

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé en matière de VIH/sida à Tamatave (Madagascar).

V. Hentgen (1), S. Jaureguiberry (2), A. Ramiliarisoa (3), V. Andrianantoandro (4), M. Belec (3)

(1) Département de médecine de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Sud, CHRU de Rennes, 16, bd de Bulgarie, BP 90347, 35203 Rennes Cedex 2, France.

Tél : 33 (0)2 99 26 67 14, fax : 33 (0)2 99 26 71 95. E-mail : hentgen.jaureguiberry@wanadoo.fr

(2) Clinique des maladies infectieuses, Hôpital de Pontchaillou, CHRU de Rennes, Rue Henri le Guilloux, 35033 Rennes Cedex, France.

(3) Direction inter-régionale du développement sanitaire, Coopération franco-malgache, Projet d'appui aux districts sanitaires de la province de Tamatave (PADS), Hôpital Kely, BP 32, Tamatave 501, Madagascar.

(4) Direction inter-régionale du développement sanitaire, Programme national de lutte contre le sida (PNLS), Hôpital Kely, BP 32, Tamatave 501, Madagascar.

Manuscrit n°2236. "Santé Publique". Reçu le 3 octobre 2000. Accepté le 9 avril 2002.

Summary: Knowledge, Attitude and Practice of health care workers with regard to HIV-AIDS in Tamatave (Madagascar).

Background: Health care workers are key players in the prevention and management of HIV-infection. We surveyed HIV/AIDS-related knowledge, attitudes and practices of health care workers in Tamatave (Madagascar), to assess the feasibility of voluntary counselling and testing for HIV infection in antenatal care.

Materials and method: A Knowledge Attitude and Practice study was conducted during July 2000 in the antenatal health care centres and the hospital of Tamatave. The health workers completed a self-administered questionnaire on HIV transmission, attitudes and practices regarding AIDS testing and counselling, HIV risk perception and attitudes regarding patients with HIV disease.

Results: A 90% response rate was obtained, with completed questionnaires from 45 health care workers. The sample included physicians, midwives, nurses, medical students and nursing auxiliaries. Scientific knowledge about transmissibility of HIV infection was poor: transmission was believed possible by living together without having sex (7%), by breastfeeding a HIV-positive child (9%), by using toilets after a HIV-positive patient (13%) and by blood donation (76%). 73% of the health staff believed a child born of an HIV-positive woman would systematically be infected and interventions to reduce this risk were unknown. Sixty one per cent of the health-workers reported never having advised patients to be tested and less than 10% mentioned correct counselling precautions. Seventy nine per cent believed that they were at risk of acquiring AIDS, mainly through occupational exposure. Negative attitudes towards HIV-positive patients were also noted: twenty per cent of the health workers mentioned that AIDS patients should be isolated in quarantine. Physicians and paramedical staff differed only in their better knowledge about transmissibility of HIV. Physicians had the same restrictive attitude towards patients with HIV as paramedical health workers and did not differ by their counselling practice.

Conclusions: Our study revealed gaps in the knowledge of health care workers about HIV infection. Before implementing voluntary counselling and testing in antenatal care, additional HIV/AIDS training for health staff seems necessary.

Résumé :

Objectif: Afin d'évaluer la faisabilité de mise en place d'une sensibilisation et d'un dépistage systématique du VIH en consultation prénatale à Tamatave (Madagascar), une étude de type "Connaissances, Attitudes et Pratiques" a été effectuée, courant juillet 2000, auprès du personnel sanitaire en charge du couple mère-enfant dans les centres prénataux et à l'hôpital régional de Tamatave au sujet de ses connaissances sur la transmission du VIH, de ses pratiques vis-à-vis du test de dépistage, de sa perception du risque et de ses attitudes vis-à-vis des patients atteints de l'infection.

Résultats: Quarante-cinq soignants ont rempli un questionnaire individuel (taux de réponse 90 %). Seulement 18 % des personnes interrogées répondent correctement à toutes les questions concernant les modes de transmission générale du VIH. La transmission materno-infantile du VIH est considérée comme inéluctable par 3/4 des soignants interrogés et les moyens pour diminuer cette transmission ne sont pas connus. Soixante et un pour cent du personnel de santé répondant n'ont jamais proposé de test de dépistage à un de leurs patients et 79 % se considèrent à risque de VIH, notamment en raison du métier. En ce qui concerne la perception des patients infectés par le VIH, 20 % des soignants déclarent qu'il faudrait les isoler. Les connaissances des médecins sur la transmission du VIH semblent meilleures que celles du personnel paramédical; par contre, nous n'avons pas mis en évidence de lien statistique entre le métier et la perception de la maladie.

Conclusion: Notre étude met en évidence des lacunes du personnel de santé en matière de connaissances, de perception de la maladie et des malades infectés par le VIH. Pour que le personnel de santé puisse pleinement jouer son rôle de sensibilisation auprès de la population générale, il faut que les formations en matière de VIH/sida à son attention rendent mieux compte de toutes les dimensions de la maladie.

*HIV infection
AIDS
knowledge, attitude and
practice
health worker
Toamasina (Tamatave)
Madagascar
Indian Ocean*

*infection à VIH
sida
connaissances, attitudes et
pratiques
personnel de santé
Toamasina (Tamatave)
Madagascar
Océan Indien*

Introduction

La situation actuelle que connaît Madagascar en matière d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ne paraît pas alarmante. En effet, les indicateurs disponibles en matière de dépistage estiment la séroprévalence globale du VIH à moins de 1,5 % en 1999 (5, 11, 20, 21, 24). Malgré ce taux de prévalence rassurant, les facteurs de risque d'une explosion épidémique de la maladie existent. L'ouverture commerciale de Madagascar au monde extérieur depuis le début des années 90, accompagnée de mesures contraignantes d'ajustement structurel économique, crée des conditions propices à l'introduction et à la diffusion du VIH (tourisme, migrations nationales et internationales, prostitution, ...). Par ailleurs, les pratiques sexuelles à risque semblent largement répandues au sein de la population générale (4, 11, 19-21) : partenaires multiples, précocité des premiers rapports, faible utilisation du préservatif, très bas niveau de connaissances sur les pratiques sexuelles à risque au sein de la population sexuellement active. La forte prévalence des autres maladies sexuellement transmissibles (MST) - 4 % des consultations au sein de la population générale des plus de 15 ans correspondent à des problèmes de santé liés aux MST (15, 25) - confirme d'ailleurs l'existence de ces comportements sexuels à risque. Conscient des limites des indicateurs épidémiologiques disponibles, le Programme national de lutte contre le sida de Madagascar a effectué des projections de séroprévalence du VIH pour l'année 2015 : selon ces estimations, en fonction de la rapidité de progression de l'épidémie, le taux de séropositifs adultes se situera entre 3 et 15 % de la population de plus de 15 ans en 2015 (4, 21).

Dans ce contexte, Madagascar devrait profiter de l'actuelle période de calme relatif pour développer des actions visant non pas à éviter l'épidémie due au VIH, mais du moins à en limiter l'impact. Depuis 1990, des campagnes de sensibilisation et de prévention en matière de maladies sexuellement transmissibles et de VIH ont été effectuées auprès de la population générale. Une étape supplémentaire dans les programmes de prévention pourrait être la sensibilisation systématique des femmes enceintes lors des consultations prénatales et la proposition à cette occasion d'un test de dépistage gratuit à celles qui le souhaitent. Un tel programme présenterait de multiples intérêts (1-3, 18, 22, 27, 29, 30), comme l'augmentation d'efficacité des campagnes de sensibilisation collective, la préparation du personnel de santé à leur rôle de soignant en matière de VIH et la mise en place de protocoles de diminution de la transmission materno-infantile du virus par exemple.

Ce travail s'intègre dans un projet pilote de dépistage systématique du VIH auprès des femmes enceintes à Tamatave (premier port de commerce du pays sur la côte Est de Madagascar). Il vise à déterminer le niveau de connaissances et les attitudes du personnel de santé en charge du couple mère - enfant vis-à-vis du VIH. Son objectif est d'évaluer les besoins en matière de formation du personnel de santé avant de lancer un tel programme.

Matériel et méthodes

Population, lieu et durée de l'étude

L'étude a été menée courant juillet 2000 auprès de la totalité du personnel de santé (médecins, sages-femmes, infirmières, aides sanitaires, bénévoles et étudiants en médecine) travaillant dans les centres de consultations prénataux publics (soit dans trois centres de santé de base) et dans les services de gynéco-

logie et de pédiatrie du centre hospitalier régional de Tamatave Ville, centres dans lesquels travaille exclusivement du personnel malgache. Nous avons fourni au médecin responsable de chaque unité un nombre de questionnaires bilingues français/malgache correspondant au nombre de personnes travaillant dans l'unité. Le médecin responsable de l'unité s'est chargé de la distribution à son personnel de santé. Les questionnaires ont été remplis de façon anonyme, puis déposés par le répondant lui-même dans une urne prévue à cet effet. Les urnes ont été relevées une semaine après la distribution des questionnaires.

Le questionnaire retenu après une phase de pré-test auprès de 4 médecins malgaches comporte 4 parties. La première partie évalue les connaissances sur les modes de contamination du VIH et la transmission materno-infantile du virus, la deuxième est une évaluation des pratiques du personnel de santé vis-à-vis du test de dépistage du VIH, la troisième évalue la perception générale vis-à-vis du VIH et enfin la dernière est consacrée à l'identification du répondant (âge, fonction).

Analyse statistique

Les données recueillies ont bénéficié d'un tri à plat et de calculs de mesures d'associations. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Epi Info 5.01b (CDC Atlanta USA), avec un risque alpha consenti de 5 %. La force de l'association entre deux variables est étudiée par le risque relatif (RR). La stabilité de l'association est testée par le test ² de Mantel-Haenszel et par le test exact de Fisher en hypothèse bilatérale en cas d'effectifs insuffisants (6, 23). La précision du RR est donnée par son intervalle de confiance [IC] à 95 %, calculé par la méthode de Greenland et Robins.

Résultats

Résultats descriptifs

Nous avons distribué 50 questionnaires et en avons récupéré 45 (taux de réponse 90 %). L'analyse des données porte sur la totalité des questionnaires récupérés.

Caractéristiques de l'échantillon

La répartition des 45 répondants par catégorie professionnelle est la suivante : 25 sages-femmes (56 %), 7 médecins (16 %), 6 infirmières (13 %), 4 étudiants en médecine ou bénévoles (9 %), 1 aide sanitaire. Deux personnes n'ont pas indiqué leur catégorie professionnelle.

Quatre répondants sur les 45 (9 %) sont âgés de 26 à 35 ans, 23 (51 %) de 36 à 45 ans et 17 (38 %) de plus de 46 ans. Une seule personne n'a pas indiqué son âge.

Connaissances sur la transmission générale du VIH

Les résultats concernant les connaissances générales sur les modes de transmission du VIH sont résumés dans le tableau I. Seulement 18 % (8/45) donnent une réponse correcte à toutes les propositions sur les modes de transmission générale du VIH.

Connaissances sur la transmission materno-infantile du VIH

Presque 75 % des personnes interrogées (33/45) pensent que la transmission materno-infantile du VIH est inéluctable. Un tiers (17/45) connaît le rôle de l'allaitement maternel dans la contamination de l'enfant.

En ce qui concerne les moyens de diminution de la transmission materno-infantile, sur les 18 personnes qui déclarent que ces moyens existent, le traitement antirétroviral et l'allaitement artificiel ne sont cités qu'une seule fois. Les autres

Tableau I.

modes de contamination du VIH proposés	réponses données sur 45 répondants nb (%)			
	oui	non	NSP*	DM**
par contact manuel	1 (2)	41 (91)	3 (7)	0
par cohabitation sans relation sexuelle	3 (7)	40 (89)	2 (4)	0
par relation sexuelle non protégée	45(100)	0	0	0
par utilisation commune de toilettes	6 (13)	37 (82)	2 (4)	0
d'un enfant infecté à une nourrice non infectée	4 (9)	38 (85)	2 (4)	1(2)
en donnant son sang	34 (76)	9 (20)	2 (4)	0
par transfusion sanguine	44 (98)	1 (2)	0	0
par piqûre accidentelle avec du matériel souillé	44 (98)	1 (2)	0	0

* NSP = ne sait pas ; **DM = donnée manquante

moyens cités sont l'utilisation du préservatif et la fidélité à un seul partenaire. Aucune des personnes interrogées n'a cité la césarienne systématique comme moyen pour diminuer la contamination de l'enfant né de mère VIH-positive, alors qu'elle est habituellement considérée comme utile dans ce cadre (9, 12).

Attitudes vis-à-vis du test de dépistage du VIH

En ce qui concerne les précautions qui devraient entourer le test de dépistage du VIH, seulement 7 % des personnes interrogées (3/45) insistent sur l'anonymat du test et 9 % (4/45) savent qu'il faut obtenir le consentement du patient avant de le réaliser. Dix-sept pour cent (8/45) énoncent des précautions non adaptées, comme l'utilisation du préservatif et la fidélité à un seul partenaire. Deux personnes ont déclaré qu'il ne faudrait en aucun cas annoncer au patient qu'on effectue un test de dépistage VIH. Quarante-quatre pour cent (20/45) citent des mesures visant à sensibiliser le patient au VIH et à le préparer à l'annonce du résultat.

Soixante et un pour cent du personnel de santé (27/45) déclarent ne jamais avoir proposé un test de dépistage à un patient. Les raisons avancées sont en premier lieu l'absence de signes cliniques pouvant évoquer le sida ou de patients présentant des facteurs de risque (67 % - 18/27), puis la méconnaissance du syndrome, la gêne de proposer le test au patient et l'absence de traitement en cas de séropositivité (4 personnes pour chaque proposition). Une personne déclare qu'il n'y a pas de séropositifs VIH à Madagascar pour justifier le fait qu'elle n'a jamais proposé le test de dépistage.

Les motivations du personnel de santé ayant déjà proposé un test VIH (17 personnes) sont résumées dans le tableau II. La présence d'une autre maladie sexuellement transmissible ou la proposition du test à une femme enceinte sont les situations les plus fréquentes pour aborder le dépistage VIH.

Enfin, le prix du test n'est connu que de 11 % des personnes interrogées (5/45).

Perception du risque

Près de 80 % du personnel interrogé (34/43 - 2 données manquantes) s'estiment potentiellement soumis à un risque de

Tableau II.

Motivations du personnel de santé pour avoir proposé le test de dépistage du VIH à un patient. Reasons cited by the health staff for advising patients to be tested for HIV.		
motivations	effectif	%*
signes cliniques évocateurs de sida	3	17,6
présence d'une maladie liée épidémiologiquement au sida	5	29,4
proposition du test à une femme enceinte	9	52,9
test prescrit à la demande du patient	8	47,1
présence d'une autre maladie sexuellement transmissible	10	58,8
autre motivation	1	5,9
données manquantes	1	5,9

* plusieurs réponses possibles

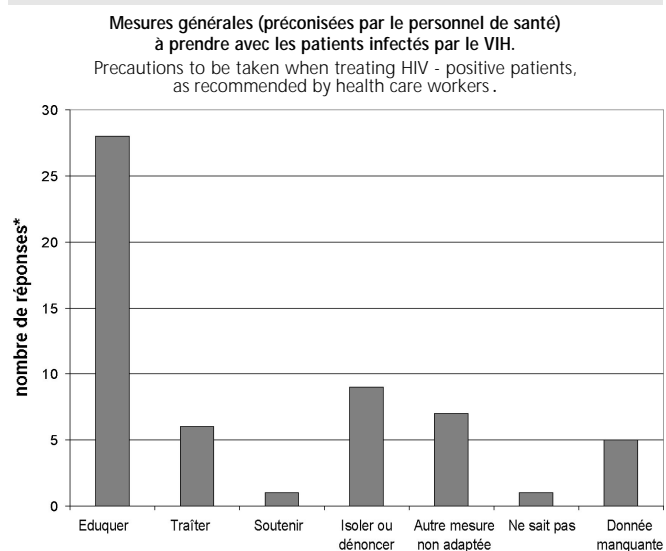
contamination par le VIH. Le métier est considéré comme principal facteur de risque avec 82 % des réponses (28/34). Deux personnes ont cité des raisons non reconnues scientifiquement pour s'estimer exposées à un risque de contamination par le VIH: l'une pense avoir été empoisonnée (potion) et l'autre pense qu'elle risque "d'attraper la maladie" à la piscine ou aux toilettes communes. Les autres facteurs de risque potentiels (pratiques sexuelles à risque, partenaire infidèle, transfusion ou autre risque accidentel) représentent moins de 10 % des réponses.

Parmi les 9 personnes qui ne s'estiment pas exposées à l'infection par le VIH, cinq n'ont pas justifié leur réponse. Les autres avancent comme facteurs protecteurs la fidélité (deux citations), l'utilisation de préservatifs (une citation), l'abstinence (une citation) et le fait de rester à distance des personnes suspectes (une citation).

Perception de la maladie

Les mesures générales (préconisées par le personnel de santé interrogé) à prendre avec les patients infectés par le VIH sont détaillées dans la figure 1. Si près de 60 % des répondants signalent la nécessité d'éduquer les patients séropositifs pour le VIH, près d'un quart annonce des mesures non adaptées, comme la nécessité d'isoler les patients ou de les dénoncer aux autorités publiques.

Figure 1.



* 45 répondants, plusieurs réponses possibles.

Résultats analytiques

Après regroupement des bonnes réponses à toutes les questions sur la transmission générale du VIH (réponse globale correcte), les médecins semblent avoir cinq fois plus de chances de donner une réponse globale correcte que les paramédicaux (RR d'annoncer une réponse globale correcte en étant médecin à 5,1; IC₉₅ % [1,7-15,8]; p = 0,015). De même, les médecins semblent avoir une meilleure connaissance sur la transmission materno-infantile du VIH et sur le rôle de l'allaitement maternel dans la contamination de l'enfant (RR de connaître le taux de transmission verticale en étant médecin à 5,1; IC₉₅ % [2,0-13,2]; p* = 0,004 et RR de connaître le rôle de l'allaitement maternel dans la contamination de l'enfant en étant médecin à 2,8; IC₉₅ % [1,6-5,0]; p* = 0,011).

Par contre, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre médecins et paramédicaux en ce qui concerne les précautions qui devraient entourer le test de

* test exact de Fisher bilatéral

dépistage du VIH (RR d'annoncer des précautions correctes en étant médecin à 1,29; IC_{95%} [0,66 - 2,51]; p* à 0,67). Les précautions annoncées par les médecins ne semblent ni plus ni moins adaptées que celles énoncées par le personnel paramédical. De même, la perception de la maladie ne semble pas différente dans les deux groupes de métier. Les médecins et paramédicaux annoncent globalement les mêmes mesures générales à prendre vis-à-vis des patients infectés par le VIH (RR de préconiser des mesures générales adaptées en étant médecin à 1,41; IC [0,65 - 3,03]; p* à 0,68) et ils s'estiment à risque vis-à-vis du VIH de façon identique (RR de s'estimer à risque de VIH en étant médecin à 1,08; IC [0,76-1,53]; p* à 1,00).

Par ailleurs, aucun médecin ne connaissait le prix du test de dépistage.

Il ne semble pas y avoir de lien statistique entre les personnes qui ont une connaissance correcte sur la transmission générale du VIH et l'annonce de mesures adaptées pour les patients infectés (RR de préconiser des mesures générales adaptées en ayant une connaissance correcte sur les modes de transmission du VIH à 1,23; IC [0,55-2,77]; p* à 0,7).

Discussion

Qualité des données

Nous avons conçu le questionnaire en français, avant de le traduire en malgache. Pour limiter les biais liés à la langue, les deux versions figuraient sur les questionnaires distribués. Malgré cette mesure, le passage d'une langue à l'autre et les interprétations du traducteur pour les réponses données en malgache ont pu entraîner des imprécisions, voire des modifications de sens. Malgré la précaution du questionnaire bilingue, certaines questions n'ont pas été bien comprises. Par ailleurs, le fait d'avoir laissé les questionnaires à remplir pendant une semaine aux personnes interrogées, autorisait les échanges d'informations et de connaissances entre les différents répondants. Les échantillons de notre étude sont de petite taille, mais représentent la totalité du personnel de santé du secteur public soignant les mères et les enfants. Les centres prénataux privés auraient mérité d'être intégrés dans l'étude afin d'augmenter la significativité des réponses, mais ceux-là sont nettement plus difficiles d'accès pour un tel projet.

Il est évident que les réponses aux questions sur le vécu du VIH, sujet sensible s'il en est, n'ont probablement pas toujours été très franches, même si l'anonymat des réponses était garanti. Un autre biais peut concerner les réponses sur l'attitude pratique du personnel de santé vis-à-vis du test de dépistage du VIH : en effet, certains n'osent peut-être pas admettre qu'ils n'ont jamais proposé le test à leurs patients.

Interprétation

Malgré les biais répertoriés, cette enquête nous permet de dégager des faits intéressants.

Les connaissances sur les différents modes généraux de contamination sont loin d'être parfaites (tableau I) : seule la transmission sexuelle est bien connue par la totalité du personnel de santé. Par ailleurs, plus de 90 % de bonnes réponses concernent la transmission sanguine. Par contre, les réponses concernant les connaissances sur les modes de transmission lors d'une "vie sous le toit" sont moins pertinentes (transmission par l'utilisation de toilettes p. ex.). La question à laquelle il a été le moins bien répondu dans cette première partie, concerne le don de sang. Soixante-seize pour cent des personnes interrogées sont persuadées qu'il existe un risque de contamina-

tion en donnant son sang, alors que ce risque est nul si les directives ministérielles et les recommandations de l'OMS au sujet des prélèvements sont appliquées.

On aurait pu s'attendre à de meilleurs taux de réponses de la part du personnel de santé en ce qui concerne ces modes de transmission générale du VIH. L'explication des lacunes observées se retrouve peut-être dans les résultats d'une étude égyptienne (8) : les idées fausses concernant la transmission du VIH s'y révèlent encore plus répandues que dans notre enquête (67 % du personnel interrogé pensent que la transmission peut se faire par les lunettes des toilettes, en touchant les patients ou par des gouttelettes de salive). Mais ce même personnel de santé déclare que sa principale source d'information sur le VIH/sida est la radio, la télévision ou la presse généraliste. Or, les messages de santé de ces médias ne véhiculent souvent que le cliché de la transmission sexuelle et de la protection possible par le préservatif. Les questions dépassant le cadre strict de la contamination sexuelle vont donc appeler des réponses faisant référence à des idées préconçues plutôt qu'à des connaissances réelles. Au vu de ces résultats, il est probable que le personnel de santé de Tamatave puise ses connaissances sur le VIH/sida en premier lieu dans les médias grand public. À ce jour, les formations dispensées dans les centres prénataux sont de type formation OMS et concernent toutes les maladies sexuellement transmissibles (MST) confondues, sans individualisation propre du VIH/sida. Ce dernier est abordé comme une étiologie parmi d'autres à évoquer devant des signes cliniques en rapport avec une infection génitale. Il semble donc indispensable de fournir au personnel de santé des programmes d'éducation spécifiques concernant le VIH/sida ; ceux-ci doivent éviter des messages de santé trop stéréotypés qui nuisent à la compréhension globale de la maladie.

Les modalités de transmission verticale sont encore moins bien connues que les modes de transmission générale. Moins d'un quart des personnes interrogées a répondu correctement à la fréquence de la transmission mère - enfant du VIH pendant la grossesse. À peine un tiers connaît le rôle de l'allaitement maternel dans la contamination de l'enfant et 9 % des personnes interrogées pensent qu'un enfant infecté par le VIH peut contaminer sa nourrice indemne de la maladie. Cette dernière donnée se fonde probablement sur les représentations populaires de la contamination par le VIH, ce que d'autres études sur la représentation du risque de transmission materno-infantile semblent confirmer (26). De même, les moyens pour diminuer cette transmission verticale du VIH sont inconnus. Là encore, les messages de santé trop stéréotypés pourraient être la cause de cette lacune, comme en témoigne la fréquence élevée des réponses non adaptées (utilisation de préservatifs, fidélité, etc.) à cette question.

Si près de la moitié du personnel de santé connaît la nécessité de sensibiliser les patients au VIH avant de leur proposer le test de dépistage, moins de 10 % connaissent les autres précautions à prendre (confidentialité et consentement du patient).

Plus de 60 % des personnes interrogées déclarent ne jamais avoir proposé un test de dépistage du VIH dans leur pratique médicale courante. La raison principale avancée (absence de suspects), traduit une méconnaissance du syndrome, de ses facteurs de risques et des maladies épidémiologiquement liées (maladies sexuellement transmissibles et tuberculose). L'insuffisance des connaissances semble donc être le principal frein à la sensibilisation et au dépistage du VIH. Cette donnée se retrouve dans une étude ougandaise (16) qui cite comme principale raison de sous-proposition du test un manque de connaissances et de compétences en matière de VIH. Un autre frein pour

* test exact de Fischer bilatéral

ne pas proposer le test de façon plus systématique pourrait être l'absence de possibilité de réaliser ce test de façon simple, même si cette raison n'a pas été évoquée par le personnel interrogé. Effectivement, à Tamatave, le test diagnostique du VIH par ELISA est disponible au CHR (chaîne présente), mais souvent non faisable du fait du manque chronique de réactif. Ce test en lui-même est tout à fait accessible financièrement à la population locale, coûtant moins de 5 000 FMG, soit 0,75 euros. Les tests rapides étaient au jour de l'étude uniquement accessibles au centre de transfusion sanguine et destinés aux poches de transfusion. Le Western Blot est nettement trop cher pour une utilisation courante et n'est faisable que dans la capitale (Institut Pasteur de Madagascar). Un moyen pour améliorer le dépistage du VIH en anténatal serait donc d'assurer au personnel médical la garantie d'accessibilité des tests VIH. La solution pourrait être les tests rapides qui ne nécessitent ni infrastructure de laboratoire ni personnel spécialisé.

En ce qui concerne la perception du risque de sa propre contamination par le VIH, le personnel de santé semble bien conscient des risques liés à sa profession. Par contre, la citation de modes de contaminations non reconnus scientifiquement (contamination en nageant à la piscine ou par empoisonnement) fait craindre que le personnel de santé ne considère l'infection par le VIH comme une maladie honteuse. Les mesures générales à prendre avec les patients infectés annoncées confortent cette hypothèse: même si la nécessité d'éduquer les patients infectés est citée par plus de 60 % du personnel de santé interrogé, 20 % des personnes déclarent qu'il faudrait isoler les patients dans des structures fermées ou les dénoncer aux autorités publiques. Cette proportion est certes plus faible que dans la population générale dans laquelle 60 à 70 % des personnes, interrogées sur le même sujet, déclarent qu'il faudrait isoler ou exiler les patients séropositifs pour le VIH; il n'empêche qu'il nous semble difficile d'obtenir de la part du personnel de santé une sensibilisation dénuée de préjugés négatifs, tant que l'infection par le VIH reste dans son esprit une maladie honteuse à bannir.

Les résultats analytiques nous montrent que les médecins semblent avoir de meilleures connaissances théoriques sur les modes de contamination par le VIH, par contre nous n'avons pas mis en évidence de différence significative en ce qui concerne ses attitudes vis-à-vis du test de dépistage et de la perception de la maladie. De même, les personnes ayant des connaissances correctes sur la transmission du VIH ne semblent pas avoir une attitude différente vis-à-vis des patients infectés. Dans notre étude, il n'est donc pas possible de conclure qu'une meilleure connaissance théorique de la maladie diminue forcément la stigmatisation des personnes séropositives pour le VIH. L'analyse de la littérature à ce sujet ne permet pas d'expliquer cette observation. Les études qui se sont penchées sur le problème de la stigmatisation du VIH par le personnel de santé concluent qu'une connaissance imparfaite de la maladie engendre la peur, et donc le rejet (7, 10, 13, 14, 17, 28). Le contexte socioculturel joue certainement aussi un rôle important (moins de stigmatisation chez les étudiants en médecine américains que chez leurs homologues nigériens). Par ailleurs, les personnes ayant déjà soigné des patients VIH positifs semblent plus tolérantes vis-à-vis des malades que celles qui n'en connaissent pas.

Conclusion

L'état des connaissances actuelles du personnel de santé en matière de VIH ne semble pas assez solide pour assurer une sensibilisation et une information correcte dans le cadre

d'un projet de sensibilisation et de dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes. La raison de ces lacunes de connaissance pourrait être que la principale source d'information sur le VIH/sida serait les médias grand public. Les formations de type OMS, pour fondamentales qu'elles soient, ne suffisent pas à maîtriser la question particulière du VIH. Il est nécessaire de fournir au personnel de santé des programmes d'éducation spécifiques, propres au VIH/sida, en insistant sur tous les modes de transmission, sur une sensibilisation adaptée à la population et enfin sur les précautions à prendre lors de la réalisation d'un test de dépistage.

Par ailleurs, la perception négative de l'infection par le VIH observée dans la population générale semble se retrouver (dans une proportion certes moindre mais néanmoins importante) auprès du personnel de santé. Il faudra donc apporter un soin particulier à l'information sur la maladie lors de ces formations, afin de diminuer la stigmatisation du VIH.

C'est uniquement avec un personnel de santé correctement informé et exempt de préjugés qu'un programme de sensibilisation et de dépistage systématique du VIH chez la femme enceinte pourra prendre forme et avoir une chance de réussite sur la prévention de l'infection par le VIH en général.

Références bibliographiques

1. ALLEN S, SERUFILIRA A, BOGAERTS J, VAN DE PERRE P, NSENGUMUREMYI F *et al.* - Confidential HIV testing and condom promotion in Africa. Impact on HIV and gonorrhoea rates. *JAMA*, 1992, **268**, 3338-3343.
2. ALLEN S, SERUFILIRA A, GRUBER V, KEGELES S, VAN DE PERRE P *et al.* - Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counselling. *Am J Public Health*, 1993, **83**, 705-710.
3. ALLEN S, TICE J, VAN DE PERRE P, SERUFILIRA A, HUDES E *et al.* - Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa. *Br Med J*, 1992, **304**, 1605-1609.
4. ANDRIAMAHENINA R, RAVELOJAONA B, RARIVOHARILALA E, RAVAOARIMALALA C, ANDRIAMIADANA J *et al.* - Le sida à Madagascar I. Epidémiologie, projections, impact socioéconomique et interventions. *Bull Soc Pathol Exot*, 1998, **91**, 68-70.
5. AUREGAN G, MORVAN J, ZELLER H & RASAMINDRAKOTROKA A - Sida et tuberculose : la situation à Madagascar. *Arch Inst Pasteur Madagascar*, 1995, **62**, 24-25.
6. DABIS F, DRUCKER J & MOREN A - Mesures d'association et d'impact. In: DABIS F, DRUCKER J & MOREN A (Eds) - *Epidémiologie d'intervention*. Arnette: Paris, 1992, p. 306-308.
7. DATTA C & BANDYOPADHYAY D - Knowledge and attitude in relation to HIV/AIDS among in-service nurses of Calcutta. *J Indian Med Assoc*, 1997, **95**, 75-77.
8. FARIS R & SHOUMAN A - Study of the knowledge, attitude of Egyptian health care workers towards occupational HIV infection. *J Egypt Public Health Assoc*, 1994, **69**, 115-128.
9. GAILLARD P, VERHOFSTEDÉ C, MWANYUMBA F, CLAEYS P, CHOCHAN V *et al.* - Exposure to HIV-1 during delivery and mother-to-child transmission. *AIDS*, 2000, **14**, 2341-2348.
10. GERSHON RR, CURBOW B, KELEN G, CELANTANO D, LEARS K *et al.* - Correlates of attitudes concerning human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome among hospital workers. *Am J Infect Control*, 1994, **22**, 293-299.
11. GONZALES G, ANDRIAMIADANA J & RANAIVO A - Maladies sexuellement transmissibles et sida. In : MINISTÈRE DE LA SANTÉ, SECRETARIAT GÉNÉRAL, DIRECTION DES ÉTUDES ET DE LA PLANIFICATION (Eds) - *Enquête démographique et de Santé, Madagascar 1997*. Calverton: Maryland, 1998, p. 161-180.
12. INTERNATIONAL PERINATAL HIV GROUP - The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1—a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N Engl J Med*, 1999, **340**, 977-987.
13. KLIMES I, CATALAN J, BOND A & DAY A - Knowledge and attitudes of health care staff about HIV infection in a health district with low HIV prevalence. *AIDS Care*, 1989, **1**, 313-317.
14. KRASNIK A, FOUCHARD JR, BAYER T & KEIDING N - Health workers and AIDS: knowledge, attitudes and experiences as determinants of anxiety. *Scand J Soc Med*, 1990, **18**, 103-113.

15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ - Politique nationale de Santé. Ministère de la Santé, Antananarivo, éd. rév. 1999 éd. 1996, p. 73.
16. MUNGERERA M, VAN DER STRATEN A, HALL TL, FAIGES B, FOWLER G *et al.* - HIV/AIDS-related attitudes and practices of hospital-based health workers in Kampala, Uganda. *AIDS*, 1997, **11**, Suppl 1, S79-S85.
17. NAJEM GR & OKUZU EI - International comparison of medical students' perceptions of HIV infection and AIDS. *J Natl Med Assoc*, 1998, **90**, 765-774.
18. OMS - *Voluntary counselling and testing for HIV infection in antenatal care: practical considerations for implementation. UNICEF & HIV/AIDS and sexually transmitted infectious initiative (WHO)*. 2000, Org mond santé, Genève.
19. RAJANOARISOA H & COMOLET T - *Etude des connaissances, attitudes, pratiques de la population de Toamasina (Tamatave) en matière de MST/Sida*. 1992, Inspection Provinciale de la Santé (IPS) et Projet d'appui à l'IPS.
20. RANDRIANIRINA F & CAUCHOIX V - *Enquête "connaissances, attitudes et pratiques" en matière de MST/Sida à Tamatave Ville*. 1998, Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS)
21. RAVAOARIMALALA C, ANDRIAMAHENINA R, RAVELOJAONA B, RABESON D, ANDRIAMIADANA J *et al.* - Le sida à Madagascar II. Stratégies d'intervention pour maintenir un taux de séroprévalence VIH faible. *Bull Soc Pathol Exot*, 1998, **91**, 71-73.
22. SANGIVA G, BALMER D, & FURLONGE - Voluntary HIV counselling and testing reduces risk behavior in developing countries : results from the multisite voluntary counselling and testing efficacy study. In: *12th International Conference HIV/AIDS*. 1998. Geneva, Switzerland.
23. SCHWARTZ D - Les petits échantillons, In: SCHWARTZ D (Ed) - *Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes*. Flammarion Médecine-Sciences: Paris, 1993, p. 97-99.
24. SECRETARIAT GÉNÉRAL DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION - L'infection à VIH, In: *Données et indicateurs démographiques et socio-sanitaires à Madagascar. Mise à jour: juin 1999*. Ministère de la santé de Madagascar, Antananarivo, 1999, p. 21-22.
25. SECRETARIAT GÉNÉRAL DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION ET SERVICE DES INFORMATIONS SANITAIRES POUR L'AGRICULTURE - *Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar*. Ministère de la santé de Madagascar, Antananarivo, 1999.
26. TAVERNE B - Représentation de la transmission mère-enfant du VIH. Perception du risque et des messages de santé au Burkina Faso. *Santé*, 1999, **9**, 195-199.
27. VALLEJO-AGUILAR OJ, NAVARRETE-NAVARRO S, DEL RIO-CHIRIBOGA C, AVILA-FIGUEROA C & SANTOS-PRECIADO JI - [The health worker and counselling about HIV and AIDS]. *Salud Publica Mex*, 1995, **37**, p. 636-642.
28. VALLEJO-AGUILAR O, NAVARRETE-NAVARRO S, MARTINEZ-AGUILAR G & SANTOS-PRECIADO JI - [Health care worker relationship with HIV infected patients or AIDS patients]. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 1992, **49**, 610-617.
29. VAN DER STRATEN A, KING R, GRINSTEAD O, SERUFILIRA A & ALLEN S - Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda. *AIDS*, 1995, **9**, 935-944.
30. ZELLER HG, RAMAMONJISOA A, BOISIER P, RAVELOJAONA B, BRUTUS L *et al.* - HIV infection in Madagascar in 1995. *AIDS*, 1997, **11**, 401-402.