d'abord, pensent aux conséquences ensuite
- Cherchent à être au centre de l'activité

Les réfléchis (examinent)

- Restent à l'écart et observent
- Sont prudents, se tiennent en retrait
- Recueillent et analysent les données qui concernent les expériences et les évènements, prennent du temps avant de tirer des conclusions
- Utilisent des informations passées, des observations présentes et immédiates pour se faire une vision d'ensemble.

Les théoriciens (déduisent)

- Réfléchissent aux problèmes de manière logique, valorisent le rationalisme et l'objectivité
- Assimilent des faits disparates au sein de théories cohérentes
- Sont disciplinés, veulent que les choses soient organisées de manière rationnelle
- Ont un sens profond des hypothèses, des principes, des théories, des modèles et des systèmes de pensée.

Les pragmatiques (prévoient)

- Tendent à mettre rapidement en pratique les idées, les théories et les techniques
- Cherchent de nouvelles idées et expérimentent.
- Agissent rapidement et avec confiance en matière d'idées, vont droit au but.
- Sont impatient lors de discussions sans fin

* Remarque : il s'agit d'une adaptation non scientifique du document LSQ de Honey et Mumford par Rapid BI, basée sur le *Modèle des modes d'apprentissage de Honey et Mumford*©. Le document LSQ peut être consulté en intégralité (en anglais) conformément au droit d'auteur sur www.peterhoney.com et Rapid Business Improvement, http://rapidbi.com/created/learningstyles

Outil 3-C : Auto-évaluation du mode d'enseignement

Instructions : Pour les questions 1 à 18, chaque affirmation est une déclaration de l'encadreur à l'apprenti. Au moment où vous le lisez, concentrez-vous moins sur le contenu que sur la manière dont est proposée la question ou la déclaration. Précisez sur l'échelle de droite si vous êtes à l'aise avec ce type de question ou de déclaration. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, seulement des préférences.

1 = Très mal à l'aise
2 = Mal à l'aise, en quelque sorte
3= Sans opinion
4 = À l'aise, en quelque sorte
5 = Très à l'aise

	Très à l'aise				*Très mal à l'aise*
1. « Il nous reste désormais quelques minutes... Je vais vous faire mon discours de 10 minutes _____. »	1	2	3	4	5
2. « Quelles sont les sept causes de _____ ? »	1	2	3	4	5
3. « _____ est un problème important et courant. Lisez ce chapitre pour en savoir plus à son sujet. »	1	2	3	4	5
4. « Nous n'avons plus que quelques minutes. De quoi aimeriez-vous parler »	1	2	3	4	5
5. « Nous avons vu aujourd'hui deux patients avec _____. Quelles choses utiles avez-vous apprises, et quelles sont les autres questions que vous vous posez encore ? »	1	2	3	4	5
6. « Observez attentivement votre connaissance de base et vos compétences cliniques, et dites-moi demain quels sont vos besoins d'amélioration et quelle est la manière dont nous pourrions travailler sur ça pendant le temps qui nous reste. »	1	2	3	4	5
7. « Quel médicament choisiriez-vous pour _____ ? »	1	2	3	4	5
8. « L'amoxicilline est l'une des options pour ce cas, mais quelles seraient les autres qui pourraient être plus efficaces en cas de résistance ? »	1	2	3	4	5

	Très à l'aise				*Très mal à l'aise*
9. « Comment et pourquoi avez-vous abouti à ce diagnostic ? »	1	2	3	4	5
10. « D'accord, donc votre diagnostic pour ce patient est _____. Quel traitement recommanderiez-vous, et pourquoi ? »	1	2	3	4	5
11. « Que se passerait-il si les tests de labo étaient normaux ? » Est-ce que cela changerait votre diagnostic ? »	1	2	3	4	5
12. « Agnès a partagé avec vous des informations difficiles au sujet de sa maladie. Comment l'avez-vous ressenti ? »	1	2	3	4	5
13. « Il existe une grande variété d'opinions sur la manière d'aborder cette situation éthique. Que feriez-vous ? »	1	2	3	4	5
14. « Vous semblez avoir des difficultés avec ce patient. Quels sont les problèmes qui se sont posés à vous lors de cette situation ? »	1	2	3	4	5
15. « Je vais vous observer pendant que vous interrogez le patient suivant. »	1	2	3	4	5
16. « Regardez comment je procède avec ce patient et je vous superviserai avec le prochain. »	1	2	3	4	5
17. « Je sais que vous n'avez jamais fait ça auparavant, mais je serai là pour vous aider. »	1	2	3	4	5
18. « Avez-vous déjà fait ça auparavant ? D'accord. Je vous regarde faire. »	1	2	3	4	5

Guide d'évaluation des réponses

Les questions 1 à 6 représentent les différences qui existent entre les modes d'apprentissage pédagogique et andragogique :

Question 1 : « Nous n'avons désormais plus que quelques minutes. Je vais vous parler pendant 10 minutes de ___. »

Cette affirmation indique une approche centrée sur l'enseignant pour l'utilisation du temps d'enseignement disponible. Dans ce cas, l'enseignant sélectionne un sujet et un mode d'enseignement.

Question 2 : « Quelles sont les sept causes de _____ ? »
Ce style demande une liste de sept causes particulières d'un problème médical. Cela implique que l'étudiant va réciter une liste de mémoire, c'est un type de question utilisé dans le mode pédagogique.

Ces deux approches peuvent être utiles pour un étudiant ayant des connaissances de base faibles.

Question 3 : « _____ est un problème important et courant. Lisez ce chapitre pour en savoir plus à son sujet. »
Dans cet exemple, l'enseignant détermine le sujet posé, et le matériel et le mode d'apprentissage.

Question 4 : « Nous n'avons désormais plus que quelques minutes. De quoi aimeriez-vous parler ? »
Le formateur permet à l'étudiant de choisir le contenu de certains moments de la formation et suscite une discussion plutôt qu'une leçon ou un discours plus formel. Cela se rapproche davantage du mode d'enseignement andragogique.

Question 5 : « Nous avons vu aujourd'hui deux patients avec _____. Quelles choses utiles avez-vous apprises, et quelles sont les autres questions que vous vous posez encore ? »
Ici, le formateur demande à l'étudiant d'évaluer ce qu'il sait déjà au sujet d'un problème clinique et de déterminer ses besoins supplémentaires de formation.

Question 6 : « Analysez attentivement votre connaissance de base et vos compétences cliniques, et dites-moi demain quels sont vos besoins d'amélioration et quelle est la manière dont nous pourrions travailler sur ça pendant les trois semaines restantes. »
Une auto-évaluation encore plus en profondeur est demandée à l'étudiant, et une responsabilité d'autoformation plus poussée est proposée.

Les styles pédagogique et andragogique sont tous deux utiles, en fonction des compétences et des capacités de l'étudiant. Vous pouvez être plus ou moins à l'aise avec l'un ou l'autre mode. Il n'y pas de mauvais ou de bon mode d'enseignement (ou d'apprentissage). Si vous êtes à l'aise avec les composants de ces deux styles, c'est probablement que vous êtes naturellement à l'aise à vous occuper d'étudiants ayant des niveaux de compétence divers. Si vous tendez vers une certaine approche, vous êtes probablement plus à l'aise à vous occuper d'étudiant pour lesquels cette approche est plus appropriée. Cependant, il pourrait être judicieux d'étendre vos capacités pour maximiser vos séances éducatives avec des étudiants de niveaux divers.

Les questions 7 à 12 de l'outil d'« auto-évaluation du style d'enseignement » s'attachent à déterminer votre aisance par rapport aux styles d'enseignement

affirmatif, suggestif, collaboratif et accompagnateur. Regardez chacune des questions ci-dessous et identifiez quel est le *style représenté*.

Question 7 : « Quel médicament choisiriez-vous pour _____ ? »
Cette question concerne le style affirmatif, elle demande une information bien particulière.

Question 8 : « L'amoxicilline est l'une des options pour ce cas, mais quelles seraient les autres qui pourraient être plus efficaces en cas de résistance ? »
Il s'agit d'une déclaration suggestive ; l'apprenant est amené ici, à avoir un esprit critique. .

Question 9 : « Comment et pourquoi avez-vous abouti à ce diagnostic ? »
Questions 10 : « D'accord. Donc, votre diagnostic professionnel pour ce patient est _____. Quel plan de traitement recommanderiez-vous, et pourquoi ? »
Ces deux questions explorent les idées de l'étudiant en matière de décision. C'est une technique d'évaluation très utile, car elle permet à l'enseignant d'évaluer non seulement si la réponse elle-même est juste ou fausse, mais aussi le processus par lequel cette réponse est arrivée.

Questions 11 : « Que se passerait-il si la radiographie avait été normale ? Est-ce que cela changerait votre diagnostic ? »
Cette technique de questionnement modifie une situation clinique dans le but d'évaluer d'autres aspects des connaissances de l'étudiant. Cela correspond toujours au mode collaboratif.

Questions 12 : « Agnès a partagé avec vous des informations difficiles au sujet de sa maladie. Comment l'avez-vous ressenti ? »
Cette question correspond au style accompagnateur, en discutant des sentiments issus de la rencontre avec un patient. Dans ce cas, les expériences de l'apprenant constituent l'élément le plus important et elles sont à l'origine de l'interaction.

Notez votre (vos) style(s) d'enseignement préféré(s). Y a-t-il des styles que vous voudriez expérimenter davantage pour étendre votre gamme d'enseignement ?

Les questions 12 à 13 de l'outil d'« auto-évaluation du style d'enseignement » évaluent l'attitude de l'étudiant. Les attitudes des étudiants sont représentées de manière plus fidèle par leur comportement, mais un débat sur leurs idéaux et leurs opinions peut être favorisé grâce au questionnement. L'exploration des sentiments fait partie du style d'enseignement accompagnateur.

Questions 13 : « Il existe une grande variété d'opinions sur la manière d'aborder cette situation éthique. Que feriez-vous ? »
Des problèmes déontologiques peuvent survenir de temps en temps dans la pratique. Bien que vous et vos apprenants pouvoir être plus ou moins à l'aise en débattant de ces sujets, ce sont des opportunités pour explorer les attitudes de vos apprenants.

Questions 14 : « Vous semblez avoir des difficultés avec ce patient. Quels sont les problèmes qui se sont posés à vous lors de cette situation ? »
Il s'agit d'un niveau élevé de compétence pour le clinicien que d'être capable d'évaluer facilement une réaction émotionnelle inattendue pour un patient. En tant que formateur, vous pouvez aider vos apprenants à développer cette compétence à travers les questions que vous posez.

Les questions 16, 17 et 18 renvoient aux compétences techniques d'enseignement.

Tiré de : « Teaching Style Self-Assessment », Université de Virginie *Health System Preceptor Development Program curriculum*, Module 2 : Styles d'enseignement et d'apprentissages. http://www.med-ed.virginia.edu/courses/fm/precept/module2

Outil 3-D : Liste de vérification— dix étapes pour fournir la rétro information

- ✓ Recueillir les réflexions, les inquiétudes et les attentes de l'apprenti à_le_sujet_de l'encadrement clinique.
- ✓ Écouter l'apprenti, en utilisant un langage corporel, et sans l'interrompre.
- ✓ Demander à l'apprenti d'identifier ses besoins par rapport à cette séance d'encadrement clinique.
- ✓ Fournir une rétro information positive ***spécifique*** montrant que l'apprenti a bien agi.
- ✓ Fournir une rétro information positive ***spécifique*** montrant que l'apprenti doit modifier certains éléments.
- ✓ Proposer des suggestions ***spécifiques*** pour une amélioration.
- ✓ Donner une priorité aux objectifs (si nécessaire).
- ✓ Proposer d'autres ressources destinées à l'amélioration.
- ✓ Organiser un suivi de l'activité d'encadrement clinique ou un débat.
- ✓ Faire en sorte que l'apprenti résume la rétro information et le plan d'amélioration.

Tiré d'USC *BEST Curriculum*

Outil 3-E: La rédaction d'une étude de cas en six étapes

1. **Mettre en place le(s) objectif(s) de formation** de l'étude de cas : que voulez-vous enseigner aux participants ?
2. **Décrire le patient et donner les détails concernant le cas.**
   a. Fournir des renseignements de base (par exemple le sexe, l'âge, le statut sérologique, la classification clinique de l'OMS, les symptômes, l'historique médical récent, le passé sociologique pertinent)
   b. Orienter l'histoire et l'apprenant en direction de la décision clinique attendue.
   c. Donner une brève information, mais inclure tous les détails nécessaires à la prise de décision
3. **Attirer l'attention de l'apprenti** sur les opportunités de prise de décision clinique qui ne sont pas apparentes.
   a. Lier les opportunités aux objectifs de formation.
4. **Présenter plusieurs options de décision (optionnelle).**
   a. Les options doivent être pertinentes.
   b. Une seule option à la fois peut être raisonnablement choisie.
   c. Chaque option doit être de la même longueur, faire preuve de la même importance, être crédible, et donner le même niveau de détail, pour que l'apprenant ne soit pas handicapé par le choix de l'une ou l'autre option.
5. **Identifier la bonne réponse.**
   a. Débattre de la bonne réponse.
   b. Donner la preuve clinique et le raisonnement qui y conduit.
6. **Donner des informations supplémentaires nouvelles** pour amener les apprenants vers un point de décision clinique différent. (optionnel)

Tiré de I-TECH *Clinical Mentoring Toolkit, Developing Clinical Case Studies*

Outil 3-F : Études de cas sur les soins et les traitements pédiatriques liés au VIH

Thème no 1 : Soins axés sur la famille

Ces études de cas mettent l'accent sur le fait que les soins dispensés aux enfants dans un cadre familial constituent un élément central de la santé de l'enfant. Les professionnels en soins de santé doivent identifier les mesures concrètes et les stratégies destinées à améliorer une approche des soins centrée sur la famille.

L'approche des soins centrée sur la famille affirme que les meilleurs résultats en matière de santé ont lieu lorsque les prestataires de santé prestataires reconnaissent que la famille est un élément central dans la préservation de la santé de l'enfant. Une famille en bonne santé, engagée et impliquée constitue le meilleur environnement pour l'enfant.

Dans cette approche, le prestataire engage l'enfant et les dispensateurs des soins vers une évaluation clinique et une prise de décision. Cette approche fournit également un soutien et réduit les barrières des soins de santé pour toute la famille.

Études de cas

Étude de cas no 1 :

- Adiouma, mère de trois enfants, a passé deux heures dans une salle d'attente bondée avec tous ses enfants. Elle est venue aujourd'hui à la clinique, car son fils de trois ans Gourane a eu de la fièvre pendant deux jours. Elle est finalement conduite dans la salle de consultation par une infirmière polie, mais détachée qui prend la température de Gourane, la pèse, lui demande d'enlever sa chemise, puis quitte la pièce. Quelques minutes après, le professionnel de la santé entre dans la pièce et demande : « Qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui ? » Adiouma décrit la fièvre et les autres symptômes ; le professionnel de la santé ne fait pas de commentaire. Il examine l'enfant sans dire un mot, puis dit : « C'est seulement un virus. Il va s'en remettre », et s'en va.

Étude de cas no 2 :

- Affoué amène sa fille Bia à l'hôpital à 19 h. Bia a quatre ans et a eu de la fièvre pendant deux jours. Affoué travaillait tout la journée et ne pouvait donc pas amener Bia à la clinique pendant la journée. Elle a laissé ses trois autres enfants à son mari, mais elle s'inquiète parce qu'il doit partir travailler à 22 h ; il est 21 h lorsque Bia et elle sont appelées dans la salle de consultation. La professionnelle de la santé accueille Affoué et Bia, se présente et s'assied. Elle s'excuse pour la longue attente, avant de demander à Affoué un certain nombre de questions au sujet de la santé de Bia et ses symptômes actuels. Elle pose également des questions à Affoué au sujet de sa propre santé et demande comment vont les choses à la maison. Avant d'examiner Bia, elle demande également à Affoué : « Y aurait-il autre chose que vous voudriez me dire ou me demander ? » La professionnelle examine ensuite Bia attentivement, en expliquant certaines de ses découvertes, comme : « Il ne semble pas que ses oreilles soient infectées » et remarque : « Il semble que vous vous soyez bien occupée d'elle. » Lorsqu'elle a

terminé, elle s'assied à nouveau et explique qu'elle pense que Bia souffre d'un virus courant qui a touché un grand nombre d'enfants dans le secteur. Elle explique pourquoi elle pense cela, et décrit ce à quoi elle s'attend (« Ce virus s'arrête en général au bout de trois jours »). Elle décrit comment gérer les symptômes de Bia avec des sirops et des antipyrétiques, et montre à sa mère comment mesurer et administrer les médicaments. Avant de partir, elle demande à Affoué si elle a des questions où s'il y a quelque chose dont elle voudrait parler. Elle donne un rendez-vous de suivi pour Bia et conseille à Affoué une clinique où elle peut bénéficier d'un traitement pour sa propre santé.

Questions débattues

- Ce cas illustre-t-il le concept de soins axés sur la famille ?
- Le professionnel de la santé a-t-il abordé la santé du parent ?
- Comment le professionnel de la santé a-t-il abordé l'enfant ?
- Qu'est-ce qui aurait amélioré l'approche adoptée pour ce cas ?
- Comment les concepts de soins centrés sur la famille sont-ils en général utilisés dans votre établissement ?

Réponses modèles

Ce sont des cas opposés : il n'y a presque aucun effort consenti pour communiquer avec Adiouma et Gourane pour atteindre le niveau de compréhension. Le professionnel de la santé n'a pas abordé la santé d'Adiouma, cela n'est en principe pas censé se produire pour un enfant de trois ans. Une approche centrée sur la famille, dans laquelle le professionnel de la santé discute de la santé de la famille, utilise une technique de communication plus interactive, et évalue les facteurs externes qui peuvent affecter la santé de l'enfant, aurait amélioré la consultation.

À l'opposé, la professionnelle de la santé utilise de nombreuses techniques de communication efficaces avec Affoué et Bia, y compris la reconnaissance du fait qu'elles ont longtemps attendu pour obtenir les soins, le fait de poser des questions ouvertes, de s'asseoir plutôt que de rester debout, de vérifier en permanence la compréhension d'Affoué et de demander à cette dernière si elle veut ajouter quelque chose ou poser une autre question. Elle prend également en compte Affoué et sa famille en posant des questions sur sa santé et son bien-être, et en la référant à une autre clinique. Elle apprend à Affoué comment prendre soin de Bia et lui dit à quoi s'attendre de la maladie. La professionnelle de la santé n'a pas engagé la conversation avec l'enfant, mais comme elle a seulement quatre ans, cela n'était pas nécessaire.

Thème no 2 : encadrement clinique L'encadrement clinique développemental ??

Ces études de cas fournissent aux apprenants une opportunité de pratiquer l'évaluation développementale à travers l'utilisation d'études de cas. Ils suscitent une prise de conscience sur l'importance d'évaluer le développement de l'enfant et de

présenter l'utilisation des outils de cette évaluation qui favorisent le processus.

L'approche générale des soins pédiatriques est à la fois développementale (le développement de l'enfant influence votre approche de l'enfant et de la famille, et est à l'origine des directives que vous leur transmettez) et axée sur la famille (tel que présenté à la section précédente).

Études de cas

Étude de cas no 1

Safi est un bébé de 10 semaines qui s'alimente et grandit normalement, elle réagit aux sons, semble distinguer le visage et la voix de sa mère. Mais, sa mère exprime des inquiétudes, car Safi n'est toujours pas capable de tenir sa tête droite et doit être manipulée et portée avec attention. Elle tourne la tête lorsqu'elle est couchée sur le dos, mais n'est pas capable de lever la tête lorsqu'elle est sur le ventre.

Étude de cas no 2

Lesedi est un bébé de six mois que vous voyez pour la première fois aujourd'hui. Sa tante maternelle s'est occupée de lui depuis la naissance, car sa mère est décédée juste après l'accouchement. Il y a cinq autres enfants à la maison, et deux adultes. Comme la tante de Lesedi travaille pendant la journée, c'est la voisine qui s'occupe de lui le matin, et les autres enfants lorsqu'ils reviennent de l'école. La tante signale que Lesedi n'a pas été vacciné pour le moment, car elle n'a pas eu le temps de l'amener à la clinique. Elle n'a pas exprimé d'inquiétudes particulières au sujet de la croissance ou du développement de Lesedi, mais sa voisine a insisté pour qu'il soit amené à la clinique, car elle pense que quelque chose ne va pas et qu'elle trouve que Lesedi est « lent ».

Étude de cas no 3

Kopano est un garçon de trois ans que vous voyez pour la première fois aujourd'hui, car il vient d'emménager dans le secteur. Il est accompagné par sa mère et son petit frère qui est nourrisson. Sa mère exprime des inquiétudes au sujet de son élocution. Il parle beaucoup, mais les gens ont beaucoup de mal à le comprendre. Comme elle passe beaucoup de temps avec lui, sa mère a appris à « lire » ses expressions et ses signaux non verbaux, et elle peut en général comprendre ce qu'il essaie de dire alors que les autres n'y arrivent que très peu. De plus, souvent il ne saisit pas ce que les autres lui disent.

Questions débattues

- Quelles questions poseriez-vous à la personne chargée de l'enfant dans chacun des cas ?
- Que rechercheriez-vous lors de l'examen physique ?
- Pensez-vous qu'il y a une raison de s'inquiéter ? Si oui, quelles pourraient être les prochaines étapes ?
- Quelles informations transmettriez-vous à la personne qui a la charge de l'enfant ?

Réponses modèles

Étude de cas no 1

- Lorsque vous mettez Safi sur votre épaule, essaie-t-elle de soulever la tête ? Lorsqu'elle est sur le dos ou sur le ventre, essaie-t-elle de soulever la tête ? Safi tourne-t-elle la tête lorsqu'elle entend un son ou un mouvement ? Paraît-elle surprise ou effrayée s'il y a un bruit sourd ? Avez-vous remarqué un problème au niveau de ses yeux ? Y a-t-il quelque chose d'autre dont vous vous inquiétez ou que vous ayez remarqué qui semble différent de ce à quoi vous vous attendiez ?
- Évaluer le tonus général et la musculature, la symétrie, la capacité à maintenir la tête et à la tourner. Vérifier la vue et l'audition.
- Comme l'examen clinique est normal et que par ailleurs, elle a moins de trois mois, elle a certainement besoin davantage de temps pour développer ses muscles du cou qui soutiendront sa tête. Il existe une échelle du développement psychomoteur et Safi a un développement normal. Lors de cette consultation, rassurer la personne responsable de l'enfant et mettre l'accent sur l'importance du suivi.
- Réévaluer au bout de 14 semaines.

Étude de cas no 2

- Comme il s'agit d'une consultation initiale, un historique complet doit être demandé, dont les antécédents néonataux et ceux de la famille, et une évaluation de l'alimentation. Les informations doivent être recherchées sur les causes de décès et les problèmes de santé de la mère. Il convient de se concentrer davantage sur l'histoire sociale, étant donné que des éléments indiquent que Lesedi est à la charge de plusieurs personnes, et parce qu'il Lesedi n'a pas bénéficié des consultations médicales de routine. Voir si elle peut fournir une description plus précise des inquiétudes soulevées par la voisine. Que pense-t-elle que la voisine veut dire ?
- Lesedi a besoin d'un examen médical complet, y compris son poids, sa taille, et son périmètre crânien et une évaluation de son développement psychomoteur. Être très attentif à tout signe ou symptôme de VIH. À cet âge, il devrait être capable maintenir sa tête et d'être en mesure de s'asseoir avec appui. Il devrait vocaliser et babiller, tourner la tête vers le son, se concentrer sur des objets et des visages et être capable de suivre les objets mouvants. Il devrait essayer de saisir des objets. Il devrait exprimer des émotions.
- Il est important de déterminer à ce moment précis la cause spécifique du retard, par conséquent, le professionnel de la santé doit établir un diagnostic différentiel qui peut comprendre le VIH, l'insuffisance alimentaire ou le manque de stimulation environnementale. Pour en être fixé, d'abord discuter d'un dépistage du VIH, des apports nutritionnels et de l'environnement de Lesedi pour déterminer les meilleurs moyens d'intervention.
- En fonction des résultats du dépistage et de l'investigation, l'intervention peut comprendre des TAR, une supplémentassions alimentaire, des prescriptions de kinésithérapie et de thérapie fonctionnelle, et une formation de la personne qui dispense les soins, pour augmenter le niveau de stimulation de Lesedi. Insister sur l'importance de consultations médicales régulières ; décrire le but des visites

en termes de suivi, de vaccination, etc. Discuter des barrières à la participation aux consultations de santé (sans reproches à la personne — et discuter des manières de supprimer ces barrières, y compris l'engagement des services sociaux si c'est possible.

Étude de cas no 3

- L'élocution et la capacité de comprendre de Kopano ont-elles déjà paru meilleures qu'aujourd'hui ? Avez-vous remarqué un problème au niveau de l'audition de Kopano ? Si Kopano est occupé à jouer et qu'il ne vous regarde pas, vous répond-il si vous lui parlez avec un ton de voix normal ? Kopano a-t-il un passé d'infection des oreilles ou de traumatisme crânien ? Y a-t-il quelque chose d'autre dont vous vous inquiétez ou que vous ayez remarqué qui semble différent de ce à quoi vous vous attendiez ?
- Un examen général du développement psychomoteur doit être mené, pour déterminer si le problème de Kopano est isolé ou s'il fait partie d'un ensemble de symptômes indiquant un retard du développement psychomoteur. Y a-t-il d'autres signes de retard, par exemple dans les capacités motrices ? Conduire ensuite un examen auditif et visuel de base de Kopano. Mener également un contrôle médical pour s'assurer qu'il n'y a pas de signe d'infection aiguë (du pus derrière le tympan) ou chronique (un tympan perforé et abîmé).
- Il peut y avoir des raisons de s'inquiéter pour Kopano. Les prochaines étapes doivent permettre de savoir si les troubles de Kopano proviennent de problèmes d'audition, ce qui expliquerait ses difficultés d'élocution et de compréhension, ou s'il existe d'autres signes de retard dans le développement ou des anomalies physiques.
- Kopano doit être référé pour des évaluations de l'élocution et de l'audition. Mais si développement général de Kopano a du retard, il convient d'enquêter sur l'insuffisance alimentaire et le VIH. Si c'est disponible et approprié, le patient doit être référé pour une évaluation de son développement.

Thème no 3 : L'alimentation du nourrisson dans le cadre du VIH

- Toutes les mères, et particulièrement celles qui vivent avec le VIH, ont besoin de conseil et de soutien pour des pratiques alimentaires plus sûres afin de prévenir ces problèmes et de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant. Le conseil thérapeutique se fait en continu ; il est important de poursuivre le soutien et le conseil au-delà de la première année de la vie, particulièrement dans les semaines et les mois qui suivent le sevrage de l'enfant à l'allaitement, ou après l'arrêt de l'alimentation de remplacement.
- Le lait maternel est la nourriture idéale pour les bébés et les protège contre de nombreuses maladies, en particulier contre les diarrhées et les maladies respiratoires, et contre les risques de décès liés à ces maladies.
- Le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant par le lait maternel. Mais le

risque de transmission de la mère à l'enfant peut être réduit en s'assurant que :

- Un soutien est fourni aux mères qui allaitent exclusivement dans les six premiers mois de la vie : autrement dit, éviter toute nourriture ou tout liquide autre que le lait maternel
- Les femmes infectées par le VIH qui y sont éligibles sont sous TAR
- Les nourrissons exposés au VIH bénéficient d'une prophylaxie ARV

Les enfants ont besoin de lait, sous quelque forme que ce soit, jusqu'à l'âge de deux ans au moins. Les enfants sevrés avant l'âge de deux ans, y compris ceux exposés au VIH sevrés aux environ de 12 mois, auront besoin de lait animal (du lait de vache, de brebis ou de chèvre) dans le cadre d'un régime fournissant une consommation adéquate en micronutriments (voir la définition d'un régime adéquat dans l'encadré à droite). Le lait non pasteurisé doit être bouilli avant d'être servi à l'enfant ou à l'adulte.

Étude de cas

Étude de cas no 1 :

Aawiya vit avec le VIH et n'est pas éligible au traitement antirétroviral. Elle donne le sein à son nourrisson de six mois qui bénéficie d'une prophylaxie ARV. Elle n'a pas de source régulière en eau potable. De plus, elle n'a pas divulgué son statut sérologique à sa belle-mère qui vit chez elle. Elle vous demande si elle doit arrêter de donner le sein.

Étude de cas no 2 :

Lonah vit avec le VIH et reçoit un traitement antirétroviral. Elle a allaité son petit garçon de 5 mois. Elle signale qu'il a fréquemment des diarrhées, et lorsque vous parlez avec Lonah, vous apprenez que sa belle-mère donne de la bouillie et de l'eau au bébé pendant que Lonah est au travail.

Questions débattues

- Quelles questions poseriez-vous à la personne chargée de l'enfant ?
- Quelles recommandations proposeriez-vous en matière d'alimentation du nourrisson ?
- Quels autres problèmes doivent être abordés lors de cette consultation ?

Réponses modèles

Étude de cas no 1

- Comme il n'y a pas de source d'eau potable régulière, et comme elle n'a pas révélé son statut sérologique aux autres personnes de la maison, l'alimentation de remplacement n'est pas recommandée pour ce cas ; à la place, recommander de poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de 12 mois avec l'introduction dès maintenant de nourriture complémentaire (à l'âge de 6 mois). L'eau doit être bouillie avant d'être destinée à la boisson. La prophylaxie ARV du nourrisson doit être poursuivie tant que le bébé continue à être nourri au sein.

S'assurer de la volonté de la mère à suivre ces recommandations.

- Poser des questions au sujet de l'observance de la prophylaxie ARV et de la prophylaxie CTX. Vérifier les dosages et le respect des prises. Fournir un soutien et un encouragement ; demander le soutien de la communauté si nécessaire. Vérifier le carnet de santé, la vaccination et le programme de supplémentassions en vitamine A ; en administrer si nécessaire. Vérifier la croissance et le développement.
- Discuter avec la mère la possibilité de révéler son statut sérologique à sa belle-mère. Demander si elle l'a partagé avec son partenaire et/ou ses autres amis ou proches.
- Poser des questions au sujet de la santé de la mère et assurez-vous qu'elle est suivi pour son infection à VIH, pour le planning familial ou d'autres services si nécessaire.

Étude de cas no 2

- Le nourrisson semble-t-il malade ou déshydraté ? Le cas échéant, suivre les procédures d'évaluation et de prise en charge d'un enfant atteint de diarrhées.
- Fournir un conseil thérapeutique pour soutenir L'allaitement exclusivement. S'il n'y aucun moyen d'empêcher la belle-mère de donner de l'eau et de la bouilli eau au bébé, conseiller à la mère d'apprendre à sa belle-mère à bouillir l'eau avant de la donner au bébé.
- Discuter avec la mère la possibilité de révéler son statut sérologique à sa belle-mère (si cela n'a pas été déjà fait). Demander si elle l'a partagé à son partenaire et/ou ses autres amis ou proches. Son partenaire est-il informé de son statut sérologique ? Soutient-il son choix d'alimentation du nourrisson ? A-t-elle parlé à sa belle-mère de la recommandation préconisant que le bébé soit uniquement nourri au lait maternel ? Une consultation à domicile serait-elle utile ? Serait-il utile d'amener la belle-mère dans le service pour discuter des problèmes d'alimentation ?
- Évaluer la croissance et le développement. La croissance du bébé est-elle normale ? Y a-t-il des signes de malnutrition ou de défaut de croissance ? Y a-t-il des signes de déshydratation ?
- Évaluer les signes et les symptômes d'infection au VIH. Le dépistage du VIH est-il légitime du fait des symptômes du bébé ?
- Poser des questions au sujet de l'observance des prophylaxies ARV et CTX. Poser des questions au sujet de la croissance et du développement psychomoteur et au sujet de tout autre problème auquel elle ou le bébé serait confronté.

Thème no 4 : Dépistage du VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants

Le diagnostic de l'infection au VIH chez les enfants est un peu différent du diagnostic de l'infection au VIH chez les adultes.

Bien que de nombreuses procédures de dépistage et de conseil du VIH soient les

mêmes chez les enfants et chez les adultes, comme le conseil avant et après le dépistage, les tests sérologiques du VIH, il existe néanmoins de nombreuses différences dans la manière dont ces procédures et ces tests sont utilisés et interprétés.

Les mêmes tests qui sont utilisés pour les adultes peuvent être utilisés pour l'enfant. Mais, le résultat du test sérologique du VIH est interprété de manière différente chez les enfants de moins de 18 mois que chez les enfants de plus de 18 mois et les adultes. L'interprétation des résultats dépend également du fait que l'enfant soit allaité ou pas.

Le dépistage du VIH chez les enfants âgés de moins de 18 mois ou chez ceux qui sont encore allaités fait l'objet de plusieurs étapes. Au contraire, le dépistage et le conseil thérapeutique liés au VIH chez les enfants de moins de 18 mois constituent un processus au long cours qui peut exiger un dépistage multiple de l'enfant. L'infection au VIH ne peut pas être exclue dans le cadre des enfants allaités (à tout âge) car ils continuent d'être exposés à une infection au VIH par le lait maternel, si la mère ou les autres membres de la famille sont infectés par le VIH.

Éléments clés des tests d'anticorps chez les enfants de moins de 18 mois :

- Les anticorps maternels au VIH sont transmis à travers le placenta pendant la grossesse.
- Tous les enfants nés de mère vivant avec le VIH seront testés positifs aux anticorps du VIH dans les premiers mois de la vie.
- Les anticorps maternels peuvent rester détectables dans le sang de l'enfant jusqu'à 18 mois.
- Le test sérologique du VIH peut uniquement indiquer de manière définitive une infection au VIH après l'âge de 18 mois, lorsque les anticorps maternels ne sont plus présents.
- Les bébés infectés par le VIH développeront également leurs propres anticorps, mais le test sérologique ne peut distinguer les anticorps de la mère de ceux du bébé.
- Un test sérologique du VIH positif ne distinguera **PAS** si un enfant de moins de 18 mois est infecté ou non par le VIH. Il montre plutôt que :
  - La mère vit avec le VIH, et que
  - L'enfant est exposé au VIH et est à risque pour l'infection au VIH.
- Si l'enfant n'est pas infecté par le VIH, les anticorps au VIH de la mère s'effaceront pendant les 6 à 18 premiers mois de la vie.
  - La plupart des tests sérologiques du VIH des enfants infectés sont négatifs jusqu'à l'âge de 12 mois.
  - À partir de 18 mois, tous les enfants non infectés seront négatifs au test sérologique du VIH.
- Si l'enfant est infecté par le VIH, les anticorps maternels au VIH s'effaceront pendant les 6 à 18 premiers mois de la vie, mais l'enfant continuera à produire ses propres anticorps au VIH. Si les anticorps au VIH sont présents à partir de 18 mois, cela indique que l'enfant est infecté par le VIH.

- Comme la plupart des enfants non infectés par le VIH perdent les anticorps maternels à partir de l'âge de 12 mois, un indice de suspicion d'infection élevé est légitime pour les enfants qui sont toujours positifs au test des anticorps après l'âge de 12 mois.
- un test sérologique du VIH négatif avant l'âge de 18 mois indique que l'enfant n'est pas infecté par le VIH, à moins que le bébé soit actuellement allaité au sein, ou l'ait été lors des six semaines précédentes.

Puisqu' un test sérologique du VIH ne peut pas diagnostiquer de manière définitive une infection des enfants de moins de 18 mois, le dépistage en laboratoire d'une preuve de la présence du virus ou de molécules du virus est nécessaire pour déterminer le statut sérologique par rapport au VIH. Le test le plus souvent utilisé pour la détection du virus est le test de la PCR . Les échantillons de goutte de sang séché (GSS) peuvent être utilisés pour effectuer des tests PCR .

Si le dépistage de la PCR n'est pas disponible, les enfants de moins de 18 mois exposés au VIH doivent avoir un suivi régulier afin de rechercher les symptômes de l'infection au VIH. Des symptômes légitiment une évaluation plus approfondie pour diagnostiquer une infection au VIH avec des critères cliniques et immunologiques, pour que l'enfant soit traité de manière adéquate.

Un test virologique (PCR) positif d'un enfant de tout âge indique une infection au VIH. Tous les enfants ayant un test virologique positif qui ont moins de 24 mois doivent bénéficier d'un TAR d'urgence, bien que le test doive être refait pour confirmation.

Études de cas

Étude de cas no 1 :

Une mère vient à la clinique avec sa petite fille de huit semaines. Le statut sérologique de la mère par rapport au VIH n'est pas connu et le bébé n'a jamais été dépisté. Le bébé est allaité, et d'après son poids et sa taille, elle semble être en bonne santé.

- Proposez-vous un test HIV pour le bébé ? Pour la mère ? Pourquoi ?
- Si des tests devaient être conduits sur le bébé, quel type de test utiliseriez-vous ?

Le résultat du test de la mère est positif.

- Qu'est-ce que signifie le résultat du test pour l'enfant ?
- Quel type de test est nécessaire pour l'enfant ? A quel âge doit-il être effectué?
- Que devez-vous faire d'autre pour cet enfant lors de cette consultation ?

Étude de cas no 2 :

Une mère vient à la clinique, car son fils de six mois est très malade. Il est admis à l'hôpital. La mère accepte de participer à une séance de groupe préalable au test pour les personnes chargées des enfants admis. La mère n'a jamais allaité le bébé .

- Proposez-vous un test HIV pour l'enfant ?

- En utilisant l'algorithme de dépistage du VIH, quel test utiliseriez-vous si l'enfant fait l'objet du dépistage ?

Le résultat du test de l'enfant est positif

- Que signifie le résultat du test ?
- L'enfant a-t-il besoin d'un autre test dépistage du VIH ? Si oui, quel test ? Quand ?

Étude de cas no 3 :

Une grand-mère s'occupe de son petit-fils de deux ans qui a été admis à l'hôpital pour malnutrition, diarrhée et une hyperthermie. La grand-mère vous apprend que la mère du bébé est décédée l'année précédente. Elle ne sait pas si la mère avait fait un test VIH.

- Proposez-vous un test HIV pour l'enfant ?
- En utilisant l'algorithme de dépistage du VIH, quel test utiliseriez-vous ?

Le résultat du test est positif

- Que signifie le résultat du test ?
- L'enfant a-t-il besoin d'un autre test de dépistage du VIH ? Si oui, lequel ? A quel âge ?

Réponses modèles

Dans les 3 études de cas, conduire une séance de conseil thérapeutique avant et après le test pour s'assurer du consentement éclairé de la mère, avant de passer au test de dépistage. Fournir aux enfants les soins classiques (vaccinations, vitamine A, contrôle de la croissance, etc.). Les enfants exposés au VIH doivent bénéficier d'une prophylaxie CTX selon les directives nationales, et un plan de détermination du statut sérologique doit être effectué. Dans cette étude de cas, il est trop tard pour faire bénéficier l'enfant d'une prophylaxie ARV. Si la mère est infectée par le VIH, elle doit être associée aux soins et évaluée en vue d'une éligibilité au TAR.

Étude de cas no 1 :

- Il serait idéal que, le dépistage du VIH soit plutôt proposé à la mère et au nourrisson au moment de la consultation. Si la mère ne consent pas au dépistage du VIH pour elle-même, mais qu'elle permet que le bébé soit dépisté, le test adéquat à effectuer serait un test de sérologie du VIH.
- Un test sérologique du VIH positif dans ce cas indiquerait que l'enfant est exposé au VIH (dont la mère est infectée par le VIH) ; le bébé aura besoin d'un test de la PCR pour déterminer si elle est infectée. Un test négatif indique que l'enfant n'est pas exposé au VIH, car elle est trop jeune pour avoir perdu tous les anticorps maternels. Si la mère contracte le VIH alors qu'elle allaite, l'enfant sera à son tour à risque en matière de transmission du VIH par allaitement.

Étude de cas no 2 :

- Il serait idéal que, le dépistage du VIH soit d'abord proposé à la mère et au nourrisson. Si la mère ne consent pas au dépistage du VIH pour elle-même, et qu'elle permet que le bébé soit dépisté, le test adéquat à effectuer serait un test sérologique au VIH.
- Un test sérologique du VIH positif indiquerait que l'enfant est exposé au VIH (dont la mère est infectée par le VIH). Si le test de la mère est positif, le nourrisson est vraisemblablement exposé, à moins que la mère ait été infectée dans les 6 mois précédents (depuis la naissance du bébé). Dans les deux cas, le bébé doit faire l'objet d'un test PCR pour déterminer son statut virologique.
- Si le dépistage virologique n'est pas disponible et que l'enfant est exposé au VIH et malade, alors les critères cliniques de l'infection au VIH doivent être pris en compte et le nourrisson doit faire l'objet d'un test de dépistage s du VIH à l'âge de 18 mois.

Étude de cas no 3

- Un test sérologique du VIH est recommandé pour cet enfant. La mère peut être décédée de complications dues au VIH ou d'autre chose. Si la mère était infectée au VIH, alors on suspecterait une infection au VIH chez l'enfant, au vu de ses symptômes. Comme l'enfant a 2 ans, un test sérologie du VIH positif indique que l'enfant est infecté par le VIH. Un dépistage de confirmation doit être fait , mais l'enfant doit être immédiatement évalué pour voir s'il est éligible au TAR et doit commencer une prophylaxie CTX. Un test de sérologie négatif indiquerait que l'enfant n'est pas infecté.

Thème no 5 : Conseils thérapeutiques pour le dépistage pédiatrique du VIH

L'objectif en matière de conseil thérapeutique et de dépistage du VIH est d'identifier les enfants exposés et infectés au VIH le plus tôt possible pour pouvoir évaluer leur prise en charge dans le traitement et dans les soins d'urgence. Sans prise en charge précoce du VIH, y compris par la thérapie antirétrovirale (TAR), 30 % des enfants infectés par le VIH décéderont avant leur 1er anniversaire, et 50 % avant leur 2e anniversaire. Un accès précoce aux soins et traitements du VIH peut retarder la progression de la maladie, améliorer la santé et empêcher le décès de l'enfant.

- Il est important de fournir des informations avant le dépistage de manière claire et séquentielle, en étant le plus compréhensible possible pour ceux qui sont chargés des enfants.
- Toujours garder du temps pour les questions.
- Le dépistage du VIH permet aux enfants infectés ou exposés au VIH de recevoir un traitement qui peut leur sauver la vie.

Tout en insistant sur l'importance du dépistage dans le cadre des soins à l'enfant, s'assurer que le dispensateur des soins comprend qu'il a le droit de refuser le test. Si le dépistage est refusé, l'enfant continuera à recevoir les soins. Cependant, un VIH non diagnostiqué et non traité peut mettre en danger la santé et l'avenir de l'enfant.

Le conseil thérapeutique après dépistage comprend toujours :

- L'annonce des résultats, la discussion et l'explication du sens de ces résultats.
- L'attention sur la capacité du dispensateur des soins d'exécuter le processus et de faire face grâce aux informations fournies
- Évaluation des sources de soutien au dispensateur des soins, identification des sources éventuelles d'aide sociale, fourniture du soutien et renvoi vers d'autres services
- Prise en compte des prophylaxies CTX (en fonction du statut, de l'âge de l'enfant, et d'autres facteurs)
- Conseil sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE) le cas échéant
- La discussion de suivi après dépistage, qui peut varier en fonction des résultats du test, de l'âge de l'enfant, des besoins de conseils en alimentation du nourrisson, et des besoins spécifiques de l'enfant et de la famille. Si d'autres personnes s'occupent de cet enfant, discuter de leurs besoins de conseil thérapeutique, et demander qui sera responsable d'amener l'enfant aux consultations.
- Discussion sur les besoins de soins et de traitement de la mère et des autres membres de la famille.

Études de cas

- Utiliser les études de cas décrites dans le « Thème no 4 ». Demander cette fois aux apprenants d'effectuer un conseil thérapeutique avant et après dépistage, en fonction du temps qui reste. Travailler par paire avec une personne (un apprenant) étant le conseiller et une autre le dispensateur des soins (la personne chargée de l'enfant). Des fiches aide-mémoire au sujet des séances de conseil avant et après dépistage peuvent être consultées dans la *Procédure opérationnelle courante des soins axés sur la famille des enfants exposés et infectés au VIH.*

Questions débattues

- Comment vous êtes-vous senti lors de ce conseil thérapeutique ?
- Cela a-t-il été difficile d'annoncer les résultats positifs ?
- Était-ce difficile de se souvenir de toutes les étapes du conseil thérapeutique ?
- Quelles compétences en conseil thérapeutique avez-vous utilisées ?
- Comment répondriez-vous si le dispensateur des soins refusait le test pour lui-même et/ou pour l'enfant ?

Réponses modèles

Les dispensateurs des soins ont le droit de refuser le dépistage du VIH pour eux ou pour leur enfant. Bien que le dépistage du VIH soit fortement recommandé, la décision du dispensateur des soins doit être respectée. Si le test VIH est refusé, le conseiller doit fournir un conseil individuel supplémentaire pour :

- Explorer plus avant les inquiétudes au sujet du dépistage
- Clarifier l'importance de la connaissance du statut de l'enfant pour lui procurer les meilleurs soins de santé
- Encourager le dispensateur des soins à repenser au dépistage. Si le dépistage du VIH est encore rejeté :
- Faire savoir au dispensateur de soins que votre porte reste ouverte, et qu'il ou elle peut décider de dépister l'enfant à n'importe quel moment.
- Si vous en avez à votre disposition, remettre au dispensateur des soins une brochure à emporter.
- Organiser un conseil thérapeutique avant dépistage plus poussé lors de la visite suivante.

Cette décision de ne pas passer le test doit être consignée sur la « Feuille de route pour la santé » et dans le dossier médical afin que les professionnels de la santé puissent assurer un suivi lors des visites médicales subséquentes.

Thème no 6 : Soins courants de l'enfant infecté au VIH

L'infection au VIH est une maladie chronique avec diverses manifestations cliniques et des défis psychologiques. Les soins courants des enfants infectés par le VIH requièrent une approche multidisciplinaire de la part de divers professionnels des soins de santé. Le principal dispensateur des soins en matière de VIH, tout en assurant la préservation de la santé et en prévenant la maladie, doit avoir un rôle de coordonnateur des services essentiels pour la prise en charge de l'enfant dans le contexte familial. Comme les enfants vivent et grandissent au sein d'une famille (c'est-à-dire qu'ils ne vivent pas seuls), la santé et le bien-être de la famille ont un impact direct sur l'enfant. Une famille en bonne santé favorise la croissance et le développement d'un enfant en bonne santé.

La maintenance des soins de santé courants — dont l'évaluation de la croissance ; la nutrition ; le développement et la santé mentale ; les vaccinations ; l'évaluation et la prise en charge des maladies intercurrentes ; les conseils préventifs en matière de blessure et de maladie ; le renvoi des patients vers des soins dentaires ; et les dépistages auditifs et visuels — doit être fournie aux enfants.

En plus des soins courants que tous les enfants doivent recevoir pour la préservation de leur santé, la prise en charge des nourrissons et des enfants atteints du VIH requièrent des consultations, des évaluations et des traitements supplémentaires. Le VIH est une maladie chronique qui exige une surveillance régulière et attentive. Le traitement du VIH est un engagement à long terme ; les familles affectées par le VIH ont besoin d'un conseil thérapeutique continu, de soutien et d'un transfert des patients vers les services de santé et les services sociaux correspondants, pour répondre à des besoins changeants.

Études de cas

Étude de cas no 1 :

Joshua était diagnostiqué avec une infection au VIH depuis huit mois, alors qu'il avait deux ans et demi, lorsqu'il était admis à l'hôpital pour une tuberculose et une malnutrition. Il est à l'hôpital depuis huit semaines. Il fait d'abord l'objet d'une

trithérapie contre la TB et a bénéficié d'une supplémentassions alimentaire et d'un régime hypercalorique. Deux semaines avant sa sortie de l'hôpital, il commence un TAR avec de l'AZT, de la lamivudine (3TC) et de la NVP. Il a terminé son traitement contre la TB il y a un mois. Aujourd'hui, sa mère signale qu'il va bien, mais elle a peur qu'il ne rattrape jamais son retard de croissance. Elle affirme qu'il est plus petit que les autres enfants de son âge.

Étude de cas no 2 :

Tiro est une enfant de 8 mois qui vient d'être diagnostiquée d'une infection au VIH. Sa mère était séronégative pendant la grossesse, on suppose donc qu'elle a été infectée pendant la période post-partum. C'est la première consultation de Tiro dans le service. Elle est allaitée et reçoit des suppléments alimentaires. Elle a tout de suite démarré sa prophylaxie au CTX, mais n'a pas de TAR. Sa croissance ralentit, mais elle n'a pas d'autres symptômes du VIH.

Étude de cas no 3

Georges a 6 ans et est sous TAR depuis un an. Il a subi un test VIH à l'âge de 5 ans, car sa mère est tombée malade et est décédée du SIDA. Sa sœur de 8 ans et son frère de 10 ans ne sont pas infectés au VIH. C'est la grand-mère maternelle qui s'occupe des enfants. Leur père est à l'hôpital et est très malade. Georges dit qu'il se sent bien et va à l'école tous les jours. La grand-mère dit également que Georges est en bonne santé, mais qu'elle est épuisée et qu'elle ne sait pas comment elle va pouvoir continuer de s'occuper des enfants. Depuis que le père est tombé malade, le foyer n'a que peu de revenus.

Questions débattues

- Que ferez-vous lors de la consultation ?
  - De quelle manière évaluerez-vous la santé de l'enfant ?
  - Quelles recherches doivent être effectuées (par ex. : des tests sanguins, des radios) ?
  - Doit-on prendre en compte des interventions spécifiques ?
- Quels problèmes d'ordre psychologique doivent être pris en compte à ce jour ?
- Quel conseil thérapeutique fourniriez-vous ?
- Devrait-on envisager des recommandations de soutien ou de soins supplémentaires ?

Réponses modèles

Dans tous les cas :

- Conduire des recherches physiques et sur le passé médical du patient (historique et physique lors de la première consultation, et historique et physique centrées sur les symptômes pour les consultations de suivi).
- Déterminer la classification immunologique et clinique de l'OMS
- Examiner l'éligibilité aux TAR (si la personne n'est pas sous traitement).
- Évaluer l'observance des traitements

- Évaluer la croissance et le développement lors de chaque consultation
- Proposer des soins courants, dont les vaccinations et la vitamine A.
- Évaluer l'exposition à la TB et les signes et les symptômes de la TB.
- Évaluer la prophylaxie à la CTX.
- Mener une évaluation psychologique familiale.
- Évaluer si les autres membres de la famille sont redirigés vers des soins ou des traitements.
- Fournir un conseil thérapeutique et un soutien, particulièrement dans les domaines de l'observance des traitements, du suivi, de l'annonce et de la nutrition.
- Discuter avec le dispensateur des soins de tous les résultats (et avec l'enfant le cas échéant) et organiser un plan d'action.

Étude de cas no 1 :

- Faire particulièrement attention à l'adaptation au TAR, aux effets secondaires, à l'observance et à la compréhension du traitement de Joshua. Surveiller le calendrier et le dosage du traitement ; vérifier le dosage par rapport à la croissance.
- Évaluer la croissance. Si la croissance ne pose pas de problème, rassurer la personne qui s'occupe de l'enfant. Si la croissance est toujours lente, mener une évaluation approfondie et fournir un conseil thérapeutique nutritionnel.
- Vérifier si Joshua a toujours besoin d'une prophylaxie par l'INH. Examiner la CTX.
- Mener un examen physique complet et une évaluation des soins et traitements maternels. La famille a eu beaucoup de problèmes et le diagnostic est relativement récent. Prendre en compte les soutiens de la communauté médicale, dont l'appui des pairs et le conseil thérapeutique.

Étude de cas no 2 :

- Il s'agit de la première consultation de Tiro, il convient donc de mener un interrogatoire et un examen physique complet.
- Effectuer une évaluation nutritionnelle complète, avec une attention particulière à la qualité et à la quantité du régime. Dans la mesure du possible, la première étape est le traitement de l'infection à VIH (à moins qu'il y ait des signes ou des symptômes de maladie grave ou une infection opportuniste).
- Préparer la famille au démarrage du traitement antirétroviral de Tiro. Il serait idéale que Tiro commence le TAR immédiatement, mais il convient de s'assurer qu'il y a eu un conseil thérapeutique approprié et que des consultations à domicile ou qu'un suivi rapide peut être fait.
- Les soins maternels sont de la plus haute importance : la santé de l'enfant dépend de la mère. S'assurer que la mère reçoit des soins et qu'elle bénéficie d'une évaluation, et fournir ou prescrire un soutien psychologique et un conseil thérapeutique.

Étude de cas no 3 :

- Le problème le plus important lors de la consultation est de tenir compte des problèmes psychologiques de la famille et de fournir autant de soutien que possible à la grand-mère et aux enfants. Des aides sociales sont-elles disponibles ? Des programmes d'aide alimentaire ? Un soutien pratique ? Un soutien de la part des organismes sociaux ?
- Évaluer également la prise de conscience de l'enfant de son diagnostic et de son traitement ; discuter des premières étapes pour l'annonce du résultat si l'enfant n' a pas de connaissances sur le VIH. L'annonce du résultat aux frères et sœurs est également importante.
- Prendre en compte l'impact de la perte de leur mère et de la perte imminente probable de leur père sur les enfants. Existe-t-il des soutiens collectifs ou des conseillers susceptibles d'aider les enfants ?

Thème no 7 : Lancer le TAR

À l'heure actuelle, les associations de traitements ARV hautement efficaces comprenant au moins trois médicaments sont recommandées pour le traitement du VIH chez les nourrissons, les enfants, les adolescents et les adultes éligibles à de tels traitements. Les recherches en cours démontrent qu'une mise en œuvre précoce de la thérapie ARV (TAR) chez les nourrissons et les enfants réduit dramatiquement la mortalité et la progression de la maladie.[8] Sans traitement efficace, on estime qu'un tiers des nourrissons infectés décéderont avant leur premier anniversaire, et qu'environ la moitié décéderont avant l'âge de deux ans.[9],[10]

Bien que l'utilisation des TAR chez les enfants infectés au VIH soit associée à une augmentation de la survie, cette survie a pour conséquence des défis nouveaux pour choisir des nouveaux traitements ARV successifs. De plus, la thérapie est parfois associée à des toxicités à plus ou moins long terme. Un virus résistant aux antirétroviraux peut se développer chez les enfants qui bénéficient de traitements contenant un ou deux médicaments et ne pas supprimer complètement la réplication virale. Par ailleurs, la résistance au médicament peut être observée chez les enfants neufs en matière d'ARV qui ont été infectés par le VIH en dépit d'une prophylaxie ARV de la mère/de l'enfant.

Pour aider à la prise de décision en ce qui concerne les critères d'éligibilité à un TAR ; le choix de l'ARV d'un traitement de première et de deuxième intention ; le contrôle et la prise en charge des patients sous TAR ; la gestion de la toxicité du TAR ; et la gestion de l'échec du TAR, des directives internationales ont été développées pour renforcer les données cliniques et opérationnelles disponibles, et aider les prestataires de santé dans le domaine de la prise de décisions informées.

Selon des directives actuelles la TAR est démarrée chez tous les enfants de moins de 24 mois, et chez les enfants de plus de deux ans qui correspondent aux critères de classification immunologique et clinique CDC/OMS. Il est essentiel de classer les enfants infectés au VIH, car cette classification :

- Clarifie le diagnostic des patients individuels.
- Peut étayer le diagnostic clinique de l'infection au VIH lorsque le dépistage en laboratoire n'est pas disponible.

- Avoir des conséquences sur le type de traitement, y compris des indications pour démarrer et/ou modifier un TAR.

Lors de chaque consultation de soins de santé, les enfants atteints du VIH doivent bénéficier de la classification clinique de l'OMS. Si l'enfant n'est pas alors sous TAR, son éligibilité doit être évaluée lors de chaque visite. Si l'enfant bénéficie déjà d'une TAR, l'efficacité du traitement doit être évaluée. Les nouveaux incidents cliniques peuvent avoir un impact sur la classification.

L'étude de cas

Étude de cas no 1 :

Marieme a 12 mois et une infection au VIH vient de lui être diagnostiquée d'après les résultats d'un dépistage sérologique. Le dépistage du virus était négatif lorsqu'elle avait six mois. Le dépistage a été effectué une nouvelle fois il y a un mois, car Marieme présentait des symptômes (retard de croissance et de développement). Marieme a fait l'objet d'une prophylaxie ARV pendant six semaines ; sa mère est sous TAR.

Étude de cas no 2 :

David a 3 ans et n'est pas sous TAR. Sa dernière visite remonte à trois mois. Il a été classé au stade 2 selon l'OMS L'OMS et avait des CD4 à 29 %. Sa grand-mère signale aujourd'hui que David est hospitalisé depuis plus d'un mois pour une pneumonie grave et une candidose buccale.

Étude de cas no 2 :

Sandi a 8 semaines. Le dépistage virologique mené il y a 3 semaines était positif et Sandi a été mise TARV. Elle a démarré du CTX il y a 3 semaines. Elle n'a pas fait l'objet des prophylaxies ARV, car elle est née à domicile et n'a pas été vue jusqu'à l'âge de 5 semaines. Elle est allaitée. Sa mère n'est pas sous TAR et ne s'est pas rendue à la clinique pour des soins en matière de VIH depuis plusieurs mois.

Questions débattues

- Quelles questions poserez-vous à la personne chargée de l'enfant aujourd'hui ?
- De quelle manière évaluerez-vous l'enfant ?
- Quelles sont les prochaines étapes des soins à l'enfant ?

Réponses suggérées

Étude de cas no 1 :

- Évaluer les connaissances et la compréhension du VIH de celui qui dispense les soins et sa volonté de mettre en œuvre le traitement. Mener un historique complet, comprenant le passé familial et social, et un examen des symptômes. Insister particulièrement sur les autres symptômes qui pourraient indiquer une maladie grave ou une maladie opportuniste. Explorer les problèmes liés à un manque de croissance ou un retard psychomoteur. Poser des questions sur le traitement de la mère, vérifier l'observance du traitement. Poser des questions au sujet de l'exposition à la TB.
- Un examen physique complet est préconisé, y compris l'évaluation de la

croissance et du développement. Si un dépistage de base en laboratoire n'a pas été mené, des échantillons doivent être prélevés lors de cette consultation. Un échantillon de GSS doit être prélevé pour confirmer les tests virologiques si aucun n'a encore été envoyé. Évaluer la classification clinique de l'OMS et l'étape immunologique (si un test des CD4 est disponible).

- Discuter des résultats avec le dispensateur des soins et formuler un plan d'action. Marieme doit commencer en urgence un TAR. Un conseil thérapeutique intensif et une évaluation de l'état de préparation doivent être effectués ; dans l'idéal, la famille doit être mise en relation avec les services sociaux et/ou aux soins à domicile, afin de fournir un soutien et un conseil en continu, dès le début du traitement. Marieme devrait démarrer une trithérapie ; du fait du traitement médicamenteux de la mère, de l'âge de l'enfant et des directives actuelles.

Étude de cas no 2 :

- Rechercher les antécédents qui ont eu lieu dans l'intervalle. Obtenir si possible les dossiers de l'hôpital pour établir précisément les diagnostics et les traitements. Demander si le traitement antirétroviral a été envisagé pendant que l'enfant était à l'hôpital. Évaluer les connaissances et la compréhension du VIH de celui qui dispense les soins et sa volonté de mettre en œuvre le traitement pour David. Mener un examen complet des symptômes et discuter des prescriptions et des dosages actuels. Poser des questions sur l'observance du traitement qui a été prescrit.
- Mener un examen physique complet, afin d'évaluer précisément le statut de base d'un enfant qui est désormais éligible au TAR. Obtenir comme nécessaire des tests de base en laboratoire, y compris le taux des CD4 et la charge virale (le cas échéant).
- Discuter des résultats avec le dispensateur des soins et formuler un plan d'action. Commencer à préparer la famille à un TAR, en utilisant une approche progressive appropriée aux besoins spécifiques de la famille et à leur compréhension du VIH et de son traitement. Bien que l'enfant ait besoin d'un TAR, la famille doit être pleinement préparée avant de commencer la thérapie : idéalement, pendant au moins 2 ou 3 visites. Envisager le conseil thérapeutique dans la communauté ou à domicile si la famille éprouve des difficultés à retourner fréquemment à la clinique.

Étude de cas no 3

- Évaluer les connaissances et la compréhension du VIH de celui qui dispense les soins et sa volonté de mettre en œuvre le traitement. Analyser le manque de soins prénataux et postnataux sans juger la mère. Mener un interrogatoire complet des antécédents, comprenant le passé familial et social, et un examen des symptômes. Insister particulièrement sur les symptômes qui pourraient indiquer une maladie grave ou une maladie opportuniste. Analyser les sentiments de la mère au sujet de l'obtention du traitement pour sa propre maladie. Poser des questions au sujet de l'exposition à la TB au domicile.
- Un examen physique complet est préconisé, y compris l'évaluation de la croissance et du développement. Si un dépistage de base en laboratoire n'a pas

été mené, des échantillons doivent être prélevés lors de cette consultation. Un échantillon de GSS doit être prélevé pour confirmer les tests virologiques si aucun n'a déjà été envoyé. Évaluer l'étape clinique de l'OMS et l'étape immunologique (si un test des CD4 est disponible). Une évaluation psychologique de la famille doit être effectuée.

- Discuter des résultats avec le dispensateur des soins et formuler un plan d'action. L'enfant doit entamer dans l'urgence un TAR, mais il y a de graves problèmes à régler pour assurer que la famille peut et souhaite assumer la responsabilité des soins et du traitement de l'enfant. Un conseil thérapeutique intensif doit être relié aux services sociaux et à des soins à domicile pour fournir un soutien et un conseil en continu. La famille doit être mise en relation avec les services et les soins à domicile, afin de fournir un soutien et un conseil en continu. Il est essentiel de soutenir la mère et de l'inciter à obtenir des soins pour sa propre santé.

Plusieurs études de cas sont disponibles à la section 6 : Études de cas en matière de croissance et de nutrition.

Outil 3-G : Suggestions de l'OMS pour les études de cas en groupe dans le service

Comment organiser une réunion de l'équipe clinique (étude de cas en groupe dans le service)

Le but des réunions de l'équipe clinique est de communiquer, de partager efficacement les renseignements sur les patients et les programmes de soin, et de partager les responsabilités de tous les aspects des soins et des résultats.

- Choisir un jour de la semaine et un moment précis, et ne pas le modifier pour que la réunion d'équipe devienne un rendez-vous régulier pour l'équipe clinique de l'établissement de santé.
- Désigner un responsable de la réunion de l'équipe clinique qui devra préparer la liste des patients et l'ordre du jour de la semaine. En général, cela ne doit pas être le cadre médical.
- Discuter uniquement chaque semaine d'un sous-ensemble de patients.
- Développer au sein de l'équipe un moyen cohérent de fournir seulement les informations essentielles concernant chaque patient.

Lors de la préparation d'une réunion de l'équipe médicale :

- Faire participer les bonnes personnes
- S'assurer que les membres de l'équipe sont préparés ou ont bénéficié d'assez de temps de préparation.
- S'assurer que le lieu de la réunion est approprié et confortable.
- Ne pas surcharger l'ordre du jour. Les réunions d'équipe ne doivent pas dépasser une heure. Si les cas sont trop nombreux, reporter certains d'entre eux à la semaine suivante. S'il y a souvent trop de cas par semaine, programmer deux réunions d'équipe par semaine.
- Favoriser les compétences des membres de l'équipe en communication et en résolution des problèmes.
- Rappeler à l'équipe clinique que, au début, tout un chacun devra apprendre comment aborder les réunions. Les choses iront plus vite après quelques réunions.

Il existe quelques autres conseils pour faire des réunions efficaces :

- Discuter uniquement chaque semaine de quelques patients.
- Commencer et finir à l'heure.
- Déterminer de quelle manière les membres de l'équipe seraient susceptibles de parler ouvertement.

Participation et respect de l'autre

Chaque membre de l'équipe doit avoir une occasion de participer. L'atmosphère de la réunion doit encourager une participation active de chacun, quelque soit la place dans la hiérarchie. Tout le monde a la possibilité de contribuer à la réussite de la réunion.
Dans toute sorte de groupes, il est important que les individus se respectent les uns les autres, et respectent les points de vue de chacun. Le respect s'efface souvent lorsque les personnes ne s'écoutent plus entre elles.

Qui fait quoi ?

Responsable de l'équipe clinique/encadreur

- Prépare un ordre du jour raisonnable (voir l'exemple ci-dessous)
- S'assure que la réunion n'aborde pas trop de cas
- S'assure que les membres de l'équipe aient préparé la réunion, avec les informations pertinentes aux cas abordés
- Photocopie si possible les documents pour les membres de l'équipe

Cadres cliniques et infirmières

- Décident quels sont les cas les plus urgents à traiter
- Examinent les dossiers des patients qu'il faut aborder
- Préparent un résumé contenant uniquement les informations pertinentes permettant à l'équipe de décider de la légitimité d'une éligibilité au traitement antirétroviral, et de savoir si le patient est prêt à commencer
- Expliquent les cas au reste de l'équipe
- Utilisent cette opportunité pour clarifier les doutes et les questions cliniques avec le reste de l'équipe, mais préparer une liste très concise et très précise

Autre personnel clinique

- Consulte les cadres cliniques et les infirmières au sujet des cas à aborder
- Prépare un récapitulatif contenant uniquement les informations pertinentes par rapport au débat
- Explique les cas au reste de l'équipe
- Utilise cette opportunité pour répondre aux questions avec le reste de l'équipe, mais préparer une liste très concise et très précise

Responsable clinique/superviseur/encadreur

- Demande uniquement les informations pertinentes au sujet du cas en question
- Examine si nécessaire les dossiers des patients
- Explique l'antécédent clinique de la décision éventuelle
- Implique chaque membre de l'équipe
- Répond patiemment à chacune des questions des membres de l'équipe
- Garde du temps à la fin de la réunion pour des questions supplémentaires ou des doutes exprimés par le reste de l'équipe (en particulier si le responsable médical n'est pas présent dans l'établissement)

Exemple d'ordre du jour

	Cas	Infirmière ou responsable clinique rendant compte	Aide au compte rendu de la thérapie antirétrovirale	Décision de l'équipe (à remplir pendant la réunion)	Commentaires
16 h – 16 h 10	Marie Olukoto	Eustace	Jomo		
16 h 10 – 16 h 20	Lydia Sureti	Marie	Adimu		
16 h 20 – 16 h 30	Olivier Turi	Wangari	Adimu		
16 h 30 – 16 h 40	Mike Tituri	Jean	Adimu		
16 h 40 – 16 h 50	Anne Smith	Marie	Jomo		
16 h 50 – 17 h 10	Discussion et clarification des problèmes cliniques				
16 h 50 – 17 h 10 antirétrovirale	Discussion et clarification des problèmes issus des aides à la thérapie				
17 h 30	Fin de la réunion				

Adapté de « Annex 11: Suggestions for Clinical Case Conference », *WHO recommendations for clinical mentoring to support scale-up of HIV care, antiretroviral therapy and prevention in resource-constrained settings*. Organisation mondiale de la santé. 2006

Références et ressources

Bitarakwate, Edward. « Training and Clinical Mentorship to Support the Scale-Up of pediatric HIV Care: Lessons Learned from Uganda ». *From the Ground Up: Laying a Strong Foundation*. EGPAF, 2009.

Intrahealth. *Learning for Performance*. 2001.
I-TECH *Clinical Mentoring Toolkit*, 2008.
http://www.go2itech.org/HTML/CM08/index.html

Langlois, John, et Sarah Thach. Styles d'enseignement et d'apprentissages. Family Medicine May 2001. p. 344. Disponible sur : http://www.stfm.org/fmhub

Neher, J.O., Gordon, K.C., Meyer, B., and Stevens, N. « A five-step "microskills" model of clinical teaching. » *Journal of the American Board of Family Practice*, 5, 419-424. 1992.

Southern New Hampshire AHEC and Dartmouth-Hitchcock Medical Center. *Teaching Styles/Learning Styles*, educational monograph, Faculty development program. [S.D.] consulté via : UMDNJ Center for Teaching Excellence. www.cte.umdnj.edu/clinical_education/clined_role-styles.cfm

Université de Virginie. *Family Medicine Preceptor Development Program*. Module 3. Interacting with Your Medical Student. http://www.med-ed.virginia.edu/courses/fm/precept/

Université de Virginie. *Family Medicine Preceptor Development Program*. Module 2 : Teaching and Learning Styles http://www.med-ed.virginia.edu/courses/fm/precept/module2/m2p3.htm

Organisation mondiale de la santé. *WHO recommendations for clinical mentoring to support scale-up of HIV care, antiretroviral therapy and prevention in resource-constrained settings*. 2006.
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/clinicalmentoring.pdf

---

1 Clark, D.R. (2008), *Visual, Auditory, and Kinesthetic Learning Styles (VAK).* Récupéré au 5 mai 2011 sur http://www.nwlink.com/~donclark/hrd/styles/vakt.html

2 Organisation mondiale de la santé. 2008 : *Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant — Formation* disponible à : http://www.womenchildrenhiv.org/pdf/p16-gtp/gtp-01-fr/Intro_MP.pdf

3 Adapté du ministère de la Santé et de l'assistance sociale de Tanzanie. *A Manual for Comprehensive Supportive Supervision and Mentoring on HIV and AIDS Health Services,* 2010. p. 20 **et**
Allison Morton-Cooper et Anne Palmer, *Mentoring, preceptorship and clinical supervisions: a guide to professional support roles in clinical practice*, 2e édition. Blackwell Publishing Ltd. Oxford. 2000. p. 59

4 Source : Reilly B. « Viewpoint : Inconvenient truths about effective clinical teaching. » *Lancet*. 2007. 370 ; 705-711. (Dans *I-TECH CMT Session 5 Clinical Skills*, 2008)

5 Université de Californie à Irvine, *Bringing Education and Service Together (BEST) Curriculum.* Disponible sur http://residentteachers.usc.edu/Content

[6] Swinny, B. « Assessing and Developing Critical-Thinking Skills in the Intensive Care Unit. » *Critical Care Nursing Quarterly*. Vol. 33, No. 1, p. 2-9, 2010

[7] Whitman et Schwenk, 1984

[8] Violari, A., et al. *Antiretroviral therapy initiated before 12 weeks of age reduces early mortality in young HIV infected infants : Evidence from the children with HIV early ART (CHER) study.* In 4e conférence de l'IAS sur la parthogenèse, le traitement et la prévention du VIH. 2007. Sydney, Australie.

[9] Brahmbhatt, H., et al., *Mortality in HIV infected and uninfected children of HIV infected and uninfected mothers in rural Uganda*. J Acquir Immune Defic Syndr, 2006. 41(4): p. 504-508.

[10] Newell, M.L., et. al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV infected mothers in Africa: A pooled analysis. *Lancet*, 2004. 364 (9441): p. 1236-1243.