

SOMMAIRE

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

INTRODUCTION	33
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE	36
I. DÉFINITION	37
II. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE L'INFECTION AU VIH	37
II.1. DANS LE MONDE	37
II.2. EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	39
II.3. AU SÉNÉGAL	40
II.4. LE CAS DES ENFANTS	41
III. AGENT PATHOGÈNE	42
III.1. STRUCTURE DU VIH	44
III.2. TROPISME DU VIH	45
III.3. RÉPLICATION DU VIH	46
III.4. VOIES DE TRANSMISSION DU VIH	48
IV. HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION AU VIH CHEZ L'HOMME	52
IV.1. PRIMO INFECTION [21, 22]	52
IV.2. PHASE DE SÉROPOSITIVITÉ ASYMPTOMATIQUE	53
IV.3. PHASE D'IMMUNODÉPRESSION MINEURE	53
IV.4. PHASE D'IMMUNODÉPRESSION SÉVÈRE OU DE SIDA	54
IV.5. CLASSIFICATIONS	54
V. PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION AU VIH	57
V.1. PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE	57
V.2. PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE	58
V.3. PRISE EN CHARGE VACCINALE	59
V.4. PRISE EN CHARGE MÉDICALE	59
V.5. PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES	60
V.6. PRISE EN CHARGE PAR LES MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX (ARV)	60
V.7. PRÉVENTION DE L'INFECTION AU VIH	64
VI. ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL MÉDICAL	66
VI.1. DÉFINITION ET CONCEPTS	66
VI.2. STIGMATISATION ET DISCRIMINATION DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH	67
VII. TRANSMISSION DU VIH EN MILIEU DE SOINS	70
VII.1. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TRANSMISSION DU VIH EN MILIEU DE SOINS	70
VII.2. ACTION DES AGENTS PHYSIQUES ET CHIMIQUES SUR LE VIH	71
VII.3. PRÉVENTION DES AES EN MILIEU DE SOINS	72
VII.4. PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION	73
DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ETUDE	74
I. CADRE DE L'ÉTUDE	75
I.1. HISTORIQUE	75
I.2. SERVICES ET PRESTATIONS OFFERTES	75
I.3. PERSONNEL	78

II. MÉTHODOLOGIE	79
II.1. PÉRIODE D'ÉTUDE	79
II.2. TYPE D'ÉTUDE	79
II.3. POPULATION D'ÉTUDE.....	79
II.4. DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DES VARIABLES	79
II.5. COLLECTE DES DONNÉES	80
II.6. ASPECTS ÉTHIQUES.....	81
II.7. PLAN D'ANALYSE.....	81
III. RÉSULTATS.....	82
III.1. ÉTUDE DESCRIPTIVE	82
<i>III.1.1. Taux de participation.....</i>	<i>82</i>
<i>III.1.2. Caractéristiques socioprofessionnelles</i>	<i>82</i>
<i>III.1.3. Prise en charge des PVVIH.....</i>	<i>85</i>
<i>III.1.4. Accidents avec exposition au sang</i>	<i>90</i>
<i>III.1.5. Besoin de formation.....</i>	<i>97</i>
III.2. ÉTUDE ANALYTIQUE	98
<i>III.2.1. Prise en charge des PVVIH.....</i>	<i>98</i>
<i>III.2.2. Accidents avec exposition au sang</i>	<i>99</i>
<i>III.2.3. Formation</i>	<i>101</i>
IV. DISCUSSION	102
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	108
RÉFÉRENCES.....	112
ANNEXES	116

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Principaux facteurs de risque de transmission mère-enfant du VIH (en dehors des aspects thérapeutiques) [20]	51
Tableau II : Classification en stades cliniques de l’OMS, version révisée 2006 [24]	55
Tableau III : Classification du CDC 1993 en catégories A, B, C. [8, 24]	56
Tableau IV : Médicaments approuvés par la Food and Drug Administration (2008) [38].....	61
Tableau V : Indication, inclusion et suivi du traitement ARV au Sénégal [32].....	62
Tableau VI : Agents d'inactivation du VIH [39]	71
Tableau VII : Précautions universelles entourant les actes de soins [39]	72
Tableau VIII : Taux de participation en fonction des services cliniques.....	82
Tableau IX : Sentiments éprouvés par les praticiens devant un PVVIH (N=114)	86
Tableau X : Répartition des causes de non counselling pré test systématique (N=51)	87
Tableau XI : Répartition des techniques et pratiques chirurgicales modifiées (N=37).....	89
Tableau XII : Médecins référents lors des déclarations des blessures.....	91
Tableau XIII : Identification des voies de transmission du VIH en milieu de soins (N=114)	92
Tableau XIV : Déterminants de la non systématisation du counselling pré test.....	98
Tableau XV : Déterminants du refus de soins médicochirurgicaux aux PVVIH.	99
Tableau XVI : La formation des praticiens sur le VIH/Sida était liée aux variables présentées au niveau du tableau.....	101

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution du nombre de PVVIH dans le monde de 1990 à 2010	37
Figure 2 : Évolution de l'incidence globale et de la mortalité de l'infection au VIH dans le monde.....	39
Figure 3 : Évolution de l'incidence par pays de l'infection au VIH dans le monde de 2001 à 2009	40
Figure 4 : Évolution du nombre d'enfants infectés par le VIH dans le Monde de 1990 à 2009	41
Figure 5 : Classification des rétrovirus	42
Figure 6 : Structure du VIH 1	44
Figure 7 : Cycle de réplication du VIH.....	46
Figure 8 : Cadre conceptuel de la stigmatisation, de la discrimination et de l'auto-stigmatisation[36]	68
Figure 9 : Histogramme des âges des praticiens	83
Figure 10 : Répartition des praticiens selon le lieu d'exercice	83
Figure 11 : Répartition des praticiens selon la fonction	84
Figure 12 : Répartition des praticiens selon l'ancienneté	85
Figure 13 : Attitudes et pratiques par rapport à la consultation et l'hospitalisation des PVVIH	85
Figure 14 : Répartition des praticiens selon la réalisation du counselling pré test (N=114)	87
Figure 15 : Répartition des prestataires suivant l'attitude de partage du statut sérologique avec un tiers	88
Figure 16 : Fréquence des blessures au cours des 12 derniers mois (N=55)	90
Figure 17 : Disponibilité globale des moyens de protection individuelle (N=114)	93
Figure 18 : Disponibilité des différents moyens de protection (N=103)	94
Figure 19 : Répartition des praticiens selon le nombre de moyens de désinfection connu (N=114)	95
Figure 20 : Moyens de désinfection connus par les praticiens (N=114)	96
Figure 21 : Répartition en fonction de la date de la dernière sérologie (N=82)	97

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ADN :	Acide Désoxyribonucléique
AES :	Accident avec Exposition au Sang
ALV :	<i>AvianLeukosis Virus</i>
AMV :	<i>AvianMyeloblastosis Virus</i>
ARN :	Acide Ribonucléique
ARNm :	Acide Ribonucléique de type messenger
ARV :	Antirétroviral
AZT :	Zidovudine
BFV :	<i>Bovine Foamy Virus</i>
BLV :	<i>Bovine Leukemia Virus</i>
CCR5 :	<i>Cysteine Chemokine Receptor type 5</i>
CD4 :	<i>Cluster Differentiation 4</i>
CDC :	<i>Centers for Disease Control</i>
CDIM :	Centre de Diagnostic et d'Imagerie Médicale
CES :	Certificat d'Études Spéciales
CFV :	<i>Chimpanzee foamy Virus</i>
CHN :	Centre Hospitalier National
CHNU :	Centre Hospitalier National Universitaire
CNLS :	Conseil National de Lutte contre le Sida au Sénégal
CTA :	Centre de Traitement Ambulatoire
DES :	Diplôme d'Études Spécialisées
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EPS :	Établissement Public de Santé
EPSH :	Établissement Public de Santé Hospitalier
Felv :	<i>Feline leukemia Virus</i>
FIV :	<i>Feline Immunodeficiency Virus</i>
Gp :	Glycoprotéine
HFV :	<i>Human Foamy Virus</i>
HIV :	<i>Human immunoDeficiency Virus</i>
HTLV :	<i>Human T-cell leukemia Virus</i>
IC :	Intervalle de Confiance
INNTI :	Inhibiteur Non Nucléotidique de la Transcriptase Inverse

INTI :	Inhibiteur Nucleosidique ou Nucleotidique de la Transcriptase Inverse
IO :	Infection Opportuniste
IP :	Inhibiteur de la Protéase
ISAARV :	Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
MLV :	<i>Murine Leukemia Virus</i>
MMTV :	<i>Mouse Mammary Tumour Virus</i>
MSM :	<i>Men having Sex with Men</i>
NVP :	Névirapine
OMD :	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONU :	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA :	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida
OR :	<i>Odds ratio</i>
P 16 :	Protéine 16 du virus de l'Immunodéficience Humaine
P 26 :	Protéine 26 du virus de l'Immunodéficience Humaine
P17 MA :	Protéine 17 de la matrice du virus de l'Immunodéficience Humaine
P24 :	Protéine 24 du virus de l'Immunodéficience Humaine
P7 NC :	Protéine 7 de la nucléocapside du virus de l'immunodéficience Humaine
PEV :	Programme élargi de vaccination
PVVIH :	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
RSV :	<i>Rous Sarcoma Virus</i>
RT :	<i>Reverse Transcriptase</i>
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SIV :	<i>Simian immunodeficiency Virus</i>
TME :	Transmission Mère Enfant
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WDSV :	<i>Walleyedermalsarcoma Virus</i>

INTRODUCTION

L'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une maladie infectieuse transmissible grave. Elle reste un problème de santé publique d'une portée sans précédent du fait de son ampleur et de sa gravité. Découvert il y a près de 30 ans, le VIH a déjà provoqué plus de 25 millions de décès dans le monde et entraîné de profonds bouleversements démographiques et économiques dans les pays les plus fortement touchés [1].

L'Afrique subsaharienne supporte le plus lourd fardeau de l'infection au VIH avec 68% de l'ensemble des personnes infectées dont 1,8 million de décès en 2010 dans le rapport de l'ONUSIDA de 2011 [1]. La prise en charge de personnes vivant avec le VIH constitue un important poids financier pour les pays de cette région qui bénéficient de l'appui de partenaires au développement. C'est ce qui a permis la mise en place d'initiatives nationales de lutte contre le VIH dans ces pays à la fin des années 1990. Le Sénégal est l'un des pays de l'Afrique subsaharienne qui s'est engagé très tôt dans la lutte contre la pandémie du VIH à travers des programmes de prévention et de prise en charge des cas de VIH. C'est ainsi que l'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux (ISAARV), mise en place en 1998, a permis de traiter les premiers patients [2]. La lutte contre l'infection au VIH constitue une préoccupation majeure de santé publique si bien qu'elle a été visée par les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cependant, la stigmatisation, la discrimination, le déni de la maladie et la non préservation de la confidentialité sont des obstacles majeurs, aux réponses efficaces contre la pandémie du VIH [3].

En 2001, dans la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida l'Assemblée générale des Nations Unies avait écrit que : «l'opprobre, le silence, la discrimination et la dénégation ainsi que l'absence de confidentialité compromettent les efforts de prévention, de soins, de traitement et aggravent les effets de l'épidémie sur les individus, les familles, les communautés et les Nations, et il faut également y remédier» [3].

Actuellement, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/Sida sont rapportées dans la majorité des pays, aussi bien au Nord que dans le Sud [4]. Le regard de la société à l'égard de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) demeure péjoratif malgré l'amélioration de leur état de santé grâce au traitement antirétroviral. Plusieurs études [4-6] ont montré des attitudes de stigmatisation et des pratiques

discriminatoires par le personnel soignant. Les personnes séropositives interrogées subissant une atteinte de leurs droits, se voient refuser des soins du fait de leur statut sérologique, ou n'ont pas eu une relation constructive avec leurs soignants [4-6].

Dans le cadre du diagnostic et de la prise en charge des personnes séropositives, les Établissements Publics de Santé (EPS) de niveau 3 constituent le sommet de la référence au Sénégal. Cependant, les connaissances, les attitudes et pratiques du personnel médical de ces structures en matière d'infection au VIH, restent peu documentées. Cette étude vise à étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques du personnel médical du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann de Dakar en matière d'infection à VIH. Pour atteindre cet objectif, il s'agira de manière spécifique de :

- ✚ Déterminer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel médical à l'égard des sujets vivant avec le VIH (PVVIH) ;
- ✚ Déterminer les aspects épidémiologiques des accidents avec exposition au sang (AES) liés au VIH en milieu de soins ;
- ✚ Préciser les déterminants des attitudes et pratiques à l'égard des PVVIH ;
- ✚ Préciser les déterminants des AES liés au VIH en milieu de soins.

Notre travail comporte deux parties :

- ✚ La première concerne la revue de la littérature qui porte sur :
 - L'infection au VIH ;
 - Les attitudes et pratiques du personnel médical vis-à-vis des PVVIH ;
 - La transmission du VIH en milieu de soins ;
 - L'organisation du système sanitaire du Sénégal.
- ✚ La seconde partie s'intéresse :
 - Au cadre d'étude ;
 - A la méthodologie utilisée ;
 - Aux résultats obtenus, de même que leur discussion.

Ce travail se termine par une conclusion et des recommandations.



PREMIÈRE PARTIE :

**REVUE DE LA
LITTÉRATURE**

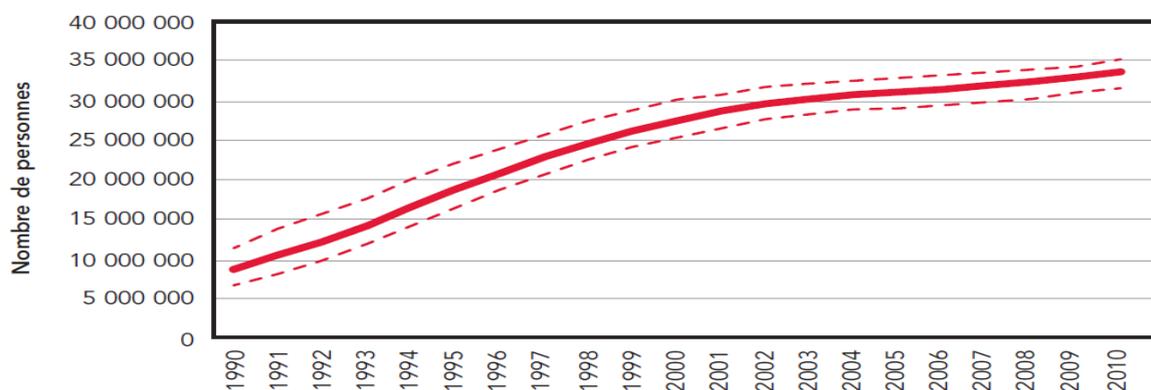
I. DÉFINITION

L'infection au VIH est une maladie infectieuse virale chronique due au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), qui se caractérise par la diminution des moyens de défense de l'organisme. Elle est marquée par la survenue de nombreuses maladies opportunistes qui profitent de la baisse de l'immunité de l'organisme pour se développer. L'acronyme SIDA signifiait syndrome de l'Immunodéficience Acquise. Actuellement, le terme de "sida" renvoie au dernier stade de l'infection au VIH, ultime expression de la destruction progressive du système immunitaire [8].

II. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE L'INFECTION AU VIH

II.1. Dans le monde

Bien que connaissant une atténuation, la progression de la prévalence de l'infection au VIH est une réalité dans le monde. En 2010, l'ONUSIDA estimait à 34 millions [31,6 millions-35,2 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde comme le montre la figure 1, contre 22,3 millions dix ans auparavant, soit une hausse de 17% par rapport à 2001. [1].



Source : Rapport ONUSIDA 2011

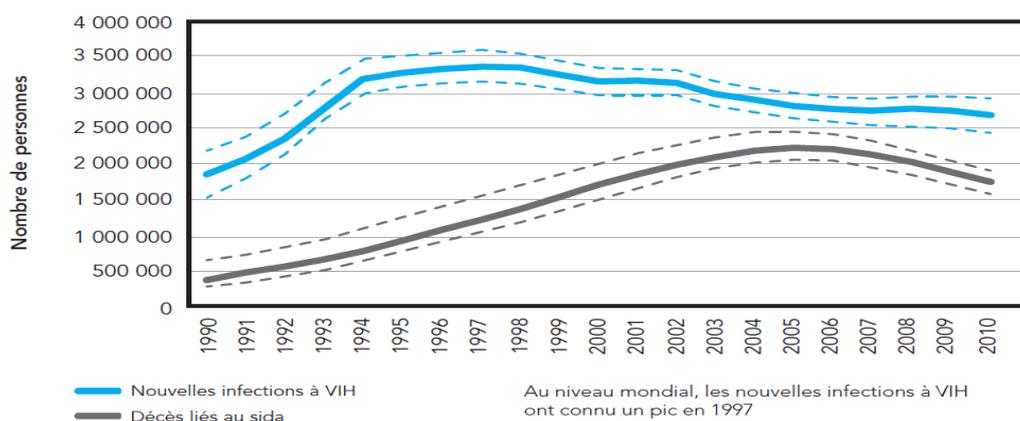
Figure 1 : Évolution du nombre de PVVIH dans le monde de 1990 à 2010

Contrairement à la prévalence, l'incidence de l'infection au VIH est globalement en baisse depuis 1997. En effet, selon le rapport de l'ONUSIDA [7], en 2009, un total de 2,6 millions de personnes [2,3 millions - 2,8 millions] ont été nouvellement infectées par le VIH, soit :

- 🦋 19% de moins que les 3,1 millions [2,9 millions - 3,4 millions] de personnes nouvellement infectées en 1999 ;

🚫 21% de moins que les 3,2 millions [3,0 millions -3,5 millions] de 1997, l'année où l'incidence avait atteint un sommet

Les dernières incidences d'infection à VIH de 2010 sont estimées à 2,7 millions [2,4 millions -2,9 millions], dont 390 000 enfants [340 000-450 000] [1]. L'incidence continue à baisser d'un pays à un autre avec des proportions différentes. Depuis le début de la pandémie, près de 60 millions de personnes ont été infectées par le VIH. En 2009, l'ONUSIDA estimait à 1,8 millions le nombre de PVVIH décédées, portant à plus de 25 millions de personnes l'ensemble des décès depuis le début de la pandémie. L'expansion significative de l'accès au traitement antirétroviral, a contribué à réduire les décès liés au sida, notamment au cours des dernières années avec un nombre de personnes décédées de causes liées au VIH/Sida qui a chuté de 1,8 million 1,6 millions -1,9 million] en 2010, contre un pic de [2,2 millions 2,1-2,5 millions] au milieu des années 2000 [7, 9]. La figure2 illustre bien l'évolution de l'incidence et la mortalité liée au VIH/SIDA.



Source : Rapport ONUSIDA 2011

Figure 2 : Évolution de l'incidence globale et de la mortalité de l'infection au VIH dans le monde

II.2. En Afrique subsaharienne

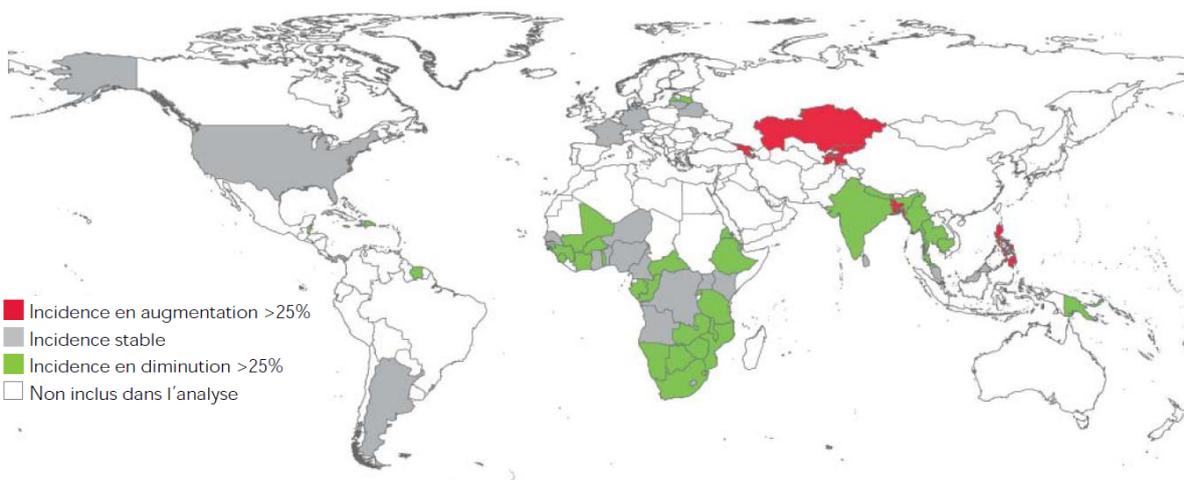
L'Afrique subsaharienne compte 10% de la population mondiale mais supporte le plus lourd fardeau de l'infection au VIH. En effet, selon l'ONUSIDA en 2009 l'Afrique subsaharienne comptait 22,5 millions de personnes vivant avec le VIH soit 68,6% de l'ensemble des PVVIH au niveau mondial [9]. Ces estimations n'ont pas changé dans les données de 2010. La prévalence de l'infection au VIH dans cette partie du globe était estimée à 5,2% en 2009.

En 2009, l'incidence de l'infection au VIH en Afrique subsaharienne était estimée à 1,8 millions de personnes [1,6 million - 2,0 millions], soit 69,2% de l'ensemble des patients nouvellement infectés dans cette même année. Bien qu'étant élevée, cette incidence en Afrique subsaharienne a considérablement baissé par rapport aux 2,2 millions observés en 2001 [7].

Les épidémies de l'Afrique subsaharienne varient considérablement d'un pays à l'autre, la plupart paraissant s'être stabilisées, bien que souvent à des niveaux très élevés, en particulier en Afrique australe.

Le nombre total de nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne a chuté de plus de 26%, pour atteindre 1,9 million [1,7 millions - 2,1 millions] lors du pic d'épidémie en 1997. Dans 22 pays d'Afrique subsaharienne, la recherche montre que l'incidence de l'infection au VIH a diminué de plus de 25% entre 2001 et 2009. Cela concerne certains des pays les plus touchés par l'épidémie au niveau mondial : l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, le Nigeria, la Zambie et le Zimbabwe. L'incidence annuelle en Afrique du Sud, bien qu'encore élevée, a chuté d'un tiers entre 2001 et 2009, passant de 2,4% [2,1% - 2,6%] à 1,5% [1,3% - 1,8%]. De même, l'épidémie au Botswana, en Namibie et en Zambie semble décliner, tandis qu'au Lesotho, au Mozambique et au Swaziland, elle semble se stabiliser bien qu'étant toujours à des niveaux élevés [9].

Néanmoins, de 2001 à 2009, l'incidence de l'infection au VIH a chuté de plus de 25% dans 33 pays dans le monde, dont 22 sont en Afrique subsaharienne (Figure 3). Fait alarmant, en 2009 l'Afrique comptait 72,2% des PVVIH décédés [9].



Source : Rapport ONUSIDA 2010

Figure 3 : Évolution de l'incidence par pays de l'infection au VIH dans le monde de 2001 à 2009

II.3. Au Sénégal

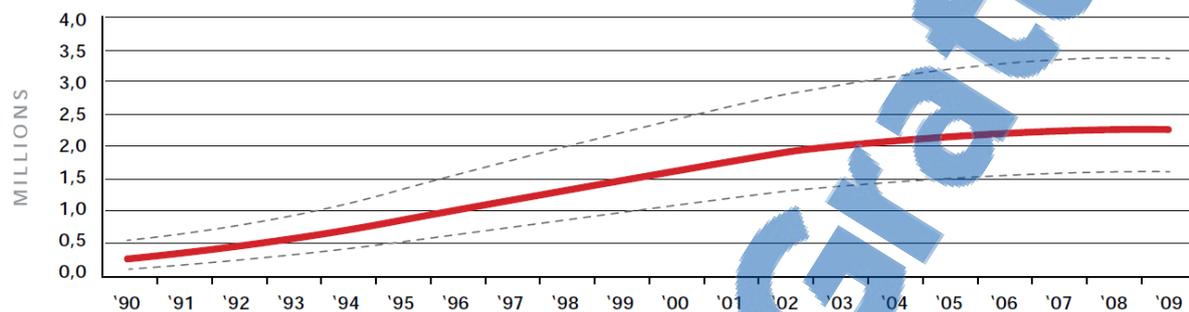
Les résultats de l'enquête démographique et de santé 5 (EDS V, 2010/2011) montrent qu'au niveau national, la prévalence globale était de 0,7%. Les femmes, avec une prévalence de 0,8%, étaient plus infectées que les hommes (0,5%) [10].

Les résultats de la surveillance sentinelle montraient que l'épidémie de VIH était de type concentré au Sénégal. Elle était caractérisée par une prévalence relativement faible dans la population générale, mais particulièrement élevée dans les populations les plus exposées à l'infection au VIH notamment les femmes, les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes. Selon le Bulletin épidémiologique de la surveillance du VIH paru en 2006, la prévalence moyenne du VIH chez les femmes enceintes était de 1,7%. La prévalence du VIH chez les travailleurs du sexe était de 19,8% en moyenne, avec des chiffres pouvant aller jusqu'à 29% à Ziguinchor. Les données épidémiologiques sur la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes donnaient une prévalence globale du VIH de 21,5%, avec une forte prédominance du VIH1 [11].

II.4. Le cas des enfants

Les données de surveillance du VIH s'appliquant directement aux enfants sont rares. Les enquêtes dans les consultations prénatales saisissent généralement des données concernant les filles et femmes âgées de 15 ans et plus.

Ainsi, la prévalence de l'infection au VIH chez les enfants était estimée à partir de celle des femmes de 15 à 49 ans, des taux de fécondité et de la survie relative des enfants séropositifs. Ces estimations montrent que le nombre d'enfants vivant avec le VIH dans le monde suit une augmentation régulière, passant de 1,6 millions en 2001, à 2,3 millions en 2009 (figure 4) [7].



Source : Rapport ONUSIDA 2010

Figure 4 : Évolution du nombre d'enfants infectés par le VIH dans le Monde de 1990 à 2009

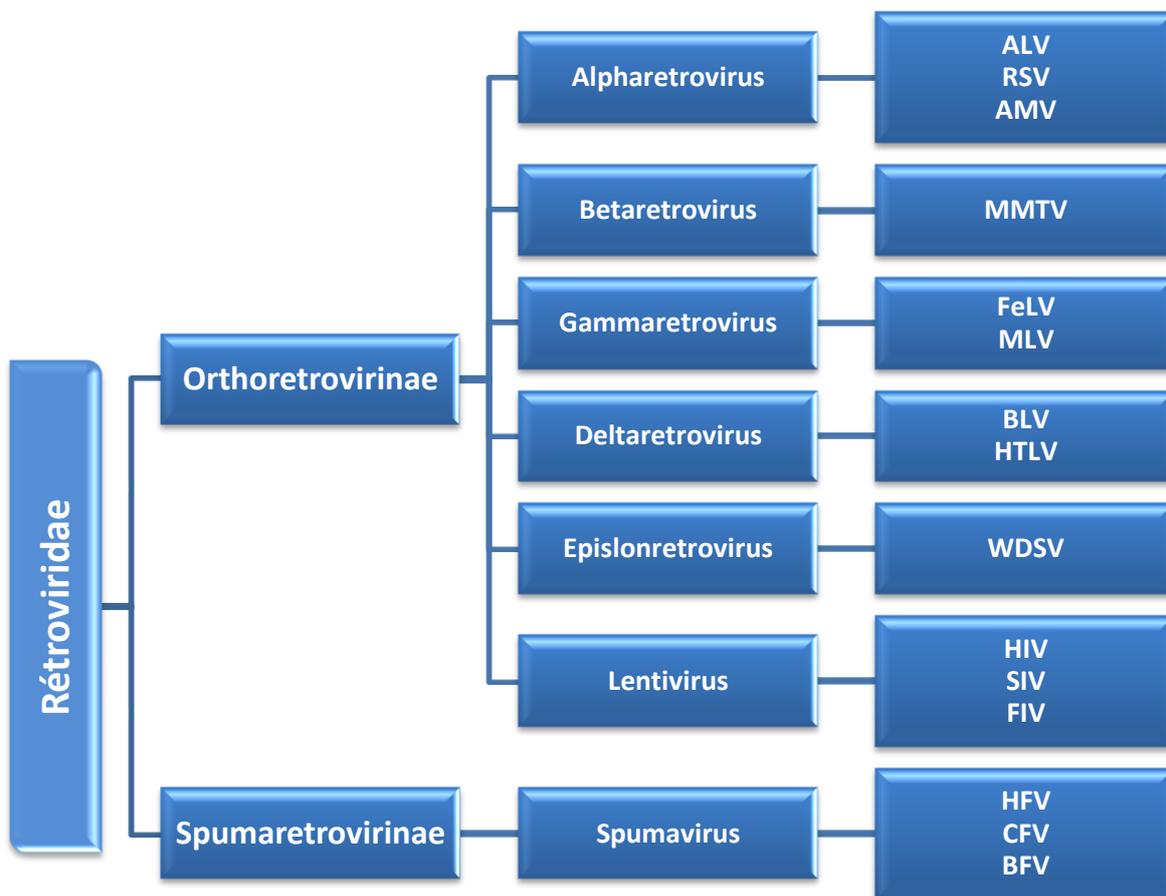
L'ONUSIDA estime que plus de 90% des enfants vivant avec le VIH ont contracté le virus au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement, toutes étant des formes de contamination pouvant être évitées. Une petite proportion des infections à VIH chez les enfants serait provoquée par des injections contaminées, la transfusion de produits sanguins infectés et les violences sexuelles [7].

En 2009, la mortalité liée à l'infection au VIH chez les enfants de moins de quinze ans était estimée à 270 000 [250 000 – 290 000], dont plus de 90% en Afrique subsaharienne [7].

La cinquième enquête démographique et de santé du Sénégal ne comportait des tests VIH que chez les adultes expliquant ainsi la mauvaise appréciation épidémiologique chez l'enfant [11].

III. AGENT PATHOGÈNE

Les Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) appartiennent à la famille des *Retroviridæ*. Ces derniers sont très largement répandus parmi les diverses espèces animales [12]. La figure 5 présente les différentes sous familles, les genres et les principales espèces de la famille des *Retroviridæ*.



ALV : Avianleukosis virus

RSV : Rous sarcoma virus

AMV : avianmyeloblastosisVirus

MMTV : Mouse mammarytumour virus

Felv : Felineleukemia virus

MLV : Murine leukemia virus

BLV : Bovinleukemia virus

HTLV : Human T-celleukemia virus

HIV : Human immunodeficiency virus

SIV : Simian immunodeficiency virus

FIV : Feline immunodeficiency virus

WDSV : Walleye dermal sarcoma virus

HFV : Human foamy virus

CFV : Chimpanzee foamy virus

BFV : Bovine foamy virus

Figure 5 : Classification des rétrovirus

Les rétrovirus sont essentiellement définis par leur mode de réplication. Le génome des rétrovirus, constitué de deux copies d'ARN simple brin de polarité positive, est en effet transcrit en un ADN bicaténaire grâce à une enzyme caractéristique de cette famille et contenue dans le virion. Il s'agit de la transcriptase inverse (ou RT, du terme anglo-saxon *Reverse Transcriptase*) [12].

Selon la pathogénie des rétrovirus, deux sous familles sont distinguées :

- ⚡ Les *Orthoretrovirinae* qui regroupent la plus grande partie des rétrovirus connus, y compris le VIH ;
- ⚡ Les *Spumaretrovirinae* avec des virus identifiés chez de nombreux mammifères. Cependant ils ne sont associés à aucune pathologie connue aussi bien chez l'homme que chez l'animal.

Deux types de VIH ont été identifiés :

- ⚡ **Le VIH1** découvert en 1983 par les Docteurs Françoise Barré-Sinoussi et Jean-Claude Chermann de l'équipe du Professeur Luc Montagnier de l'Institut Pasteur de Paris ;
- ⚡ **Le VIH2** caractérisé par des différences sensibles dans la structure du virus, a été découvert par l'équipe de Virologie de l'Hôpital Claude Bernard, sous la direction du Professeur Françoise Brun-Vézinet, et par le Docteur François Clavel de l'Institut Pasteur de Paris.

III.1. Structure du VIH

Les VIH sont des virus enveloppés de 90 à 120 nanomètres de diamètre. Dans leur forme typique, ils apparaissent comme des particules sphériques cernées par une enveloppe faite d'une couche lipidique à la surface de laquelle, émergent des boutons (figure 6) [12].

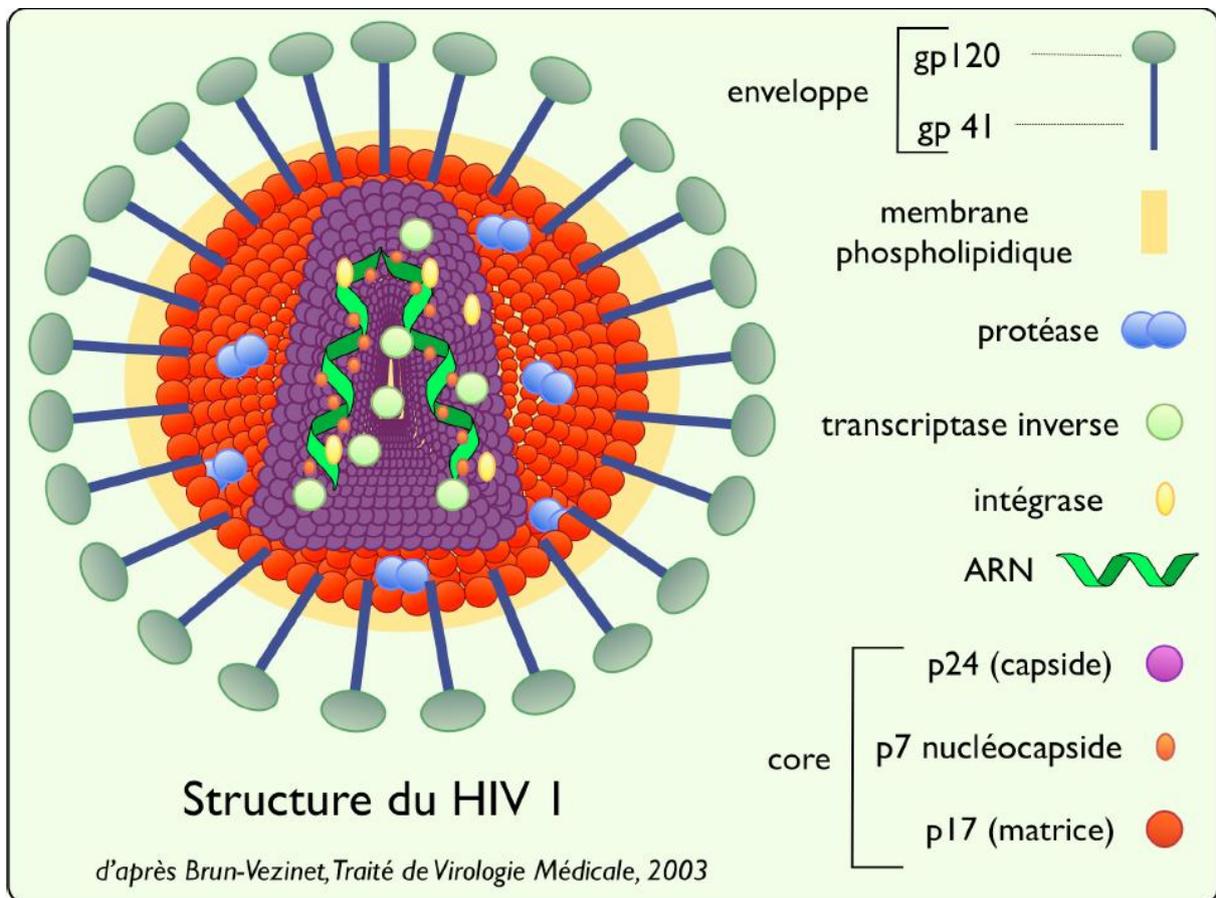


Figure 6 : Structure du VIH 1

Le VIH 1 comporte [12, 13] :

- 🦠 Une enveloppe constituée d'une double couche lipidique d'origine cellulaire (membrane plasmique), hérissée de spicules glycoprotéiques d'origine virale :
 - Deux glycoprotéines virales : la glycoprotéine transmembranaire (gp 41) et la glycoprotéine de surface (gp 120) ;
 - Des trimères de ces deux glycoprotéines qui font saillie à l'extérieur de la particule virale sous forme de spicules.

- ⚠ Une **matrice** constituée de protéines (p17 MA) tapissant l'intérieur de la particule virale et qui contient la protéase virale ;
- ⚠ Une **capside** constituée de protéines (p24) et qui se présente sous forme de trapèze au centre de la particule virale. Elle contient des protéines de la nucléocapside (P7NC), deux des trois enzymes virales (transcriptase et intégrase) et le matériel génétique du virus constitué de deux molécules d'ARN identiques.

Le VIH 2 se distingue du VIH 1 par ses protéines structurales. Il comporte ainsi :

- ⚠ La gp 36 comme glycoprotéine transmembranaire ;
- ⚠ La gp 140 comme glycoprotéine externe ;
- ⚠ La P 26 comme protéine interne majeure ;
- ⚠ La P 16 comme protéine externe.

III.2. Tropisme du VIH

Les cellules sensibles à l'infection VIH sont la sous population de lymphocytes T CD4+ auxiliaires, en particulier les lymphocytes mémoires. D'autres cellules sont également sensibles ; il s'agit : des macrophages, les cellules dendritiques, les cellules de Langerhans ainsi que les cellules microgliales du cerveau. Ces cellules, souvent présentatrices d'antigènes, ainsi que les lymphocytes T CD4 au repos, jouent un rôle important de réservoirs viraux, de dissémination et d'entrée du virus dans l'organisme.

Dans d'autres cellules, les virus sont simplement emprisonnés sans se répliquer. C'est le cas des cellules folliculaires dendritiques présentes dans les centres germinatifs des ganglions [12].

III.3. Réplication du VIH [12, 13]

Les principales étapes du cycle du VIH répliatif sont communes à tous les rétrovirus. Leur connaissance est essentielle à la compréhension de la physiopathologie de l'infection VIH et surtout, chacune de ces étapes constitue une cible potentielle pour une thérapeutique antirétrovirale (ARV).

La figure ci-dessous illustre les différentes phases de la réplication du VIH.

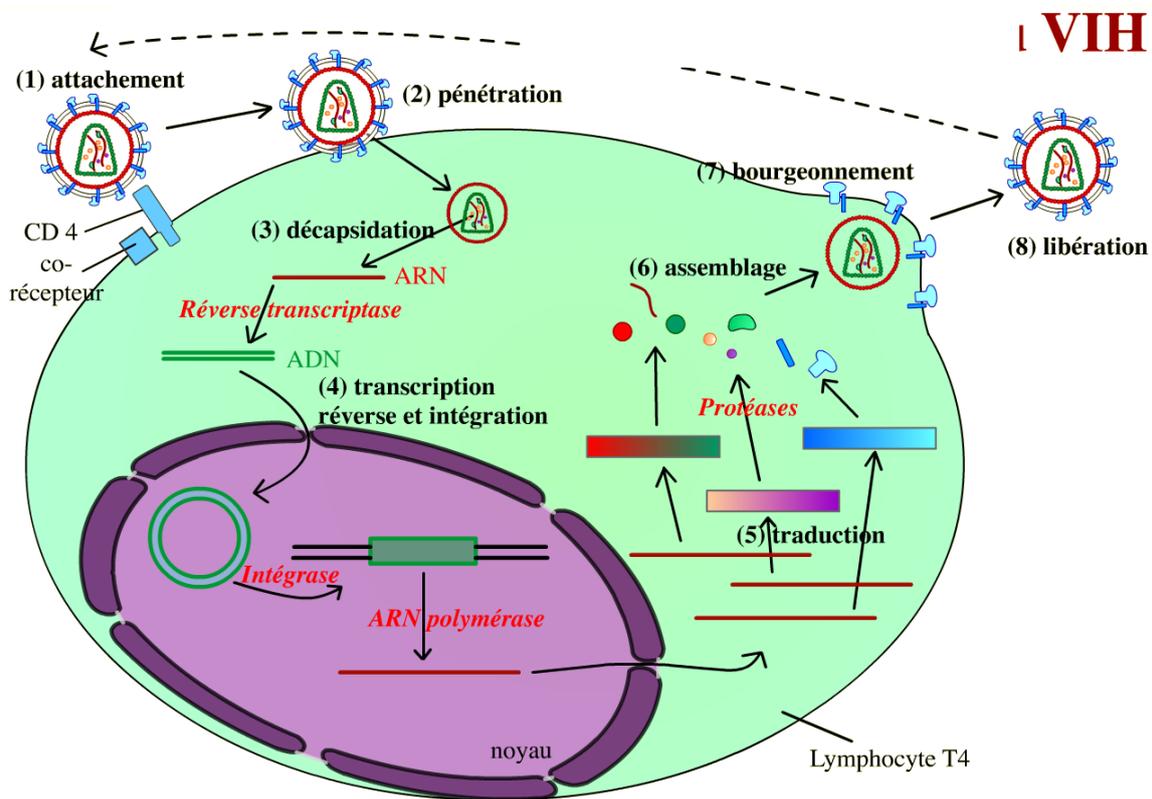


Figure 7 : Cycle de réplication du VIH

Cette réplication est un cycle comprenant les phases suivantes :

- ⚠ La phase de pénétration du virus dans la cellule hôte ;
- ⚠ La phase de transcription et d'intégration génomique ;
- ⚠ La phase de transcription du pro virus ;
- ⚠ La phase d'assemblage et de libération des virus.

III.3.1. Phase de pénétration du virus dans la cellule hôte

L'entrée du virus dans la cellule cible s'effectue grâce à une reconnaissance entre la glycoprotéine externe du VIH et son récepteur sur la cellule hôte. Cette interaction induit un changement conformationnel de la gp120 suite à la reconnaissance d'une région particulière de cette protéine, par des corécepteurs tels que la *Cystéine Chemokine Receptor* de type 5 (CCR5) et la fusine encore appelée *CX Chemokine Receptor* de type 4 (CXCR4). Il en résulte une fusion de l'enveloppe virale avec la membrane de la cellule grâce à la GP 41 : c'est l'**attachement**. Le matériel infectieux du virus fusionne avec la cellule : c'est la **pénétration**.

III.3.2. Phase de transcription et d'intégration génomique

Après une **décapsidation**, la transcriptase inverse contenue dans le virion infectieux effectue la **transcription inverse** de l'ARN viral en ADN double brin pro viral. L'ADN est acheminé dans le noyau où il est intégré dans les chromosomes de la cellule hôte, par l'action d'une autre enzyme codée par le virus : l'intégrase. Cette étape correspond à l'**intégration**. Le provirus peut ainsi rester inactif au niveau du génome de la cellule infectée ou produire activement de nouveaux virions.

III.3.3. Phase de transcription du provirus

L'ADN proviral est transcrit en ARN messager (ARNm) par l'ARN polymérase II cellulaire. Les ARNm précoces transcrits codent pour les gènes régulateurs et en particulier les gènes *tat*, *rev* et *nef*. La protéine *tat*, dont l'absence entraînerait un arrêt immédiat de la transcription, active la réplication virale.

Les ARNm tardifs transcrits, codent pour les protéines *gag*, *pol*, *env*, *vif*, *vpr*, *vpu* (ou *vpx*). Enfin, la protéine *rev* favorise le transport des ARNm tardifs codant pour les protéines des structures du virus du noyau vers le cytoplasme.

III.3.4. Phase d'assemblage et de libération du virus

Par des phénomènes de **traduction**, les ARNm sont traduits en protéines virales dans le cytoplasme grâce à la machinerie de la cellule hôte. Les ARNm de petites tailles donnent naissance aux protéines de régulation, ceux de taille moyenne et de taille complète donnent les protéines constitutives des VIH issues des gènes *gag*, *pol* et *env*.

Il s'ensuit un **assemblage** des protéines virales avec deux molécules d'ARN viral encapsidées à proximité de la membrane cellulaire. Ce processus d'assemblage, aboutit à la formation de nouveaux virus qui, suite à un **bourgeonnement** à la surface de la cellule infestée sont libérés dans le milieu extracellulaire, prêtes à infecter une nouvelle cellule cible.

Les conséquences de cette multiplication sont :

- ⚠ Une élévation de la charge virale grâce au renouvellement rapide et permanent de nouveaux virions circulants (environ 10^9 par jour) ;
- ⚠ Une destruction massive des lymphocytes TCD4 par action directe cytotoxique ou indirecte par l'intermédiaire des cellules tueuses de l'organisme ou des cytokines (apoptose) ;
- ⚠ Un déficit qualitatif des lymphocytes T CD4 ;
- ⚠ Une émergence et une sélection de variantes virales échappant aux réponses immunes

Toutes ces conséquences conduisent à une immunodépression progressive et profonde favorisant la survenue d'infections opportunistes et de néoplasies.

III.4. Voies de transmission du VIH

Il existe trois modes de transmission du VIH. Il s'agit de la transmission sexuelle, sanguine et materno-infantile, dans la mesure où le sang, le sperme et les sécrétions cervico-vaginales sont les produits biologiques contenant le VIH en quantité importante [14].

III.4.1. Transmission par voie sexuelle

C'est la voie de contamination la plus répandue à l'échelle mondiale [15].

La transmission sexuelle se fait à travers les muqueuses génitales, rectales ou buccales, lorsqu'elles sont en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant le virus. Ainsi, pour qu'il y ait un risque de transmission du virus, trois facteurs doivent être en présence : une personne porteuse du VIH, un rapport sexuel avec pénétration et une absence de protection [16].

La transmission peut s'effectuer lors de rapports hétérosexuels ou homosexuels avec une personne contaminée. Les rapports oro-génitaux seraient exceptionnellement contaminants. Certains facteurs augmentent le risque de transmission : rapport anal, lésions génitales infectieuses, saignement, charge virale. Un seul contact peut suffire à infecter une personne saine [14].

Le risque de contamination par acte sexuel serait plus important dans le sens homme-femme que dans le sens inverse, respectivement estimés à 23,4% et 12,1% [17].

Chez les enfants de moins de 15 ans, la transmission par voie sexuelle reste infime. Elle découle de violences sexuelles, mais également de la précocité des rapports sexuels. En effet, les chiffres de l'enquête démographique de 2005 au Sénégal montrent que 13% des femmes et 5,4% des hommes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans [18].

III.4.2. Transmission par voie sanguine

La transmission par voie sanguine se fait principalement suivant trois modes :

- 🚫 **La contamination par voie intraveineuse** chez les usagers de drogue. Elle reste le principal mode de transmission en Europe de l'Est, dans les Caraïbes et en Amérique latine [15] ;
- 🚫 **Les transfusions** de produits sanguins contaminés, devenues exceptionnelles du fait du dépistage systématique sur tout don de sang ;
- 🚫 **Les contaminations professionnelles** en milieu de soins et au laboratoire, qui se produisent par inoculation accidentelle de sang contaminé par le VIH, suite à une erreur de manipulation d'un instrument ou d'un produit contaminé.

III.4.3. Transmission de la mère-enfant (TME) ou transmission verticale

Cette voie est le mode quasi-exclusif de contamination des enfants par le VIH [19]. La transmission mère-enfant a lieu surtout en fin de grossesse et au cours de l'accouchement. Elle est exceptionnelle au cours des deux premiers trimestres de grossesse (fausse couche, accouchement prématuré).

En l'absence de traitement ARV, le taux de transmission mère-enfant est de 20 à 25% pour le VIH1 et d'environ 1 à 4% pour le VIH2. Sous traitement ARV, ce taux peut être réduit pour atteindre des taux de 0,8 à 1,8%. Le diagnostic prénatal de l'infection au VIH n'est pas encore réalisable [20].

Lors de l'allaitement par une mère infectée, le risque de transmission à l'enfant est important durant les deux premiers mois, mais persiste pendant toute la durée de l'allaitement [20].

De nos jours, cette transmission mère-enfant est de plus en plus traduite sous le concept de transmission parents – enfants ceci, afin de ne pas stigmatiser la femme et de conscientiser le père sur sa responsabilité dans la transmission du VIH à l'enfant.

Différents mécanismes interviennent dans la transmission qui apparaît multifactorielle. En dehors des aspects thérapeutiques, les principaux facteurs de risque de TME sont décrits dans le tableau I.

Tableau I : Principaux facteurs de risque de transmission mère-enfant du VIH (en dehors des aspects thérapeutiques) [20]

Facteurs maternels	Charge virale plasmatique élevée Déficit immunitaire Symptômes cliniques
Facteurs viraux	VIH 1
Facteurs fœtaux	Génétique (HLA, CCR5) Sexe féminin Hypotrophie
Facteurs placentaires	Chorioamniotite
Facteurs obstétricaux	Rupture prématurée des membranes Accouchement prématuré Infection génitale Gestes invasifs Accouchement par voie basse (versus césarienne programmée)
Allaitement	Charge virale dans le lait Mastite

IV. HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION AU VIH CHEZ L'HOMME

L'histoire naturelle de l'infection au VIH désigne l'ordre dans lequel se déroulent les manifestations cliniques, biologiques et immuno-virologiques de l'infection au VIH, en dehors de toute intervention thérapeutique. Elle comporte quatre phases qui sont : la primo infection, la phase asymptomatique, la phase d'immunodépression mineure et la phase d'immunodépression majeure ou de sida.

IV.1. Primo infection [21, 22]

Elle survient 2 à 6 semaines après la pénétration du virus dans l'organisme et correspond à la période de séroconversion. À ce moment, le virus se diffuse très rapidement dans le corps, et l'infection s'établit de façon définitive dans l'organisme. Ce stade est souvent asymptomatique mais, dans 30% à 50% des cas, des manifestations cliniques peuvent apparaître : on parle de primo-infection symptomatique ou de syndrome rétroviral aigu. Son diagnostic associé à une prise en charge précoce, permet d'améliorer le pronostic de l'infection au VIH.

Les manifestations cliniques les plus fréquemment rencontrées sont :

- 🚩 la fièvre ;
- 🚩 l'asthénie, les myalgies, les arthralgies et les céphalées ;
- 🚩 les adénopathies disséminées ;
- 🚩 le rash cutané ;
- 🚩 les pharyngites érythémateuses avec dysphagie.

À la biologie on note deux types de perturbations :

- **Des perturbations hématologiques** : une thrombopénie le plus souvent suivie d'une leucopénie à type de neutropénie et de lymphopénie. Celle-ci, fait place ensuite à une hyper-lymphocytose portant sur les CD8 avec de grands lymphocytes CD8 hyper basophiles, bleutés ; la lymphopénie CD4 est constante avec un rapport CD4/CD8 < 1.
- **Des perturbations hépatiques** avec une hépatite aigüe cytolytique.

Le diagnostic positif repose sur des examens directs et indirects :

- 🚫 la *Polymère Chain Réaction* (PCR) qui permet de détecter l'ARN viral plasmatique, dix jours après la pénétration ;
- 🚫 le dosage de l'antigénémie P24, antigène pouvant être détecté dès la deuxième semaine ;
- 🚫 la culture cellulaire permettant l'isolement du VIH ;
- 🚫 le dosage de la charge virale ;
- 🚫 la sérologie VIH à la recherche d'anticorps anti-VIH qui est positive dans plus de 90% des cas, entre la 2^{ème} et la 8^{ème} semaine après le contage.

IV.2. Phase de séropositivité asymptomatique [21,22, 23]

Après la phase de primo-infection, s'installe une phase d'infection chronique cliniquement latente mais biologiquement active : c'est la phase de séroconversion. Cette phase, la plus longue de la maladie (7-8 ans) ne présente en général aucun symptôme et c'est le plus souvent au cours de cette phase que le malade transmet la maladie sans le savoir. Une lymphadénopathie généralisée et persistante peut s'observer chez certains patients, témoin de la stimulation des défenses de l'organisme. Elle se traduit sur le plan clinique par des adénopathies cervicales, axillaires, sous maxillaires, occipitales, épitrochléennes, poplitées, souvent bilatérales et symétriques avec à la biopsie une hyperplasie folliculaire non spécifique.

IV.3. Phase d'immunodépression mineure [22, 23]

Elle traduit l'atteinte débutante mais significative du système immunitaire. Les symptômes retrouvés pendant cette phase permettent d'en évoquer le diagnostic. Il s'agit :

- 🚫 du syndrome constitutionnel : fièvre modérée mais persistante (1 mois) sans cause identifiée, associée à une perte de poids supérieure à 10% du poids initial, une diarrhée évoluant depuis plus d'un mois sans aucune cause identifiée, une altération de l'état général, des sueurs nocturnes abondantes ;
- 🚫 des infections opportunistes mineures : candidose buccale et génitale, leucoplasie chevelue de la langue, zona, dermites séborrhéiques, herpès génital, etc.

⚠ des manifestations hématologiques : thrombopénie, anémie, leucopénie sont le plus souvent rencontrées.

IV.4. Phase d'immunodépression sévère ou de sida [23]

Elle est caractérisée par des manifestations majeures, témoins du stade ultime de l'infection au VIH. Il s'agit essentiellement d'infections opportunistes majeures et de néoplasies. En l'absence de traitement, cette phase évolue inéluctablement vers le décès du sujet, suite à des infections et/ou néoplasies.

IV.5. Les classifications [24]

Des classifications clinico-biologiques permettent d'apprécier le niveau d'évolution de l'infection au VIH chez le sujet atteint.

La classification de l'OMS, révisée en 2006, décrit quatre stades d'évolution de l'infection au VIH (Tableau II). Elle reste la classification la plus utilisée en pratique clinique au Sénégal.

Tableau II : Classification en stades cliniques de l'OMS, version révisée 2006 [24]

<p>Stade clinique 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient asymptomatique - Adénopathies persistantes généralisées 	<p>Stade clinique 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome cachectique lié au VIH - Pneumopathie à <i>Pneumocystisjiroveci</i> - Pneumonie bactérienne récurrente - Herpès cutanéomuqueux > 1 mois, ou herpès viscéral quelle que soit la durée - Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons - Tuberculose extra-pulmonaire - Maladie de Kaposi - Infection à CMV (rétinite, ou viscérale) - Toxoplasmose cérébrale - Encéphalopathie à HIV - Cryptococcose extra-pulmonaire - Mycobactériose atypique disséminée - Leucoencéphalopathie multifocale progressive - Cryptosporidiose chronique (avec diarrhée) - Isosporose chronique - Mycose endémique disséminée (histoplasmosse, coccidioïdomycose) - Bactériémie à salmonelles non typhiques récurrente - Lymphome (cérébrale ou à cellule B non Hodgkinien) ou autre tumeur solide associée au VIH - Carcinome invasif du col utérin - Leishmaniose viscérale - Néphropathie ou cardiopathie liée au VIH Symptomatique
<p>Stade clinique 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids involontaire < 10% du poids corporel - Dermate séborrhéique - Prurigo - Atteinte fongique des ongles - Ulcérations buccales récurrentes - Chéilite angulaire - Zona - Infections récidivantes des voies respiratoires Supérieures 	
<p>Stade clinique 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids involontaire ≥ 10% du poids corporel - Diarrhée chronique inexpliquée > 1 mois - Fièvre prolongée (>1 mois) inexpliquée (>37,6°C, intermittente ou constante) - Candidose buccale persistante - Leucoplasie orale chevelue - Tuberculose pulmonaire en cours - Infection bactérienne sévère - Gingivite, périodontite ou stomatite ulcérate aiguës nécrosantes - Anémie < 8 g/100 ml, neutropénie < 500/mm³ ou thrombocytopénie < 50000/mm³ 	

À côté de la classification de l'OMS, il existe la classification en trois catégories des *Centers for Disease Control* (CDC) des États-Unis d'Amérique, établie en 1993 (Tableau III).

Tableau III : Classification du CDC 1993 en catégories A, B, C. [8, 24]

<p>Catégorie A</p> <p>Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infection VIH asymptomatique ; - Lymphadénopathie persistance généralisée (LPG) ; - Primo-infection symptomatique 	<p>Catégorie C</p> <p>Cette catégorie correspond à la définition du sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire ; - Candidose œsophagienne ; - Cancer invasif du col ; - Coccidioïdomycose, disséminée ou extra-pulmonaire ; - Cryptosporidiose intestinale supérieure à 1 mois ; - Infection à cytomégalovirus : CMV (autre que foie, rate ou ganglions) ; - Rétinite à CMV (avec altération de la vision) ; - Encéphalopathie due au VIH ; - Infection herpétique, ulcère chronique supérieure à 1 mois, infection bronchique, pulmonaire ou œsophagienne ; - Histoplasmosse disséminée ou extra-pulmonaire ; - Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à 1 mois) - Sarcome de Kaposi ; - Lymphome de Burkitt ; - Lymphome immunoblastique ; - Lymphome cérébral primaire ; - Infection à <i>Mycobacterium avium</i> ou <i>kansaii</i>, disséminée ou extra-pulmonaire ; - Infection à <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, quelque soit le site pulmonaire ou extra-pulmonaire ; - Pneumopathie bactérienne récurrente ; - Leuco-encéphalite multifocale progressive ; - Septicémie à salmonelle non typhi récurrente ; - Toxoplasmose cérébrale ; - Syndrome cachectique du VIH.
<p>Catégorie B</p> <p>Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Candidose oro-pharyngée ; - Candidose vaginale persistante, fréquente ou qui ne répond pas au traitement ; - Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ ; - Syndrome constitutionnel : fièvre (>38°C) ou diarrhée supérieur à 1 mois ; - Leucoplasie chevelue de la langue ; - Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome ; - Purpura thrombocytopenique idiopathique ; - Salpingite en particulier lors de complications par abcès tubo-ovariens ; - Neuropathie périphérique. <p>Cette catégorie est hiérarchique, c'est-à-dire qu'un sujet classé dans la catégorie B ne peut passer dans la catégorie A lorsque les signes cliniques ont disparu.</p>	

V. PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION AU VIH

La prise en charge est l'ensemble des mesures et attitudes prises vis-à-vis des sujets infectés, afin de prolonger leur survie et d'améliorer leurs conditions de vie pour leur garantir un bien-être [25].

V.1. Test de dépistage du VIH

Le dépistage du VIH constitue un élément majeur dans la stratégie de prévention. Il est recommandé devant toute situation épidémiologique à risque.

Au Sénégal, le test de dépistage est volontaire et gratuit, il doit faire l'objet d'un consentement préalable libre et éclairé. Ainsi, tous les centres de dépistage, les cliniques et les laboratoires qui pratiquent des tests VIH sont tenus d'offrir gratuitement des services de counselling avant et après chaque test VIH. Pour les enfants âgés de moins de 15 ans, l'avis des parents ou du représentant légal est requis avant tout dépistage VIH [26].

Tout résultat de test de dépistage à VIH/Sida est confidentiel et ne peut être remis par la personne habilitée qu'aux personnes suivantes :

- 🚫 La personne ayant subi le test ;
- 🚫 Le représentant légal de l'enfant mineur ou de l'adulte incapable ayant subi le test ;
- 🚫 L'autorité compétente ayant requis le test ;
- 🚫 La personne habilitée par celui qui a subi le test.

V.2. Prise en charge psycho-sociale

Elle comprend tout acte, toute attitude, toute parole qui a pour but de renforcer les capacités psycho-sociales d'une personne, soit en la tranquillisant, soit en la renforçant, soit en l'encourageant. Elle consiste également à aider la personne à trouver une solution à ses problèmes et à prendre des décisions sages et courageuses [25].

La prise en charge psycho-sociale d'un sujet infecté par le VIH débute depuis le counselling pré-test et se poursuit toute sa vie. Cette prise en charge psycho-sociale s'établit :

- ✶ Lors de l'entretien individuel d'information réalisé avant le dépistage, encore appelé counselling pré-test, qui consiste à obtenir un consentement libre et éclairé du patient, des parents ou du responsable légal chez le mineur comme le prescrit la loi sur le VIH/Sida [26].
- ✶ Lors du counselling post test et pour le reste du suivi, à aider le patient et son entourage à vivre positivement la séropositivité, et à adopter un comportement responsable.

Chaque personne infectée est un cas spécifique. Les PVVIH ont besoin d'être soutenues pour faire face aux multiples défis de la maladie qui, à l'état actuel des connaissances ne se guérit pas et engendre encore des discriminations sociales [25].

Dans le cas particulier de l'enfant, la délivrance de l'information reste délicate. Les pédiatres utilisent l'information dite partielle en réalisant un heureux compromis entre la nécessité de donner des repères aux mineurs tout en ménageant les réticences des parents à nommer formellement la maladie [19].

Ainsi, le médecin et l'assistant social sont au centre de ce soutien psychosocial, qui constitue un pilier important de la prise en charge des PVVIH.

V.3. Prise en charge nutritionnelle [27]

Le volet nutritionnel est une composante obligatoire dans tout programme de prise en charge des PVVIH. La malnutrition est considérée comme un cofacteur de progression rapide de l'infection vers le stade de sida [27]. La prise en charge nutritionnelle commence par l'évaluation de l'état nutritionnel et des conseils de régime d'ordre général [27] à savoir :

- ✶ S'alimenter régulièrement ;
- ✶ Savoir fractionner les repas ;
- ✶ Varier l'alimentation en mangeant chaque jour des aliments énergétiques, riches en protéines et surtout des fruits et légumes ;
- ✶ Éviter l'alcool, le tabac et les excitants ;
- ✶ Faire du sport ;
- ✶ Consommer de l'eau potable.

Dans le cas particulier de l'enfant né de mère séropositive, la politique nationale en matière d'alimentation a changé au Sénégal. En effet, il est recommandé dorénavant de faire l'allaitement maternel protégé. On entend par allaitement maternel protégé un allaitement sous couvert d'une trithérapie ARV chez la mère (comme prophylaxie ou comme traitement) et d'une prophylaxie chez l'enfant.

V.4. Prise en charge vaccinale

Les sujets infectés par le VIH présentent une sensibilité accrue à certaines infections, dont certains peuvent bénéficier d'une protection vaccinale (pneumocoque notamment). D'une manière générale, l'immunogénicité des vaccins est moindre chez les personnes vivant avec le VIH surtout lorsque le taux de CD4 est inférieur à 500/mm³. C'est encore plus vrai si elle est inférieure à 200/mm³ et que la charge virale VIH est élevée. Les vaccins vivants à germe atténués sont en principe contre-indiqués à cause du risque plus élevé de complication et en particulier en cas de déficit immunitaire sévère. Ainsi, dans tous les cas le BCG est contre-indiqué pour les séropositifs.

La vaccination est conseillée dans la prise en charge de l'infection par le VIH. Les patients asymptomatiques doivent bénéficier de tous les vaccins selon le programme élargi de vaccination (PEV) de l'OMS. Cependant, les patients symptomatiques devront être privés de tous les vaccins vivants, à savoir le bacille de Calmette et Guérin contre la tuberculose, le vaccin contre la fièvre jaune et celui contre la poliomyélite par voie orale. Le vaccin antipneumococcique est recommandé chez tout séropositif [27, 28, 29].

V.5. Prise en charge médicale

Prendre en charge une personne infectée par le VIH implique un certain nombre de démarches consistant à :

- 🚫 Établir une relation de confiance médecin-malade dans laquelle les aspects non médicaux, émotionnels ou sociaux sont aussi importants que les aspects strictement biomédicaux ;
- 🚫 Intégrer le patient dans une prise en charge pluridisciplinaire impliquant cliniciens, psychologues, biologistes, association de malades, etc... ;
- 🚫 Mettre en place un calendrier de suivi bioclinique ;

- ⚠ Prendre en charge la séropositivité tant en amont (prévention de la dissémination du VIH) qu'en aval (intégration sociale à maintenir le plus longtemps possible, renforcement du secret médical).

La prise en charge médicale comportera un examen clinique complet et un bilan immunobiologique. La périodicité du suivi est fonction de l'état clinique et de l'importance de l'immunodépression.

V.6. Prise en charge des infections opportunistes

Cette phase consiste à prévenir les infections opportunistes (IO) voire à les diagnostiquer et à les traiter dans le cas échéant. La prévention de certaines de ces IO (isosporose, toxoplasmose) se fait par l'administration de Cotrimoxazole.

V.7. Prise en charge par les médicaments antirétroviraux (ARV)

V.7.1. Les médicaments ARV

L'utilisation large des thérapies antiretrovirales (ARV) a permis de diminuer considérablement la morbidité et la mortalité de l'infection au VIH. Le traitement ARV a pour but de réduire considérablement la réplication virale (charge virale indétectable) garante principale de la durabilité de l'effet anti rétro viral et de la restauration des fonctions immunitaires (relevant le taux de CD4) pour une amélioration de la qualité de vie des PVVIH, la réduction des infections opportunistes, et de la mortalité.

Les médicaments ARV approuvés par la *Food and Drug Administration* (FDA) sont présentés dans le tableau IV [30].

Tableau IV : Médicaments approuvés par la Food and Drug Administration (2008) [38]

CLASSES	MOLÉCULES
Inhibiteurs nucléosidiques ou nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI)	Zidovudine (AZT) Didanosine (ddi) Zalcitabine Stavudine (d4t) Lamivudine (3TC) Abacavir (ABC) Tenofovir (TDF) Emtricitabine (FTC)
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)	Névirapine (NVP) Delavirdine Efavirenz (EFV) Etravirine
Inhibiteurs de protéase (IP)	Saquinavir (SQV) Ritonavir (RTV) Indinavir (IDV) Nelfinavir (NFV) Amprénavir Lopinavir Atazanavir Fosamprénavir Tipranavir Darunavir
Inhibiteur de fusion	Enfuvirtide (T-20)
Inhibiteur d'intégrase	Raltegravir
Inhibiteur d'entrée	Maraviroc

Les ARV sont présentés soit isolément, soit en combinaison. Le Ritonavir est souvent utilisé comme agent potentialisateur d'un autre inhibiteur de protéase.

Au Sénégal, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH se fait actuellement avec les ARV suivants :

- 🚩 **INTI** : Zidovudine, Didanosine, Stavudine, Lamivudine, Abacavir, Tenofovir ;
- 🚩 **INNTI** : Névirapine, Efavirenz ;
- 🚩 **IP** : Lopinavir associé au Ritonavir.

Les autres ARV, y compris celles de dernière génération ne sont pas encore disponibles au Sénégal comme dans la plupart des pays à ressources limitées.

V.7.2. Les critères d'éligibilité au traitement ARV et à la prophylaxie anti tuberculeuse

Selon l'OMS, la mise sous traitement ARV devra se faire chez [31] :

- ⚠ Tous les sujets infectés par le VIH au stade 3 ou 4 de l’OMS.
- ⚠ Tous les sujets au stade 1 et 2 de l’OMS avec un taux de $CD4 \leq 350/mm^3$.
- ⚠ Les patients qui présentent une hépatite B et qui nécessite un traitement quelque soit le taux de $CD4$.
- ⚠ Les patients qui ont présenté une tuberculose avec un taux de $CD4 < 500/mm^3$.

Les critères d’éligibilité au traitement ARV au Sénégal sont présentés au niveau du tableau V.

Tableau V : Indication, inclusion et suivi du traitement ARV au Sénégal [32]

	Stade clinique 1 de l’OMS asymptomatique	Stade clinique 2 de l’OMS maladie peu sévère	Stade clinique 3 de l’OMS maladie modérée	Stade clinique 4 de l’OMS maladie sévère ou SIDA
Prophylaxie au cotrimoxazole	Si $CD4 < 350/mm^3$	Si $CD4 < 350/mm^3$	Systématique	Systématique
Traitement ARV	Seulement si $CD4 < 350/mm^3$	Seulement si le taux de $CD4 < 350/mm^3$ ou lymphocytes totaux $< 1200/mm^3$	Systématique Si TB pulmonaire. Si $CD4$ indisponible ou $< 500/mm^3$	Systématique

V.7.3. Protocoles de traitement

La monothérapie et la bithérapie sont contre-indiquées dans le traitement de l’infection au VIH chez l’adulte et chez l’enfant. Actuellement, seules les associations hautement actives d’antirétroviraux (trithérapie) sont recommandées. Elles permettent d’obtenir une synergie antirétrovirale plus puissante et de prévenir la sélection de mutants résistants.

V.7.3.1. Schéma première intention de l’OMS [31]

L’OMS recommande les régimes thérapeutiques suivants :

- ⚠ **2 INRT + 1 INNRT** en cas d’infection au VIH1.
- ⚠ **2 INRT + 1 IP** en cas d’infection au VIH 2 ou VIH1+VIH2.

En cas d’échec, c’est-à-dire si les patients recevant un traitement ARV de première intention et chez qui, malgré une observance correcte (après 6 mois d’utilisation), présentent des signes cliniques ou immunovirologiques d’évolution de l’infection par le VIH, le traitement de seconde intention peut s’appliquer.

V.7.3.2. Schéma de deuxième intention de l'OMS

En cas d'échec du traitement de première intention, l'utilisation des anti protéases (lopinavir/ritonavir ou atazanavir/ritonavir) est indiquée. Les schémas recommandés sont les suivants :

- 🚫 **TDF + 3 TC/FTC + IP** pour les malades sous AZT
- 🚫 **AZT +3 TC/FTC + IP** pour les malades sous TDF
- 🚫 **ABC + DDI + IP** pour les malades multitraités

V.7.3.3. Schéma de troisième intention de l'OMS

Ces schémas doivent utiliser de nouveaux médicaments ayant de bonnes chances d'avoir une activité anti VIH comme les inhibiteurs de l'intégrase, les INNTI de deuxième génération et les IP de deuxième génération. Les principaux ARV utilisés sont les suivants :

- 🚫 **les inhibiteurs de l'intégrase** : Raltégravir (MK-0518)
- 🚫 **les antagonistes du co-récepteur CCR5** : Maraviroc
- 🚫 **les inhibiteurs de fusion** : Enfuvirtide (T-20)
- 🚫 **les inhibiteurs de protéase** : Duranavir (Presista®), Tipranavir (Aptivus®)

V.6.3 Schéma au Sénégal [32]

Au Sénégal, en raison de l'indisponibilité de certains médicaments, le schéma de première intention est le suivant :

- 🚫 **pour une infection au VIH1**, le schéma sera fonction de l'hémoglobémie
 - Hémoglobémie $\geq 8\text{g/dl}$: AZT + 3TC + EFV ou NVP
 - Hémoglobémie $< 8\text{g/dl}$: TDF + 3TC + EFV ou NVP
- 🚫 **pour une infection au VIH2 (seul ou en co-infection avec VIH1)**, le même schéma est adopté sauf qu'on remplace NVP et EFV par la LPV/r.

En deuxième intention, il existe deux schémas thérapeutiques possibles. Il s'agit des trithérapies :

- 🚫 TDF+FTC+ATV/r ou LPV/r ;
- 🚫 AZT+3TC+LPR/r ou ATV/r.

V.8. Prévention de l'infection au VIH

La prévention est d'un intérêt majeur en ce qui concerne l'infection au VIH. Cet intérêt relève de l'absence d'un traitement ARV éradicateur et de vaccin.

V.8.1. Prévention de la transmission sexuelle

La prévention de la transmission sexuelle est basée sur l'abstinence sexuelle, la fidélité dans les couples et l'usage du préservatif. L'utilisation des préservatifs dans les populations à risques constitue une barrière efficace contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST). En cas d'accident avec exposition au sexe (rupture de préservatif, violences sexuelles), la prophylaxie repose sur une trithérapie (2 INTI + 1 IP) pendant un mois, le soutien psycho-médico-légal, la prévention des infections sexuellement transmises, la vaccination contre l'hépatite B et la contraception d'urgence s'il s'agit d'une femme [13].

La lutte contre le vagabondage sexuel et le multipartenariat sont à la base de cette prévention.

V.8.2. Prévention de la transmission sanguine

La prévention de la transmission sanguine se fait par :

- ⚠ La lutte contre la toxicomanie ;
- ⚠ Le dépistage systématique du VIH dans les banques de sang et d'organe ;
- ⚠ Le respect des règles de biosécurité chez les personnels de santé ;
- ⚠ La prise en charge précoce de tout AES.

V.8.3. Prévention de la transmission mère-enfant

Elle constitue le pilier majeur de la prévention de l'infection du VIH chez l'enfant, ce mode de transmission concernant plus de 90% des enfants infectés par le VIH. Cette prévention repose sur les éléments suivants :

- ⚠ La prévention de l'infection au VIH chez les femmes en âge de reproduction ;
- ⚠ La proposition du dépistage VIH à toute femme enceinte ;
- ⚠ La mise sous traitement ARV de toute femme enceinte séropositive (Zidovudine à partir de la 28^{ème} semaine de grossesse et Névirapine au moment du travail jusqu'au clampage du cordon ombilical) ;
- ⚠ La prise en charge de tout enfant né de mère séropositive avec une thérapie ARV dès la naissance, et un suivi en milieu spécialisé compte tenu de la complexité du diagnostic et du traitement sur ce terrain ;
- ⚠ L'allaitement maternel protégé qui permet d'assurer au nouveau né un bon état nutritionnel avec un risque de transmission du VIH inférieur à 1%.

VI. ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL MÉDICAL

VI.1. Définition et concepts

VI.1.1. Attitudes

L'attitude, c'est "l'état d'esprit" d'un sujet ou d'un groupe vis-à-vis d'un objet, d'une action, d'un individu ou d'un groupe ; c'est le savoir-être de quelqu'un.

Selon Thurstone, l'attitude est un sentiment positif ou négatif à l'égard de l'objet. Gordon Allport, lui, considère l'attitude comme "un état mental et neuropsychologique de préparation de l'action, organisé à la suite de l'expérience et qui exerce une influence dynamique sur le comportement de l'individu vis-à-vis de tous les objets et de toutes les situations qui s'y rapportent" [33].

VI.1.2. Pratiques ou comportements

Les pratiques, encore appelées comportements sont des actions observables d'un individu en réponse à un stimulus [33]. Une pratique est une façon de procéder dans la réalisation d'une action. Elle peut se faire seule ou en groupe.

Traditionnellement, la pratique est opposée à la théorie. Cependant, la pratique recèle un savoir spécifique qui se distingue de la théorie censée la fonder ou en rendre compte.

L'attitude est un concept indispensable dans l'explication de la pratique. Au cours des siècles, la peur de la contagion a souvent justifié la méfiance à l'égard des malades, leur isolement et leur rejet. Dans le cadre de l'infection au VIH, les personnes porteuses du virus ont été et sont encore considérées comme potentiellement dangereuses, car susceptibles de propager la maladie [33]. Ces considérations seraient à la base des pratiques de rejet et de discrimination des personnes vivant avec le VIH, aussi bien par la société que par les personnels de santé.

VI.2. Stigmatisation et discrimination des personnes infectées par le VIH

En 1987, Jonathan Mann, alors Directeur du Programme mondial de lutte contre le sida de l'OMS, identifiait trois phases de l'épidémie du VIH/Sida :

- 🚫 La première étant l'épidémie du VIH ;
- 🚫 La deuxième, l'épidémie du sida ;
- 🚫 La troisième, l'épidémie de la stigmatisation, de la discrimination et du déni.

Jonathan Mann prédisait alors que la stigmatisation, la discrimination et le déni prendraient une importance comparable à celle de la maladie elle-même [34]. La stigmatisation et la discrimination sont donc reconnues comme des facteurs clés qu'il est nécessaire de prendre en compte pour élaborer une réponse efficace et durable en termes de prévention, de soins, de traitement et de réduction des impacts du VIH.

Le mot "stigmatisation" est d'origine grecque et fait référence aux marques de malformations physiques des étrangers ou des personnes considérées comme inférieures. Actuellement, la stigmatisation est définie comme "un attribut indésirable ou discréditant que possède un individu ou un groupe, réduisant le statut de cet individu ou de ce groupe aux yeux de la société" [34, 35]. Il s'agit donc du catalogage d'un individu ou d'un groupe comme différent ou déviant. C'est ainsi que la loi sénégalaise définit la stigmatisation sur le VIH/Sida comme le fait d'indexer, de blâmer, d'avilir ou de rejeter une personne du fait de sa séropositivité réelle ou supposée [26].

La stigmatisation et la discrimination sont des aspects interagissant entre eux et communs à tous les parcours de vie. Alors que la stigmatisation fait référence au champ des attitudes, la discrimination concerne la pratique et le comportement. L'auto-stigmatisation est le résultat de l'intériorisation et l'acceptation des situations vécues de stigmatisation et de discrimination que la personne ou le groupe endure au cours du temps. Ainsi, comme le montre la figure 10 la stigmatisation provoque la discrimination, et celle-ci conduit à l'auto-stigmatisation. Cette dernière, à son tour renforce et légitime la stigmatisation créant ainsi un cercle vicieux (figure 8) [36].

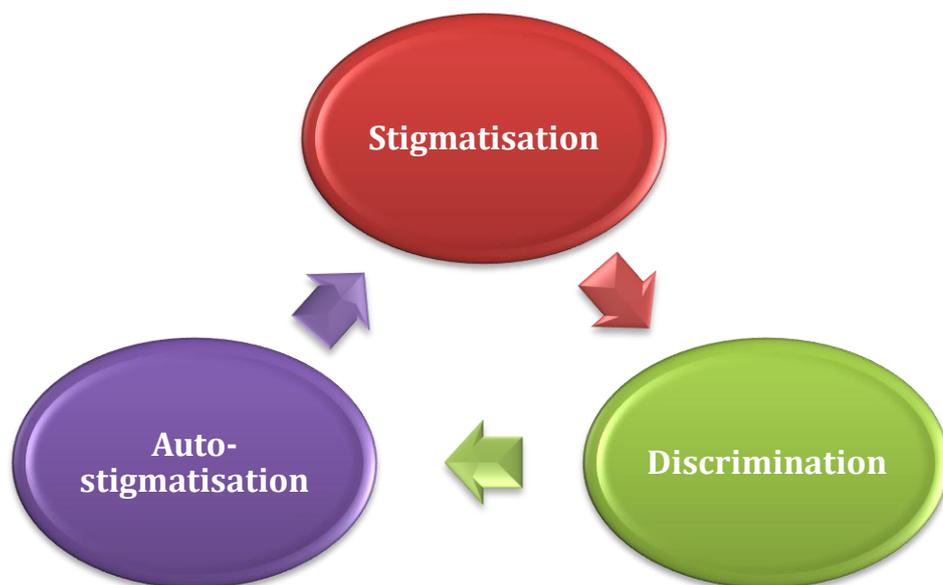


Figure 8 : Cadre conceptuel de la stigmatisation, de la discrimination et de l'auto-stigmatisation[36]

Les effets de la stigmatisation et de la discrimination peuvent être ressentis à de différents niveaux : celui de l'individu, de la famille, de la communauté, des programmes et de la société. Ces effets, constituent des obstacles multiples menant à une transmission, une morbidité et une mortalité accrues. Ces obstacles interviennent à des niveaux variables car [36] :

- ⚡ Empêchent à un individu de se faire tester ;
- ⚡ Empêchent à un individu de reconnaître sa séropositivité ou celle d'un membre de son entourage ;
- ⚡ Réduisent la sollicitation de soins, de soutien ou de traitement ;
- ⚡ Provoquent une gêne réduisant l'utilisation de protections lors de relations intimes ;
- ⚡ Réduisent l'accès à des traitements et soins de qualité ;
- ⚡ Accroissent les inégalités sociales ;
- ⚡ Affectent négativement la qualité de vie.

La stigmatisation et la discrimination restent présentes là où on les attend le moins : en milieu de soins [5, 37]. Cette discrimination par le personnel de santé constitue un véritable frein à l'atteinte des objectifs des programmes de lutte contre le VIH/Sida [5].

Pour pallier cette stigmatisation et cette discrimination, les États membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) avaient pris l'engagement de mettre en place toutes les mesures nécessaires pour éliminer

toute forme de discrimination des personnes atteintes du VIH/Sida, et de veiller à ce qu'elles jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux, lors de leur assemblée générale de 2001 [38]. Le

Sénégal a ainsi voté en 2010 une loi relative au VIH/Sida [26] qui a entre autres objectifs :

- 🚫 D'imposer un consentement libre et éclairé avant tout test de dépistage ;
- 🚫 De garantir la confidentialité du résultat sérologique ;
- 🚫 De garantir l'accès à des soins médicaux optimaux aux personnes infectées ;
- 🚫 D'interdire toute forme de discrimination des personnes vivant avec le VIH, surtout par le personnel de santé.

VII. TRANSMISSION DU VIH EN MILIEU DE SOINS

L'accident avec exposition au sang (AES) est défini comme tout contact accidentel avec du sang ou un liquide biologique potentiellement contaminant suite à une effraction cutanée, une projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée [39].

Le portage chronique du VIH est constant chez les patients infectés par ce virus. Tout patient ayant le virus est donc susceptible d'être la source d'une contamination lors d'un AES. Ce risque est évalué à 0,32% suite à un accident percutané et à 0,03% par exposition cutanéomuqueuse. Cependant, d'autres agents infectieux hautement pathogènes sont plus transmissibles que le VIH. En effet, suite à un accident percutané, le virus de l'hépatite C est dix fois plus transmissible que le VIH, et le virus de l'hépatite B cent fois plus [39].

VII.1. Épidémiologie de la transmission du VIH en milieu de soins

Les prestataires les plus exposés à la contamination lors d'actes de soins sont les infirmiers et les chirurgiens. Les objets les plus incriminés dans les AES sont les aiguilles des seringues et celles de suture [39].

En France, au 31 décembre 2005, 48 cas d'infections à VIH professionnelles ont été recensées depuis le début de la pandémie. Parmi elles, 14 séroconversions étaient documentées, le reste étant des cas présumés [39].

Au Sénégal, une étude réalisée au niveau du personnel de santé [39] avait trouvé une prévalence des AES de l'ordre de 40%, cependant sans aucun cas de séroconversion. Ainsi, bien que redoutée, la transmission du VIH lors d'actes de soins reste rare.

VII.2. Action des agents physiques et chimiques sur le VIH

Le VIH est inactivé par la plupart des procédés physiques ou chimiques utilisés pour la désinfection ou la stérilisation. De ce fait, la plupart des procédés usuels pour désinfecter les matériels ou les surfaces sont actifs vis-à-vis du VIH [39]. Le tableau VI récapitule les procédés de désinfection usuels avec leurs temps d'inactivation.

Tableau VI : Agents d'inactivation du VIH [39]

AGENT DE DÉSINFECTION	TEMPS D'INACTIVATION	INDICATION
Chlorés (Eau de javel)		
Hypochlorite de sodium à 0,1%	15 min	Désinfection de surfaces
Hypochlorite de sodium à 0,5%	1 min	Désinfection de surfaces
Alcool		
Éthanol à 70%	1 min	Antiseptique
Ammonium quaternaire à 0,1%	10 – 30 min	Antiseptique et désinfection de surfaces
Alcool iodés		
Produits iodés 4-10%	Rapide	Antiseptique
Phénol	Rapide	Désinfection
Hydrogène peroxydée à 6%	3 min	Antiseptique
Chlorhexidine à 1-2%	Rapide	Antiseptique
Aldéhydes à 0,2%	30 – 60 min	Désinfection des instruments
Formaldéhydes à 2%	10 min	Désinfection de surfaces
Chaleur (autoclave)		
56°	30 min	Désinfection des instruments
121°	< 15 min	
Sécherie à température ambiante	3 – 7 jours	Désinfection des instruments
Stérilisation aqueuse		
23-27°C	15 jours	Désinfection des instruments
37° C	11 – 15 jours	Désinfection des instruments

VII.3. Prévention des AES en milieu de soins

Les éléments de la stratégie de prévention des AES en milieu de soins reposent sur le respect des dix précautions universelles et l'accès selon le geste à des matériels dits protecteurs. Les précautions universelles de prévention contre les AES en milieu de soins sont présentées dans le tableau VII.

Tableau VII : Précautions universelles entourant les actes de soins [39]

- 1. Porter des gants** pour tout risque de contact avec un liquide biologique contenant du sang, une lésion cutanée, des muqueuses, du matériel souillé et systématiquement si l'on est atteint de lésions cutanées.
- 2. Protéger toute plaie par un pansement.**
- 3. Se laver les mains**
Immédiatement avec du savon (puis désinfecter) en cas de contact avec du sang, et se laver systématiquement les mains après tout soin.
- 4. Porter un masque, des lunettes, une surblouse**
Lorsqu'il y a un risque de projection (aspiration trachéo-bronchique, soins de trachéotomie, endoscopie, cathétérismes, chirurgie...) choisir un masque antiprojection et non « visiteur » bien adapté au visage.
- 5. Faire attention** lors de toute manipulation d'instruments pointus ou tranchants, potentiellement contaminés.
- 6. Ne jamais plier ou recapuchonner les aiguilles et ne jamais dégager les aiguilles des seringues ou des systèmes de prélèvement sous vide à la main.**
- 7. Utiliser un conteneur**
Jeter immédiatement tous les instruments piquants ou tranchants dans un conteneur spécial ; une aiguille souillée est une aiguille à jeter.
- 8. Décontaminer immédiatement** les instruments utilisés et les surfaces souillées par du sang ou liquide biologique avec de l'eau de javel fraîchement diluée à 10% ou un autre désinfectant efficace.
- 9. Au laboratoire**, les précautions déjà citées doivent être prises systématiquement ; les prélèvements doivent être transportés dans un tube ou flacon hermétiques, sous emballage étanche ; il est interdit de pipeter à la bouche.
- 10. Ces mesures de base doivent être complétées** par des mesures spécifiques à chaque discipline et par l'adoption de matériel de sécurité adapté.

Le respect des précautions universelles s'impose devant tout patient qu'il soit séropositif ou non. Le port de gants est un facteur de protection non négligeable. En cas d'accident, l'effet d'essuyage mécanique qu'il

réalisée permet de réduire de 46 à 86% le volume de sang inoculé par l'aiguille souillée. Cet effet est majoré lorsque l'opérateur porte deux paires de gants [39].

Au bloc opératoire, le port d'une double paire de gants est recommandé en cas de chirurgie sur une personne infectée par le VIH. Le changement de gants sera systématique aux différentes phases de l'opération ou toutes les deux heures. En fonction des techniques et des risques opératoires, le port de lunettes et de surblouses imperméables peut être recommandé [39].

Lors de pratiques à risque, la loi sénégalaise impose aux prestataires de santé l'application de toutes les précautions et mesures de sécurité nécessaires pour éviter la transmission du VIH [26].

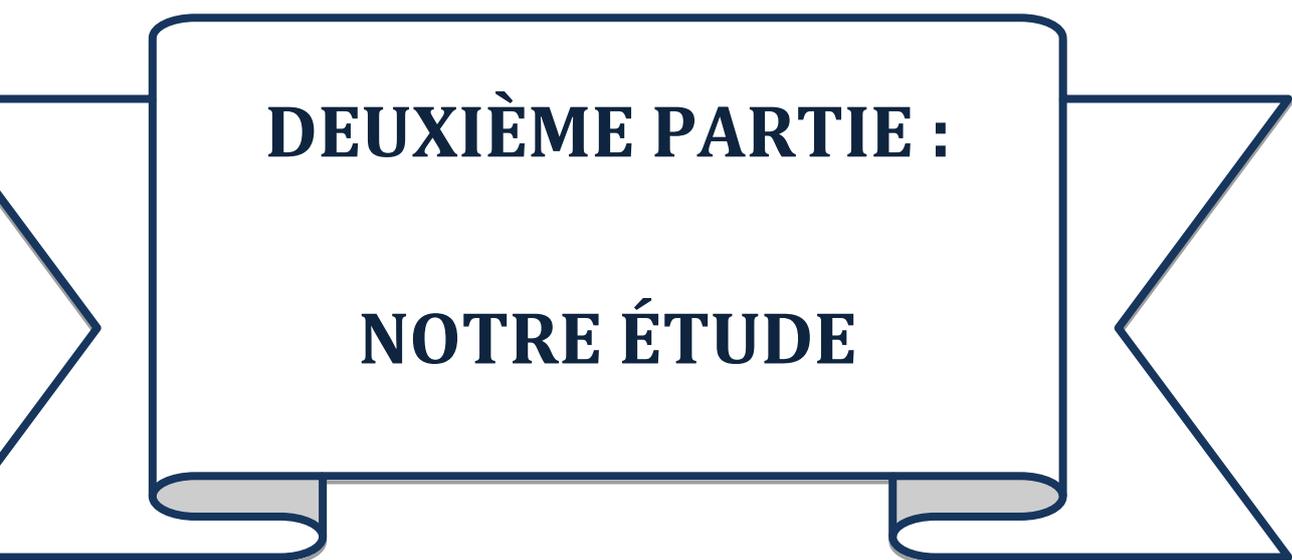
VII.4. Prise en charge des accidents d'exposition [39]

L'application des consignes de biosécurité (respect des précautions universelles et utilisation de matériels protecteurs), permet de réduire la fréquence des expositions à la transmission du virus. Ainsi, la prévention de ces accidents n'est pas absolue d'où l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée devant toute exposition accidentelle.

La conduite à tenir lors d'une exposition se résume à :

- 🚫 Un lavage avec désinfection immédiatement après l'exposition ;
- 🚫 Une déclaration dans les meilleurs délais au médecin du travail ou au médecin référent. Ce dernier procédera à l'évaluation du risque de contamination en fonction de la sévérité de l'exposition, la nature du produit biologique en cause, le statut (sérologique, virologique et clinique) de la personne source.

Un traitement antirétroviral préventif est recommandé lorsque l'exposition est réelle, le produit incriminé potentiellement infectant, la personne source connue porteuse du VIH et ou appartenant à un groupe à forte prévalence (professionnel du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes). Cette chimio prophylaxie dont le protocole est fonction de la source de contamination, pourra être arrêtée au bout de trois mois en l'absence de séroconversion.



DEUXIÈME PARTIE :

NOTRE ÉTUDE

I. CADRE DE L'ÉTUDE

L'étude s'est déroulée à l'hôpital Fann.

I.1. Historique

Situé dans le quartier de Fann Résidence, le Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (CHNU) est un établissement public de santé de niveau III. L'édification du CHNU de Fann ne s'est pas faite en une seule fois, mais en plusieurs étapes comprises entre 1955, date du projet de sa création et 2001, date de démarrage des travaux de construction du Service d'ORL. Les repères suivants donnent aussi une idée de son évolution dans le temps :

- 🚧 **1958 : Construction de la Clinique de Pneumo-phtisiologie.**
- 🚧 **1960 :** Création de l'Hôpital de Fann. Avec une mission de soins, d'enseignement et de recherche.
- 🚧 **1961 :** Inauguration de la **Clinique des Maladies Infectieuses.**
- 🚧 **1965 :** Décret 65. 393 du 10 juin 1965 fait de l'hôpital de Fann un CHNU.
- 🚧 **1968 :** Création de la **Clinique de Neurochirurgie.**
- 🚧 **1970 : Service de Neuropsychiatrie** est scindé en deux (2) centres distincts (**Neurologie et Psychiatrie**).
- 🚧 **1994 :** Inauguration du Service de **Santé Bucco-dentaire.**
- 🚧 **1999 :** Décret 99. 857 du 27 août 1999 érige le CHNU Fann en EPSH.
- 🚧 **2000 :** Construction du **Service de Chirurgie Cardio-vasculaire et Thoracique.**
- 🚧 **2008 :** Ouverture du **Centre de Diagnostic et d'Imagerie médicale (CDIM).**
- 🚧 **2011 :** Ouverture de la **Clinique d'ORL.**

I.2. Services et prestations offertes

L'hôpital de Fann dispose d'un bloc administratif de 10 services médico-sanitaires et 4 services d'appui technique.

I.2.1. Bloc administratif

L'hôpital comporte un bloc administratif dirigé par un Directeur et son équipe technique, et qui assure le fonctionnement administratif des différents services médico-chirurgicaux, mais aussi joue un rôle d'interface avec l'administration.

I.2.2. Services médico-sanitaires

L'hôpital de Fann compte les services médico-sanitaires suivants :

- 🚫 **le Service d'accueil des urgences (SAU)** : C'est à ce niveau que sont assurées les consultations externes à des fins de tri et d'orientation, mais aussi la prise en charge des urgences.
- 🚫 **la Clinique de Neurologie** : Elle assure des consultations, hospitalisation et les rééducations, mais aussi, compte des unités qui sont propres au diagnostic : neuroradiologie, neurophysiologie, neuropathologie.
- 🚫 **la Clinique de Psychiatrie** : Les prestations offertes sont fonction de la répartition du service : consultation, hospitalisation, prise en charge des enfants malades mentaux de 5 à 15 ans. Il joue également un rôle d'accompagnement des patients victimes des grandes catastrophes.
- 🚫 **la Clinique des Maladies Infectieuses** : C'est un service de consultation d'hospitalisation qui dispose d'un laboratoire d'hématologie, d'un centre de traitement ambulatoire et d'une maison des accompagnants. Il propose aussi à ses usagers des activités d'IEC et de prévention.
- 🚫 **la Clinique de Pneumo-ptisiologie** : Elle dispose d'une structure d'hospitalisation et de consultation pour la plupart des pneumopathies. Elle développe également d'autres activités notamment : lutte contre le tabac, endoscopie bronchique et exploration fonctionnelle respiratoire.
- 🚫 **la Clinique de Neurochirurgie** : Elle assure la prise en charge des pathologies relevant de chirurgie cérébrale vertébrale et médullaire mais aussi de la plupart des traumatismes crano-encéphaliques.
- 🚫 **Le Centre Bucco-dentaire** : Il assure des soins ambulatoires afin d'améliorer la santé buccodentaire de la population, mais aussi la surveillance épidémiologique des affections dentaires et collabore avec les services publics.
- 🚫 **Le Service de Chirurgie Cardio-vasculaire et Thoracique** : Il est destiné à la chirurgie des maladies du cœur des vaisseaux et de l'appareil respiratoire

🚫 **La Clinique d'oto-rhino-laryngologie** : Elle a pour but d'assurer tout le traitement et le suivi des maladies cervico-faciales. Elle dispose d'une unité d'hospitalisation et de consultation.

🚫 **Le Centre de Diagnostic et d'Imagerie Médicale (CDIM)** qui comprend :

- le Laboratoire de Bactériologie et Virologie : qui a pour une mission d'aide au diagnostic, de dépistage précoce d'affection et de surveillance thérapeutique.
- Le Laboratoire de Parasitologie et Mycologie : Il intervient dans la confirmation du diagnostic du paludisme qui représentait l'essentielle de sa charge de travail avant l'avènement du SIDA. Depuis quelques temps, ce service s'oriente plus vers le dépistage des infections opportunistes d'origine parasitaire ou mycosique.
- Le Laboratoire de Biologie-Biochimie : il assure l'essentiel des analyses médicales.
- Le Service d'Imagerie Médicale qui a été révolutionné par son scanner et son appareil d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM).

Le CDIM abrite une unité de télémédecine dont l'objectif est d'apporter une expertise aux populations les plus reculées, par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication, mais également, d'améliorer l'offre de renforcement des capacités et la collaboration entre les prestataires.

I.2.3. Services d'appui technique

Il s'agit de :

- 🚫 **La Pharmacie** : Elle assure l'approvisionnement, la distribution, la dispensation, et la préparation des médicaments et produits pharmaceutiques.
- 🚫 **La Morgue** : Elle permet la conservation mortuaire et souvent utilisée par les autres structures de santé de Dakar et les autorités légales.
- 🚫 **Le Service technique de maintenance** : Il assure la maintenance préventive et curative des équipements et bâtiments de structure.
- 🚫 **Les Services d'hôtellerie** (cuisine et buanderie) : Il assure la préparation et l'acheminement des repas aux malades ainsi que la lessive et le raccommodage du linge.

I.3. PERSONNEL

Le personnel médical est constitué en majorité du corps enseignant de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontologie de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar. La plupart des services sont sous l'autorité d'un professeur d'université de rang magistral, assisté d'autres professeurs, de maîtres de conférence agrégés, de maîtres assistants, d'assistants, d'internes et d'étudiants aux différents diplômes d'études spécialisées (DES). Un personnel paramédical important vient en appoint à ce personnel médical.

L'hôpital Fann compte, en 2012 :

- 🚫 24 Professeurs agrégés titulaires ;
- 🚫 03 Professeurs en pharmacie titulaires;
- 🚫 14 Maîtres assistants ;
- 🚫 24 Assistants ;
- 🚫 35 Médecins ;

Le corps paramédical est bien représenté avec un total de 279 agents réparties dans les différents services. Un personnel administratif et de soutien complète cette liste antérieur.

II. MÉTHODOLOGIE

II.1. Période d'étude

L'étude s'est déroulée au mois de juin 2010.

II.2. Type d'étude

L'étude était de type observationnel, transversal à visées descriptive et analytique.

II.3. Population d'étude

II.3.1. Définition des unités de sondage

Les unités de sondage sont constituées par les médecins et les chirurgiens des services cliniques du Centre hospitalier national universitaire de Fann. Elles sont composées d'universitaires, de spécialistes non universitaires, d'internes des hôpitaux et d'étudiants aux Diplômes d'Études Spécialisées.

II.3.2. Protocole de sondage

Le recrutement était exhaustif et concernait tous les cliniciens. Les unités statistiques correspondaient aux unités de sondage.

II.3.3. Critères d'inclusion

Étaient inclus dans l'étude, tout clinicien exerçant dans les services à enquêter.

II.3.4. Critères de non inclusion

N'étaient pas inclus dans l'étude,

- 🚫 Les cliniciens absents des services à enquêter lors de la collecte des données ;
- 🚫 Les cliniciens non disponibles pendant la collecte des données ;
- 🚫 Les cliniciens ayant manifesté un refus de participer.

II.4. Définition opérationnelle des variables

Seule la variable relative à la **bonne connaissance de la prévalence de l'infection au VIH dans la population générale**, a nécessité une définition opérationnelle. La connaissance de la prévalence de l'infection au VIH dans la population générale était jugée bonne lorsque le clinicien donnait le chiffre de

0,7%. Elle était mauvaise dans les autres situations.

II.5. Collecte des données

Un questionnaire (Annexe 1) a été élaboré à cet effet par nous-mêmes sur la base d'une revue de la littérature. Le pré-test du questionnaire a été effectué au niveau des services cliniques (gynécologie, médecine interne et dermatologie) de l'Institut d'Hygiène Sociale sur 28 praticiens. Il a été jugé satisfaisant et compréhensible, et ne comportait pas de question ambiguë.

Le questionnaire comportait 42 questions réparties en cinq parties :

- 🚫 **Données socioprofessionnelles** : âge, sexe, service, fonction et ancienneté ;
- 🚫 **Attitudes et pratiques vis à vis des PVVIH** : consultation et hospitalisation des PVVIH, traitement ARV, counselling pré test, confidentialité, sentiment à l'égard des PVVIH, techniques lors des interventions chirurgicales ;
- 🚫 **La transmission en milieu de soins** : notion de blessure et de projection, fréquence des blessures, déclaration des AES, disponibilité et l'appréciation des moyens de protection ;
- 🚫 **Connaissances et opinions sur le VIH** : la connaissance des moyens de désinfections et de stérilisations, connaissances sur les voies de transmission du VIH, dépistage des praticiens, systématisation du dépistage ;
- 🚫 **Formation et prise en charge des PVVIH** : appréciation des connaissances sur le VIH et son traitement, les modalités de prise en charge.

Le recueil des données s'est fait par auto-administration du questionnaire. L'identification des praticiens s'est faite avec l'aide du personnel des secrétariats des différents chefs des services concernés. Après explication des objectifs de l'étude, les questionnaires étaient distribués aux différents praticiens par nous-mêmes, avec l'aide d'un interne ou d'un étudiant en DES, soit lors des staffs médicaux, soit au cours d'entretiens individuels. Les questionnaires ont ensuite été récupérés dans des délais variant de quelques minutes à sept jours après leur distribution, selon la disponibilité et l'adhésion des praticiens à l'étude.

II.6. Aspects éthiques

Sur le plan éthique, une demande d'autorisation signée par le Professeur Moussa SEYDI a été remise aux différents chefs des services inclus dans l'étude. Un entretien a été effectué avec tous les chefs de service (ou leur intérimaire en cas d'absence) pour une explication des objectifs de l'étude et l'acquisition d'une autorisation pour mener l'étude dans leurs structures.

Le questionnaire était anonyme et les données collectées sont confidentielles et conservées en un lieu sécurisé. La participation à l'étude était libre, aucun préjudice ou avantage ne découlait de la participation ou non à cette étude. Aucune motivation ou indemnisation financière n'était remise aux participants.

II.7. Plan d'analyse

Les données collectées ont été saisies grâce à un masque élaboré avec le logiciel Epi Info version 3.5.4. Un nettoyage des fichiers saisis a été effectué avec le programme *analysis* du même logiciel et avait permis de corriger certaines données aberrantes et les erreurs de saisie. Cette base de données épurée a ensuite été analysée avec le même logiciel.

🚩 **Étude descriptive** : elle s'est faite par le calcul ou la détermination :

- Des paramètres de position (fréquence pour les variables catégorielles et moyenne pour les variables quantitatives, médiane et mode) ;
- Des paramètres de dispersion (écart type, variance et étendue).

🚩 **Étude analytique** : des croisements des variables qualitatives ont été effectués pour traduire certaines préoccupations formulées dans les objectifs, et liées à la recherche de déterminants. Les tests statistiques appropriés ont été utilisés en considérant une différence comme significative lorsque le p est inférieur à 0,05. L'*odds ratio* (OR) entouré de son intervalle de confiance (IC) permettait de quantifier la force du lien.

La proportion de données manquantes a été présentée dans la description des variables. Les données manquantes n'ont pas été traitées. Les variables présentant plus de 15% de données manquantes n'étaient pas analysées.

III. RÉSULTATS

III.1. Étude descriptive

III.1.1. Taux de participation

Le taux de participation était de 66,7%, avec des variations de 48% à 100% en fonction des services enquêtés. Le tableau suivant présente les taux de participation en fonction des différents services de l'étude.

Tableau VIII : Taux de participation en fonction des services cliniques

SERVICES	PERSONNEL	PARTICIPANT	TAUX DE
	CIBLÉ		PARTICIPATION
CTCV	18	12	67%
Neurochirurgie	21	10	48%
ORL	23	22	96%
Clinique de Neurologie	29	17	59%
Clinique Pneumo-phtysiologie	15	13	87%
Clinique de Psychiatrie	26	15	58%
Réanimation	6	3	50%
Urgences	2	2	100%
Clinique des Maladies Infectieuses	31	20	65%
TOTAL	171	114	66,7%

III.1.2. Caractéristiques socioprofessionnelles

III.1.2.1. Age des prestataires

L'âge moyen des prestataires était de 34,5 ans avec un écart type de 8,7 ans. La médiane était de 32 ans et le mode de 35 ans.

La figure suivante montre la répartition des âges qui variaient de 24 à 63 ans.

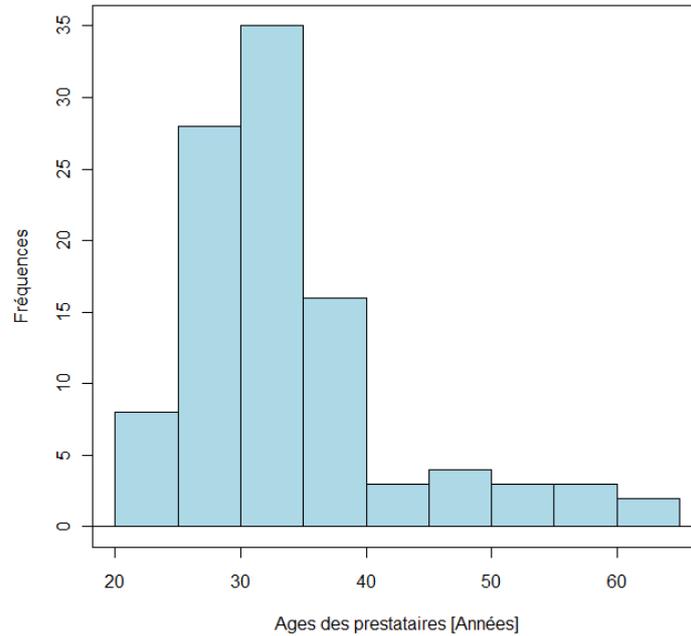


Figure 9 : Histogramme des âges des praticiens

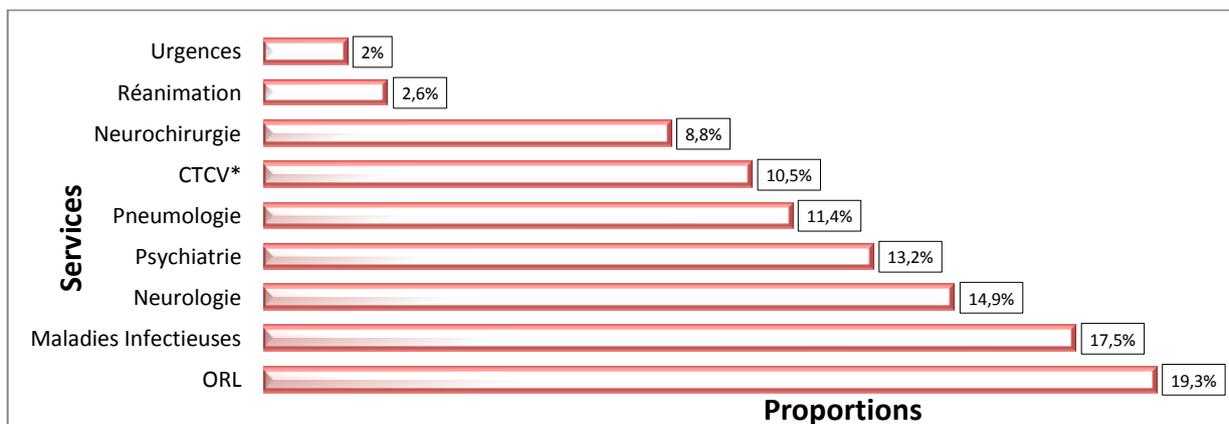
Les praticiens étaient âgés entre 24 et 35 ans dans 66,7% des cas, et supérieur à 45 ans dans 13,3% des cas.

III.1.2.2. Répartition des praticiens selon le Sexe

Le sexe masculin était prédominant avec 83 praticiens, soit une fréquence relative de 72,8%. Le sex ratio homme/femme était de 2,68.

III.1.2.3. Service et spécialité

La figure suivante montre la répartition des praticiens selon le service.



*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

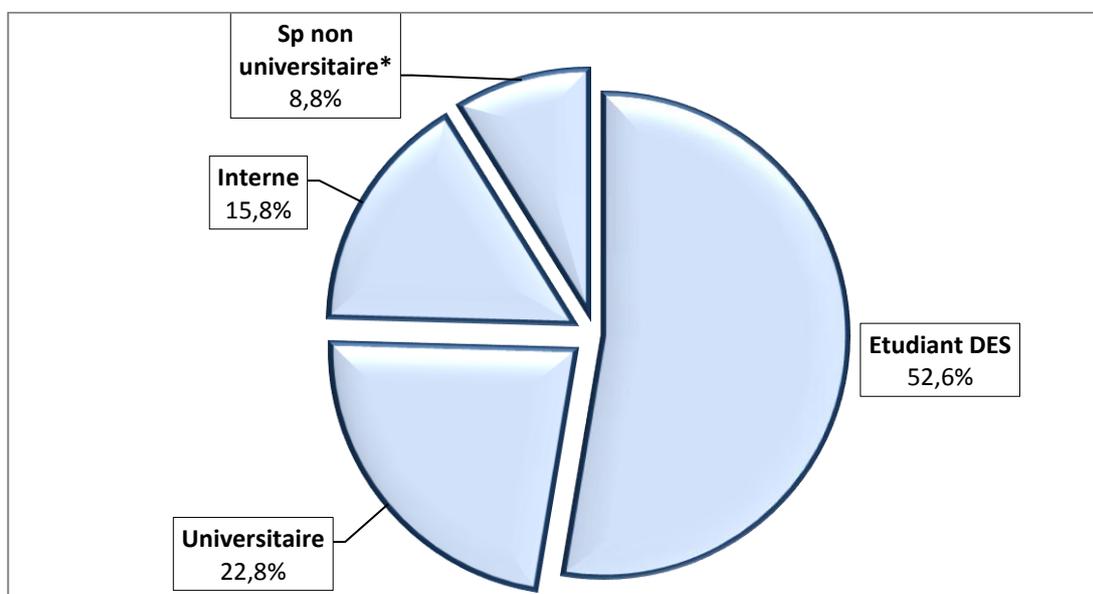
Figure 10 : Répartition des praticiens selon le lieu d'exercice

Les participants à cette étude provenaient en majorité de la Clinique d'ORL (19,3%) et de la Clinique des Maladies Infectieuses (17,5%). Les urgences et la réanimation étaient les services les moins représentatifs.

Les praticiens servaient en majorité dans des services de médecine (61,4%) ; les chirurgiens représentaient 38,6% de la population étudiée.

III.1.2.4. Fonction

La figure suivante représente la répartition des praticiens selon la fonction.



*Spécialiste non universitaire

Figure 11 : Répartition des praticiens selon la fonction

Les praticiens étaient constitués en majeure partie (52,6%) d'étudiants aux différents diplômes d'études spécialisées (DES). Les spécialistes non universitaires et les internes des hôpitaux étaient minoritaires avec respectivement, 8,8% et 15,8%.

III.1.2.5. Ancienneté dans la spécialité

L'ancienneté moyenne était de 5,7 ans avec un écart type de 7,11 ans. La médiane était de 3 ans avec des extrêmes d'un an et 32 ans. L'ancienneté modale était de 2 ans. La figure suivante montre la répartition des praticiens par classe d'ancienneté.

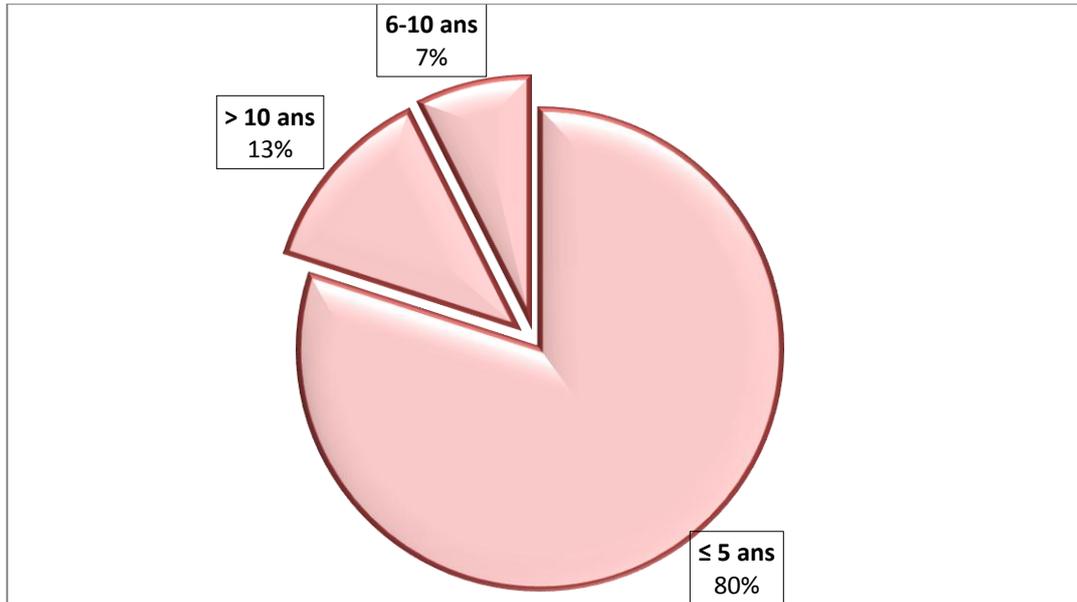


Figure 12 : Répartition des praticiens selon l'ancienneté

La majorité des praticiens (80%) avaient une ancienneté inférieure ou égale à cinq ans, 13% en avaient une de plus de dix ans.

III.1.3. Prise en charge des PVVIH

III.1.3.1. Consultation et hospitalisation des PVVIH

La figure suivante montre les attitudes et pratiques par rapport à la consultation et l'hospitalisation des PVVIH.

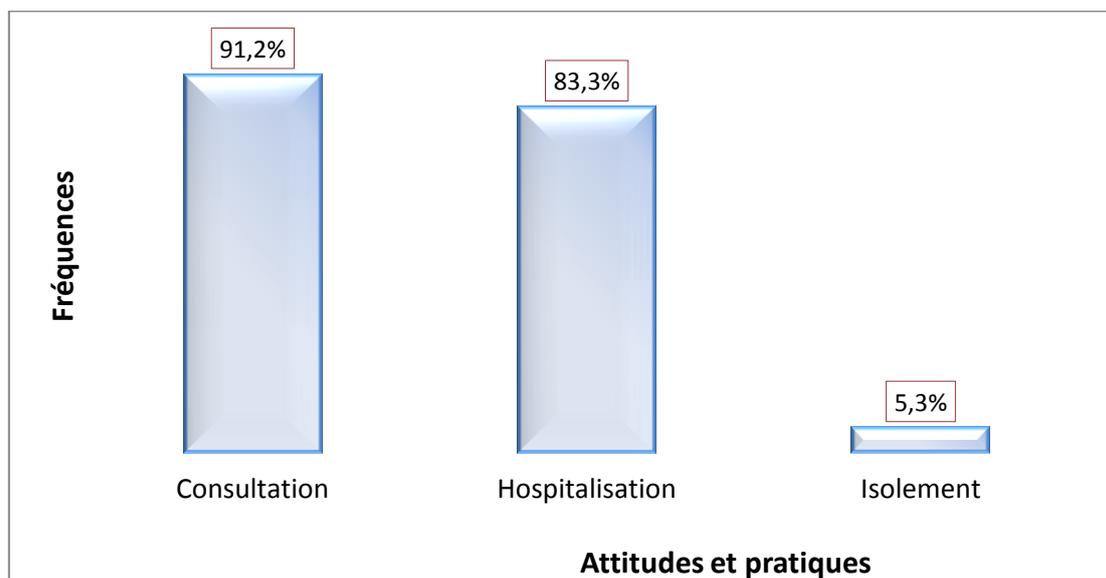


Figure 13 : Attitudes et pratiques par rapport à la consultation et l'hospitalisation des PVVIH

Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) étaient consultées par 91,2% des praticiens et hospitalisés par 83,3% d'entre eux. Cependant, 5,3% des praticiens les isolaient systématiquement des autres malades dans les unités d'hospitalisation.

Cependant, neuf praticiens déclaraient refuser des soins médicochirurgicaux à des patients uniquement du fait de leur séropositivité, soit une proportion de 7,96%.

III.1.3.2. Sentiment éprouvé devant une PVVIH

Le tableau suivant montre la fréquence des sentiments éprouvés par les praticiens devant un PVVIH.

Tableau IX : Sentiments éprouvés par les praticiens devant un PVVIH (N=114)

Sentiment	Fréquence	Fréquence	Intervalle de Confiance (%)
	Absolue (n)	Relative (%)	
Compassion	60	52,6	43,1 – 62,1
Empathie	27	23,6	16,2 – 32,6
Indifférence	13	11,4	6,2 – 18,7
Peur	9	7,9	3,7 – 14,5

Les sentiments les plus ressentis par les praticiens étaient la compassion et l'empathie. La peur et l'indifférence étaient retrouvées chez une minorité de praticiens.

III.1.3.3. Counselling pré test

La figure suivante montre la répartition des praticiens selon la réalisation du counselling pré test.

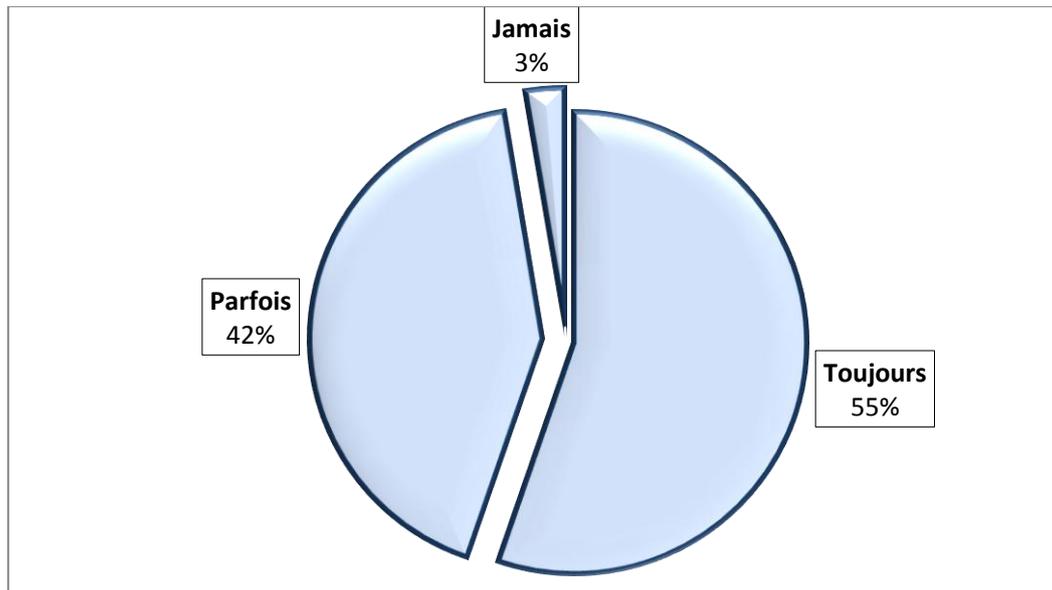


Figure 14 : Répartition des praticiens selon la réalisation du counselling pré test (N=114)

Parmi les praticiens, 55,3% réalisent systématiquement un counselling avant de pratiquer un dépistage du VIH. Cependant, 2,6% des praticiens ne le font jamais. Les causes prétextées de la non systématisation du counselling sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau X : Répartition des causes de non counselling pré test systématique (N=51)

Causes de non counselling	Fréquence	
	Absolue (n)	Relative (%)
Éviter un stress au malade	29	56,9
Manque d'aptitudes	13	25,5
Manque de temps	13	25,5
Non obligatoire	6	11,8

La non systématisation du counselling pré test était surtout justifié par un besoin d'éviter un stress au malade et/ou à son entourage (56,9%), ou par un manque d'aptitudes dans la réalisation du counselling (25,5%). Une minorité le justifiaient car pensant qu'il s'agissait d'un acte non obligatoire sur le plan médico-légal.

III.1.3.4. Partage du statut sérologique avec un tiers

Le statut sérologique était partagé avec un tiers non médical sans le consentement du patient par 15 praticiens, soit une proportion de 13,2%.

Le statut sérologique était systématiquement partagé avec le personnel des unités d'hospitalisation par 74,7% des praticiens, cependant 5,3% ne le faisaient jamais (Figure15).

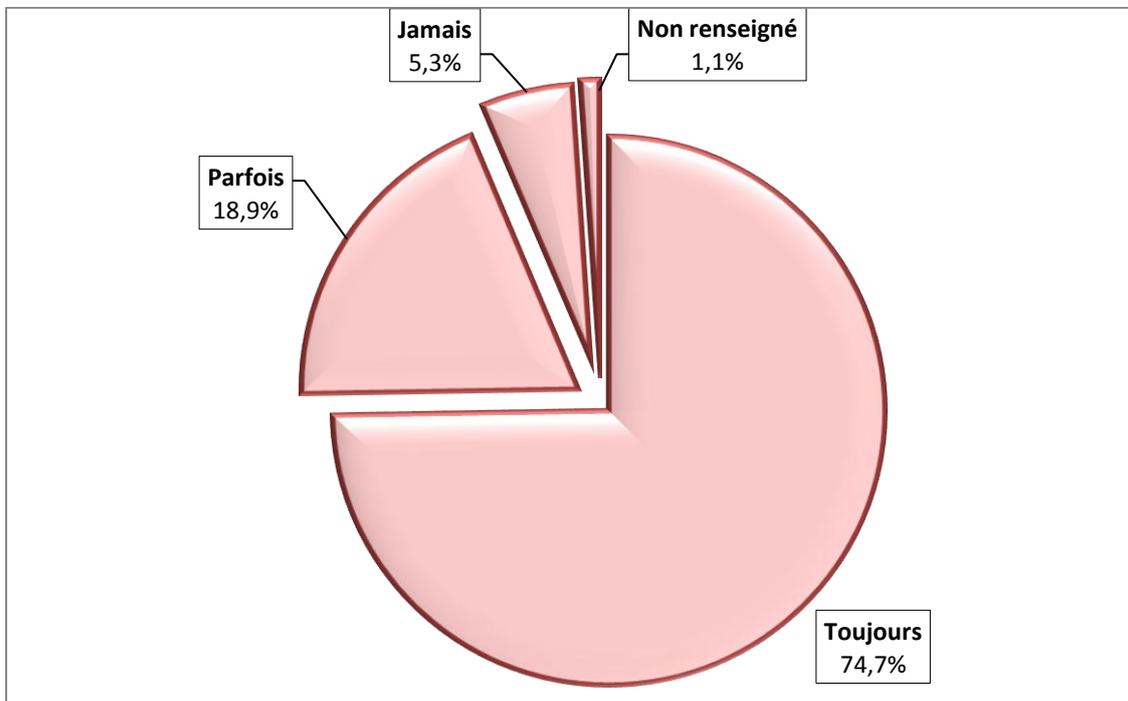


Figure 15 : Répartition des prestataires suivant l'attitude de partage du statut sérologique avec un tiers

III.1.3.5. Intervention chirurgicale

Les techniques et pratiques chirurgicales lors d'intervention sur les PVVIH étaient modifiées par 37 chirurgiens, soit 84,1%. Les fréquences des techniques et pratiques modifiées sont présentées dans le tableau XI.

Tableau XI : Répartition des techniques et pratiques chirurgicales modifiées (N=37)

Modification des techniques et attitudes chirurgicales	Fréquence Absolue (n)	Fréquence Relative (%)	Intervalle de Confiance (%)
Gantage double ou triple	33	89,2	74,6 – 97,0
Port systématique de lunettes	30	81,1	64,8 – 92,0
Utilisation préférentielle du bistouri électrique	7	18,9	8,0 – 35,2
Horaires	5	13,5	4,5 – 28,8
Fermeture préférentielle par agrafes	1	2,7	0,07 – 14,2

Parmi les 37 chirurgiens qui changeaient leurs techniques et pratiques chirurgicales, le port de gants doubles ou triples était retrouvé chez 89,2% d'entre eux, et le port de lunettes de protection chez 81,1%. La fermeture préférentielle par agrafes était l'attitude la moins utilisée.

L'information sur le statut sérologique du PVVIH devant subir une intervention chirurgicale était systématiquement partagée avec l'anesthésiste par 88,7% des chirurgiens. Par rapport au personnel du bloc opératoire, ce partage n'était systématisé que par 84% des chirurgiens.

III.1.4. Accidents avec exposition au sang

III.1.4.1. Blessures en milieu de soins

Au cours des douze derniers mois précédant l'étude, 55 praticiens ont eu des blessures lors d'actes de soins, soit une prévalence de 48,2%. La figure 17 montre la répartition des praticiens selon la fréquence des blessures au cours des 12 derniers mois.

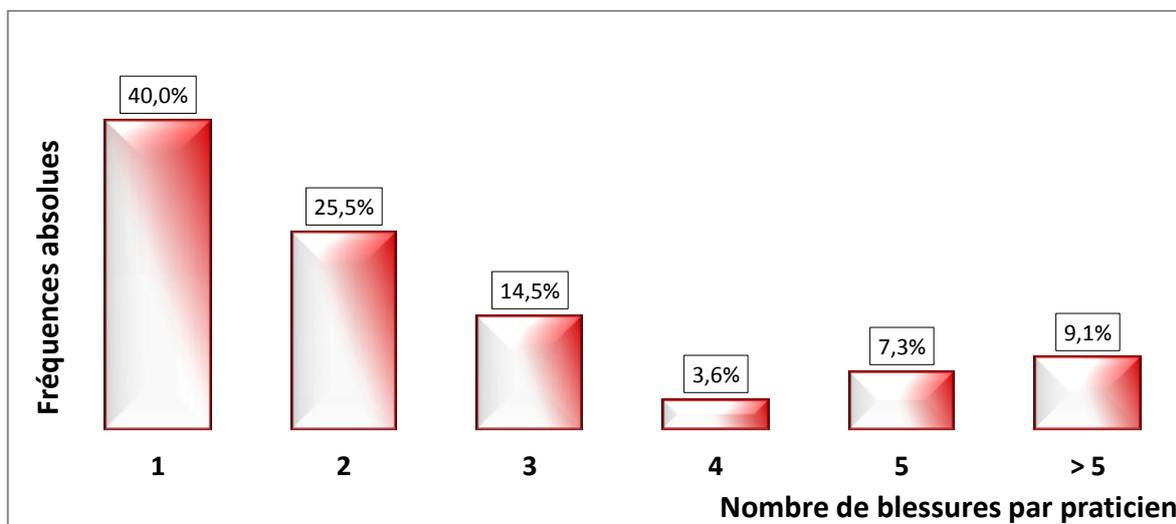


Figure 16 : Fréquence des blessures au cours des 12 derniers mois (N=55)

Parmi les praticiens qui se sont blessés lors d'actes de soins au cours des douze derniers mois, 80% avaient eu entre une et trois blessures et 9,1% en avaient plus de cinq.

Les blessures lors des actes de soins siégeaient exclusivement au niveau des mains, et elles étaient toujours causées par les aiguilles (suture et seringue) et jamais par des ciseaux et les fragments d'os. Ces blessures n'étaient déclarées que par 21,1% des praticiens, pour la plupart auprès du Médecin du travail ou du point focal AES du Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge du VIH/Sida (Tableau XII).

Tableau XII : Médecins référents lors des déclarations des blessures

Réfèrent lors de la déclaration de la blessure	Fréquence	Fréquence	Intervalle de
	Absolue (n)	Relative (%)	Confiance (%)
Point focal AES	6	40,0	16,3 – 67,7
Supérieur hiérarchique	6	40,0	16,3 – 67,7
Médecin référent de l'hôpital	2	13,3	1,66 – 40,5
Collègue	1	6,7	0,2 – 32,0
TOTAL	15	100	

III.1.4.2. Projections de produits biologiques en milieu de soins

Les projections accidentelles de produits biologiques étaient retrouvées chez 57 praticiens, soit 50%. Les sites de projection étaient variables : 45,6% des praticiens avaient déjà reçu une projection aux mains, 51% au visage et 51% aux yeux. Cependant, seuls 15,8% des praticiens déclaraient les projections de produits biologiques en milieu de soins.

III.1.4.3. Voies de transmission du VIH en milieu de soins

Le tableau suivant présente les fréquences d'identification de certaines expositions comme voies de transmission du VIH en milieu de soins.

Tableau XIII : Identification des voies de transmission du VIH en milieu de soins (N=114)

Voies de transmission du VIH	Fréquence	Fréquence	Intervalle de
Lors des actes de soins	Absolue (n)	Relative (%)	Confiance (%)
Blessure ou piqûre avec un objet contaminé	110	96,5	91,3 – 99,1
Contact produits biologiques contaminés avec peau lésée	97	85,1	77,2 – 91,1
Projection oculaire	73	64,0	27,2 – 45,5
Gouttelettes de salive projetées en parlant ou en toussant	8	7,02	3,1 – 13,4
Toilettes	6	5,26	2,0 – 11,1
Air ambiant	1	0,89	0,02 – 4,8
Habits et literie	1	0,89	0,02 – 4,8
Simple contact d'une peau saine	0	0	0
Vaisselle	0	0	0

Les blessures et piqûres avec un objet contaminé, de même que le contact de produits biologiques avec une peau lésée ou sur les yeux étaient identifiées comme des voies de transmission par respectivement 96,5%, 85,1% et 64% des praticiens. Le partage de vaisselle et le simple contact de la peau saine d'un PVVIH étaient identifiés comme non contaminants par tous les praticiens.

Une faible proportion des praticiens (0,89%) pensait que le partage d'habits et de literie, ou la respiration de l'air ambiant d'un environnement où se trouve un PVVIH pouvait être contaminant. La transmission du VIH par la salive projetée lors de la toux ou en parlant était possible pour 7,02% des praticiens, et à travers le partage de toilettes pour 5,26% des praticiens.

Ainsi, 60,53% des praticiens avaient pu identifier toutes les voies de transmissions, contre 83,3% pour l'identification des voies non transmissions du VIH en milieu de soins. La moitié des praticiens (50%) avait correctement pu identifier toutes les voies.

III.1.4.4. Disponibilité des moyens de protection individuelle

La figure 18 présente la perception de la disponibilité en moyens de protection individuelle.

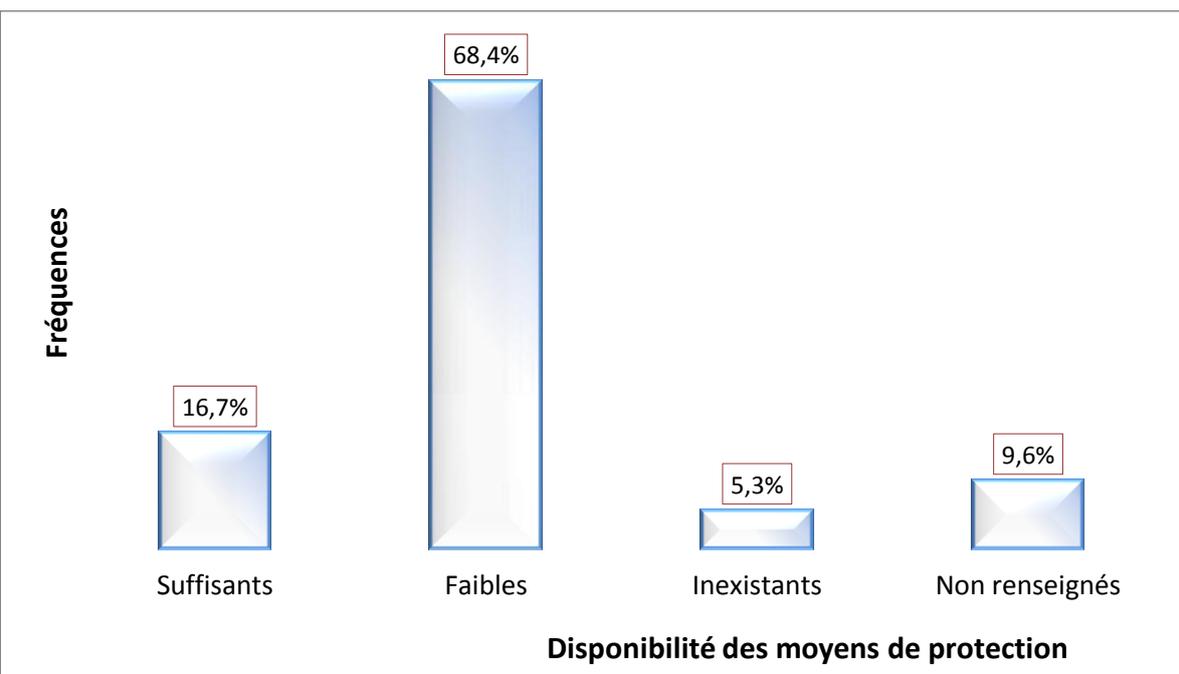


Figure 17 : Disponibilité globale des moyens de protection individuelle (N=114)

La disponibilité des moyens de protection individuelle était perçue comme faible par 68,4% des praticiens, seuls 16,7% déclaraient que ces moyens étaient suffisants. La figure suivante présente la disponibilité des différents moyens de protection.

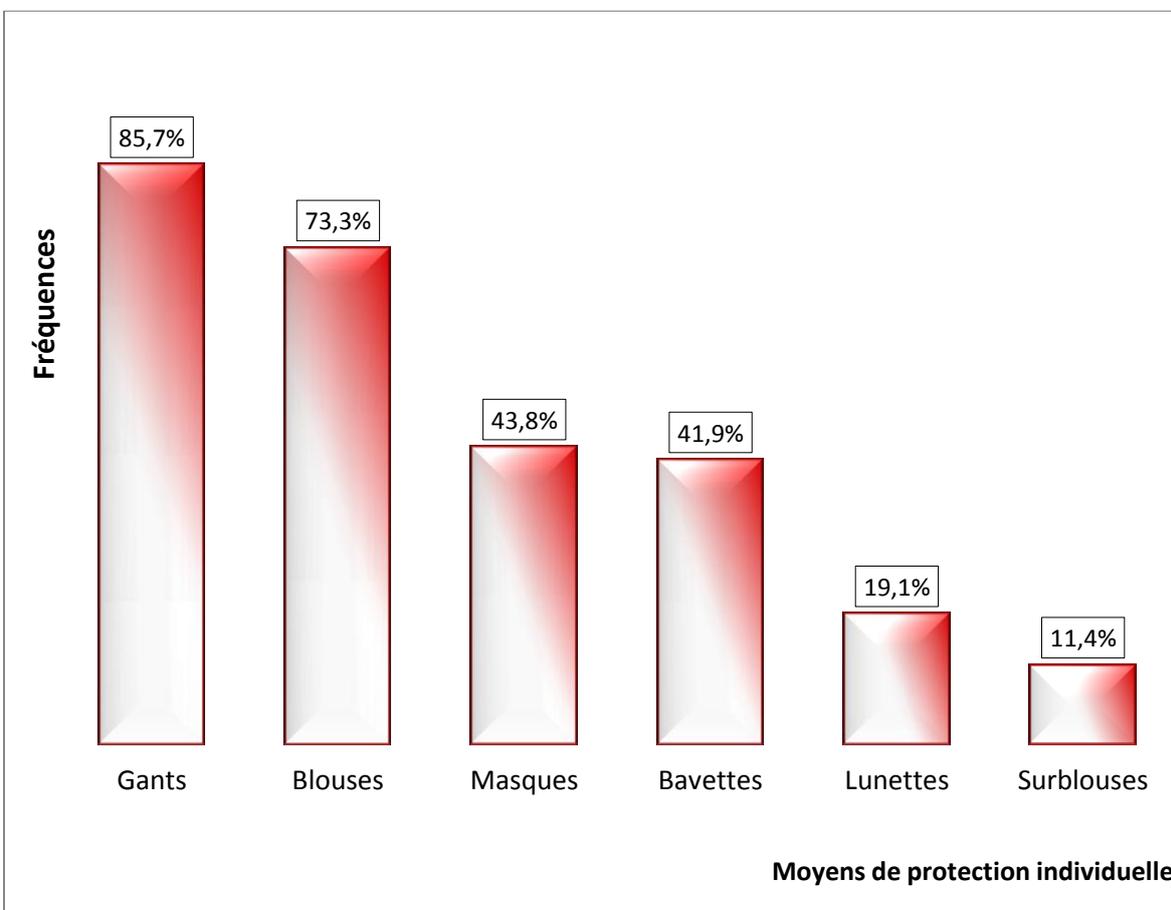


Figure 18 : Disponibilité des différents moyens de protection (N=103)

Sur les 103 praticiens ayant répondu à cette question, les gants et les blouses étaient les moyens les plus disponibles avec respectivement des niveaux de disponibilité dans 85,7% et 73,3%. Les surblouses et les lunettes étaient les moyens les moins disponibles avec des niveaux respectifs de 11,4% et 19,1%.

III.1.4.5. Moyens de désinfection efficaces contre le VIH

La figure 19 présente la répartition des praticiens selon le nombre de moyens de désinfection efficaces contre le VIH connu.

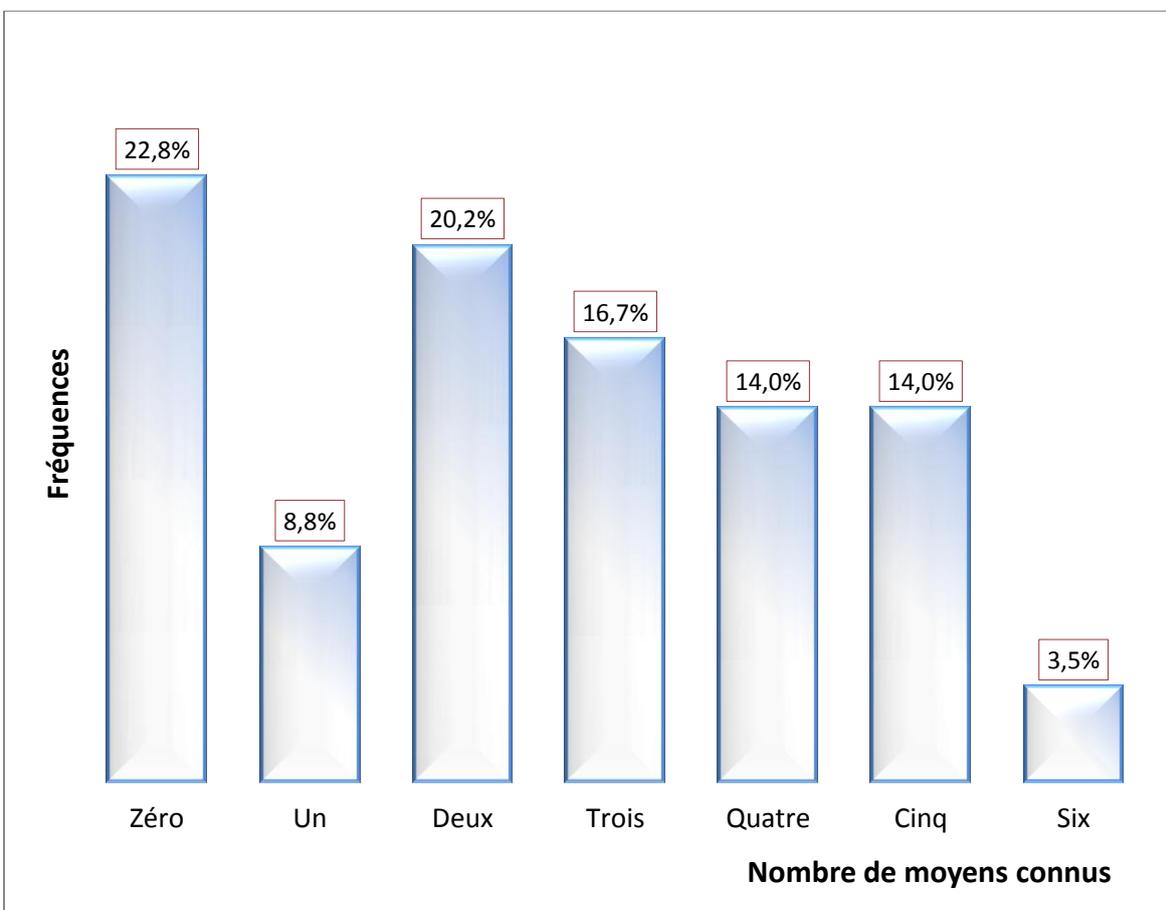


Figure 19 : Répartition des praticiens selon le nombre de moyens de désinfection connu (N=114)

Parmi les praticiens enquêtés, 22,8% ne pouvaient pas citer un moyen de désinfection efficace contre le VIH. Les moyens cités sont présentés au niveau de la figure suivante.

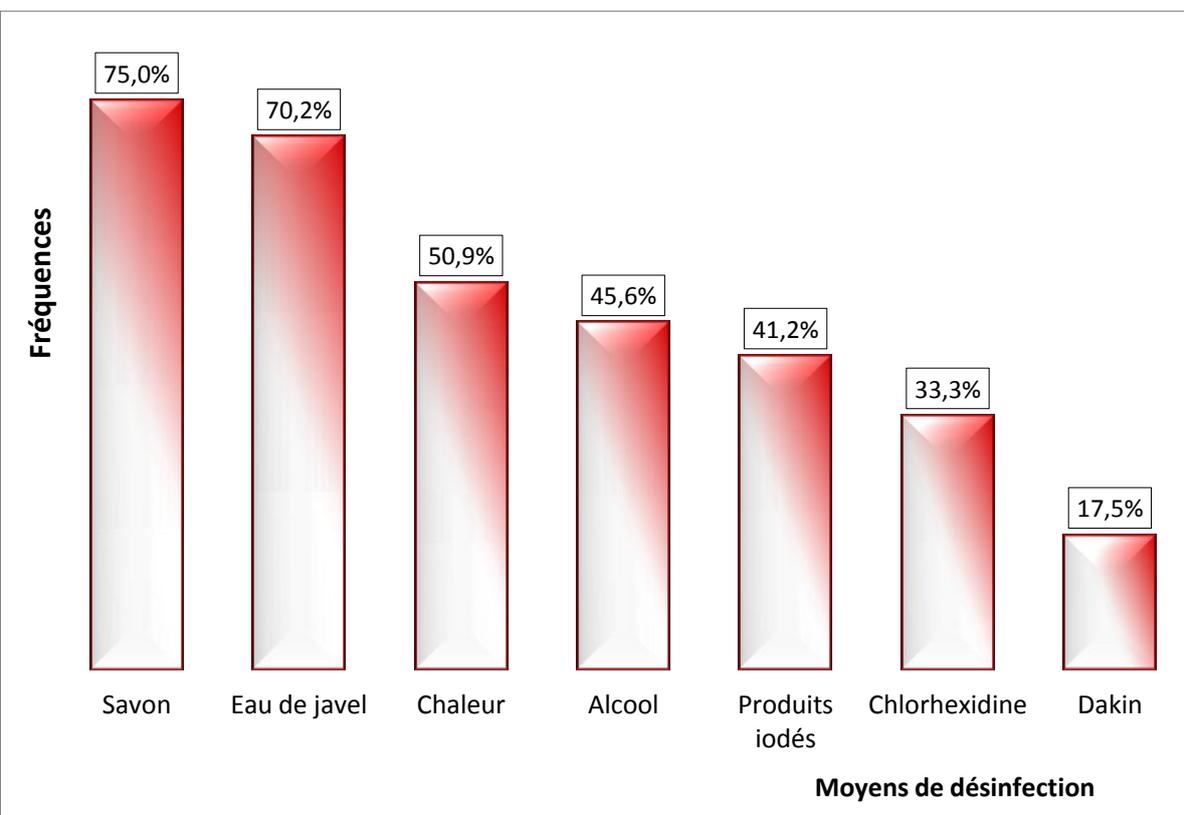


Figure 20 : Moyens de désinfection connus par les praticiens (N=114)

Le savon et l'hypochlorite de sodium (eau de javel) étaient les moyens de désinfection les plus cités, par respectivement 75% et 70,2% des praticiens. La chlorhexidine et le dakin étaient les moyens les moins cités.

III.1.4.6. Pratiques cliniques à risque

Lors de gestes invasifs exposant au sang, 74,3% des praticiens déclaraient utiliser systématiquement des gants ; 25,6% ne le faisaient pas. Quant à la réutilisation des aiguilles (seringue, suture) au niveau d'un site différent, 2,63% des praticiens déclaraient y avoir recours.

III.1.4.7. Sérologie rétrovirale

Parmi les praticiens, 82 (71,9%) avaient déjà effectué leur sérologie rétrovirale ; 28% ne l'avaient jamais effectué. La répartition en fonction de la date de la dernière sérologie est présentée au niveau de la figure suivante.

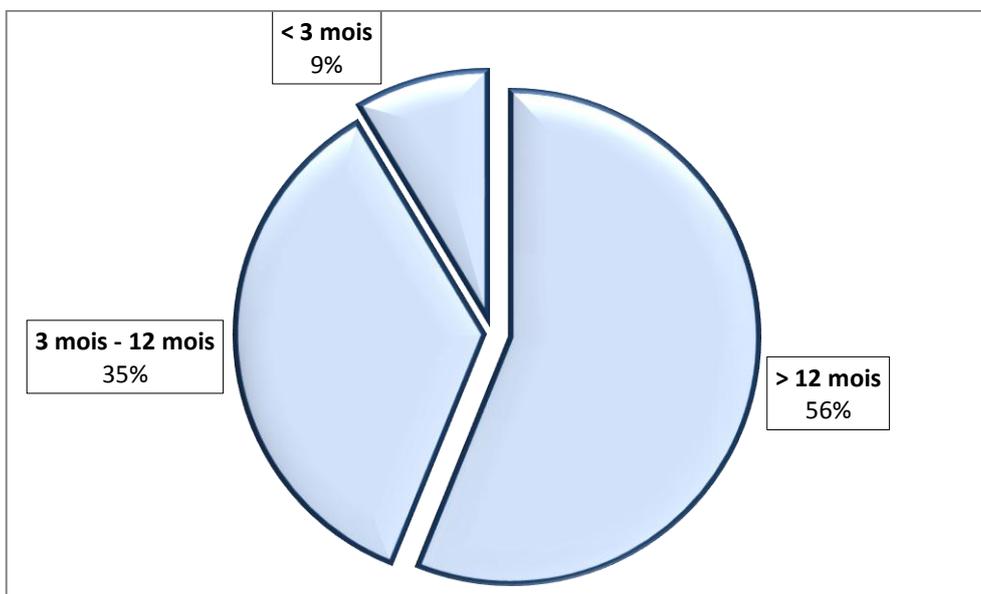


Figure 21 : Répartition en fonction de la date de la dernière sérologie (N=82)

Parmi les praticiens ayant eu à effectuer leur sérologie rétrovirale, seuls sept (9%) avaient une sérologie récente (moins de trois mois).

Ainsi, seuls 6,1% des praticiens enquêtés avaient une sérologie récente, cependant 66 (57,9%) recommandaient une systématisation de la sérologie rétrovirale à tous les médecins effectuant des gestes invasifs. Une systématisation à tous les patients hospitalisés était recommandée par 63,7% des praticiens, et à tous les patients devant subir un geste invasif par 68,14% des praticiens.

III.1.5. Besoin de formation

Les praticiens de cette étude n'avaient jamais bénéficié de formation spécifique sur le VIH/Sida dans 66,37% des cas. Ainsi, 69,3% jugeaient insuffisantes leurs connaissances sur la prise en charge des PVVIH. Par contre, 79,82% des praticiens déclaraient que leurs connaissances sur le traitement ARV étaient insuffisantes. Ainsi, 89,38% des praticiens ressentaient un besoin de formation ou de recyclage sur l'infection au VIH.

III.2. Étude analytique

III.2.1. Prise en charge des PVVIH

III.2.1.1. Counselling pré test

Les déterminants de la non systématisation du counselling pré test sont présentés au niveau du tableau XIV.

Tableau XIV : Déterminants de la non systématisation du counselling pré test

	N	% Praticiens ne systématisant pas le counselling pré test	OR
Sexe			
Féminin	31	29,0	1
Masculin	83	50,6	2,5 1,03-6,07]
Type de spécialité			
Médicale	70	31,4	1
Chirurgicale	44	65,9	4,22 1,89-9,40]
Formation sur le VIH/Sida			
Formés	38	26,3	1
Non formés	75	54,7	3,38 1,43 - 8,15]

Les praticiens de sexe masculin, de même que les chirurgiens et les praticiens non formés avaient une plus grande probabilité à ne pas effectuer systématiquement le counselling pré test.

III.2.1.2. Violation du secret autour du statut sérologique

La violation du secret médical autour du statut sérologique était constatée chez 3,2% des praticiens de sexe féminin et 16,9% de ceux de sexe masculin. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,04$). Les praticiens de sexe masculin avaient 6,1 fois plus de probabilité de violer ce secret que ceux de sexe féminin.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la violation de secret et les variables telles que le type de spécialité (p=0,1), l'ancienneté (p=0,8) et la formation (p=0,2).

III.2.1.3. Refus de soins aux PVVIH

Le tableau XV présente les déterminants du refus de soins médicochirurgicaux aux PVVIH.

Tableau XV : Déterminants du refus de soins médicochirurgicaux aux PVVIH.

	N	% Praticiens refusant des soins médicochirurgicaux aux PVVIH	OR
Peur			
Non	104	4,8	1
Oui	9	44,4	15,8 3,22 – 77,9]
Bonne connaissance des voies non contaminantes			
Oui	94	5,3	1
Non	19	21,1	4,7 1,14 – 19,7]

Les praticiens ressentant une peur de l'infection au VIH et ceux n'ayant pas de bonnes connaissances sur les voies non transmissions du VIH en milieu de soins avaient plus tendance à refuser des soins aux PVVIH que les autres praticiens. Ce refus de soins n'était pas statistiquement liée aux facteurs tels que la spécialité (p=0,2), la formation (p=0,3), le sexe (0,4), l'antécédent de blessures lors d'actes de soins (p=0,08) et la disponibilité des moyens de protection individuelle (p=0,14).

X.2.2. Accidents avec exposition au sang

X.2.2.1. Blessures

Les blessures étaient plus fréquentes chez les chirurgiens (88,6%) que chez les médecins (45,8%). Cette différence était statistiquement significative (p< 0,001).

Les chirurgiens se blessaient 9,3 fois plus que les médecins.

La survenue de blessures en milieu de soins n'était statistiquement liée ni à l'ancienneté ($p=0,6$), ni à la disponibilité de moyens de protection individuelle ($p=0,3$), ni au sexe ($p=0,1$).

X.2.2.2. Projections de produits biologiques

Les projections de produits biologiques lors d'actes de soins étaient plus fréquentes chez les chirurgiens (75,0%) que chez les médecins (34,3%). Cette différence était statistiquement significative ($p<0,001$). Les chirurgiens déclaraient recevoir 5,7 fois plus de projections de produits biologiques lors d'actes de soins que les médecins.

X.2.2.3. Non port de gants lors des gestes exposant au sang

Le non port de gants lors de la réalisation de gestes invasifs exposant au sang était plus fréquent chez les praticiens ne disposant pas de gants en quantité suffisante (66,7%) que les autres praticiens (20,2%). Cette différence était statistiquement significative ($p<0,001$), la non disponibilité de gants en quantité suffisante augmentant 7,9 fois plus la probabilité de ne pas porter des gants lors de gestes invasifs exposant au sang.

Le non port de gants n'était pas statistiquement lié à la formation du praticien sur le VIH/Sida ($p=0,36$), sa spécialité ($p=0,07$) ou son ancienneté ($p=0,79$).

III.2.2. Formation

La formation des praticiens sur le VIH/Sida était liée aux variables présentées au niveau du tableau XVI.

Tableau XVI : La formation des praticiens sur le VIH/Sida était liée aux variables présentées au niveau du tableau

	N	% Praticiens formés	OR
Type de spécialité			
Chirurgicale	44	11,4	1
Médicale	69	47,8	7,1 2,52 – 20,31]
Bonne connaissance des voies de transmission			
Non	57	25,0	1
Oui	57	42,1	2,2 1,00 – 4,86]
Auto-évaluation des connaissances de la prise en charge			
Insuffisantes	79	22,8	1
Suffisantes	34	58,8	4,8 2,04 – 11,50]
Auto-évaluation des connaissances du traitement ARV			
Insuffisantes	91	21,9	1
Suffisantes	22	81,8	16,0 4,85 – 52,60]

La formation sur le VIH/Sida était plus fréquente chez les médecins que chez les chirurgiens. Elle était également liée à l'amélioration des connaissances sur les voies de transmission, sur la prise en charge et le traitement ARV. Cette formation n'était pas statistiquement liée au besoin de formation (p=0,1).

IV. DISCUSSION

Dans cette étude, 114 prestataires ont pu être questionnés. Soit un taux de participation de 66,7% jugé bon car, étant dans la même fourchette que celles observées dans des études hospitalières similaires [42 - 45] portant sur des évaluations d'attitudes et de pratiques en milieu hospitalier. Dans ces études, les taux de participation varient de 53 à 84%, avec des populations cibles d'au moins 200 prestataires supérieurs à celle de notre étude. Niang K [46] a pu obtenir un taux de participation de 86,2% dans des conditions similaires en milieu pédiatrique. La différence dans les taux de participation entre notre étude et celle de Niang peut s'expliquer par le fait que la cible de Niang K [46] est plus homogène car, regroupée au niveau de cinq services avec un effectif plus réduit (94 prestataires).

La moyenne d'âge dans notre étude est de 34,5 ans témoignant ainsi de la jeunesse de notre population. En effet, 68,4% de la population est constituée de médecins en formation (étudiants au DES ou Internes des hôpitaux). Cette jeunesse, est bien démontrée par la durée d'exercice qui présente une médiane de 3 ans. Ces résultats sont comparables aux études réalisées dans des conditions similaires comme celle de Niang K [46] qui trouve une moyenne d'âge de 32 ans et une ancienneté de 1 à 3 ans dans 67% des cas. Laraqui CH [47] a fait la même observation avec un âge moyen de 33 ans dans le cadre d'une étude réalisée chez des médecins internistes de deux CHU du Maroc.

Contrairement à notre étude qui ne s'est intéressée qu'aux médecins, Laraqui O [48] et Djeriri [49] ont quant à eux, trouvé des âges moyens plus élevés de l'ordre de $40,8 \pm 7,8$ ans dans des structures non universitaires, avec des populations hétérogènes composées de médecins, infirmiers, agents de surface etc....

Notre étude montre que 61,4% des praticiens servent en majorité dans des services de médecine. Les chirurgiens représentent 38,6% de la population étudiée. Dans cette population, les étudiants aux différents DES et les universitaires sont majoritaires avec des proportions respectives de 52,6% et 22,8%. Ceci, s'explique par le fait que le Centre hospitalier national de Fann est une structure à triple vocation de soins, de formation et de recherche en santé. Il s'agit d'une des structures accueillant les étudiants de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) de Dakar.

La prévalence de l'infection au VIH reste faible au Sénégal, de l'ordre de 0,7% [10]. Cependant, du fait de la position de référence du CHNU de Fann en matière de prise en charge du VIH, 91,7% des praticiens déclarent recevoir des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans leur consultation, et 83% les gèrent dans les unités d'hospitalisation. Malgré cette prise en charge importante des PVVIH, 5% des prestataires interrogés les isolent encore systématiquement dans les unités de soins.

La discrimination des PVVIH par le personnel médical est une réalité. En effet, 7,96% des prestataires interrogés déclarent refuser des soins médico-chirurgicaux aux PVVIH uniquement du fait de leur séropositivité. Bonel [50] en Inde, en 1998, montre que 90% des médecins du secteur public refuse de consulter les PVVIH. Cet écart significatif du refus de consulter les PVVIH traduit une bonne évolution des attitudes et pratiques du personnel médical au cours de cette dernière décennie. Celle-ci, engendrée par une meilleure compréhension et connaissance du VIH mais aussi, une meilleure maîtrise des thérapies antirétrovirales. Le tout, permettant aux praticiens de se sentir moins sujet à risque et plus enclins à traiter les PVVIH. Il s'y ajoute la mise en place de lois plus répressives sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH.

En effet, la discrimination et la stigmatisation conduit à la violation d'un droit humain fondamental conformément à la charte des droits de l'homme. C'est ainsi qu'au Sénégal, une loi relative au VIH /Sida a été votée en 2010 pour assurer la protection des droits de la personne humaine dont les plus importants sont : le droit à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à la sécurité de la personne [26]. L'article 12 de la loi relative au VIH/Sida dispose que "*le test de dépistage est volontaire, il doit faire l'objet d'un consentement préalable, libre et éclairé. Tous les centres de dépistage, les cliniques, et les laboratoires qui pratiquent des tests VIH sont tenus d'offrir gratuitement des services de counselling, avant et après chaque test VIH. Le dépistage forcé est interdit sauf sur demande de l'autorité judiciaire, en respect des lois et règlements en vigueur. Toute entrave au dépistage volontaire du VIH est punie par la loi*" [26].

Le counselling pré-test, acte médico-légal qui consiste à obtenir un consentement libre et éclairé du malade ou de son tuteur de se faire dépister [26, 51], n'est pas systématiquement réalisé par 44,7% des praticiens. Les principales raisons évoquées sont : éviter un stress au malade et/ou à son entourage (56,9%) ou le manque d'aptitudes dans la réalisation du counselling (25,5%).

Les praticiens de sexe masculin, de même que les chirurgiens et les praticiens non formés à la prise en charge du VIH ont une plus grande probabilité de ne pas effectuer systématiquement le counselling pré-test. Parmi les prestataires interrogés, 2,6% ne réalisent jamais de counselling pré-test. Ainsi, tous les dépistages réalisés par ces derniers se font à l'insu du patient. Niang K [46] montre que 6,2% des prestataires de son étude se privent systématiquement du counselling pré-test et Hentgen [52] n'en a trouvé que 4,4%. Ce pourcentage plus important dans l'étude de Niang K [46] peut s'expliquer par le fait que la cible de Niang porte uniquement chez des pédiatres. L'infection au VIH d'un enfant pouvant en cacher une autre chez les parents, peut ainsi amener certains pédiatres à éviter le recours au counselling pré-test afin de ne pas stresser les parents et les enfants.

En effet, le counselling pré-test des parents d'un enfant suspecté d'infection au VIH est particulier par le fait qu'il interpelle en premier lieu les parents qui, dans la plupart des cas sont les agents transmetteurs. Cette particularité, peu prise en compte dans les formations rend difficile le counselling pré-test en milieu pédiatrique d'où cette proportion élevée trouvée par Niang K [46].

Le partage du statut sérologique des patients avec le personnel paramédical des unités d'hospitalisation est retrouvé chez 74,7% des prestataires. Au bloc opératoire, le partage avec l'anesthésiste est systématique chez 88,7% et celui avec le personnel du bloc chez 84% des prestataires interrogés. Ces résultats témoignent d'un souci de protection et de prévention vis-à-vis du collègue de travail. En effet, ce partage vise moins à stigmatiser qu'à faire prendre conscience aux collègues de la nécessité d'observer rigoureusement les règles de protection universelle afin d'éviter toute contamination. Cependant, il n'en demeure pas moins que l'observance de ces règles reste obligatoire quel que soit le terrain du malade surtout, et devient même plus important lorsque le statut sérologique du malade n'est pas connu.

Toutes les règles de déontologie médicale protègent la confidentialité des informations du patient à travers le secret médical. Cependant, 13,2% des praticiens de notre étude partagent l'information sur le statut sérologique du patient avec une tierce personne en dehors du cadre médical et, à l'insu du malade. Cette attitude constitue une violation du droit du malade qui lui garantit le secret médical dont la levée obéit à des critères précis. Ces résultats, reflètent une persistance des mauvaises pratiques en matière de counselling, du dépistage sur le VIH mais aussi, une violation des règles déontologiques et de la législation en vigueur au Sénégal [26], exposant certains prestataires à des poursuites judiciaires.

L'acte chirurgical, surtout sanglant sur une PVVIH n'est pas dénué de risque de contamination pour le chirurgien. Ainsi, il nécessite la prise de précautions supplémentaires afin d'éviter toute contamination au personnel, mais également aux autres patients devant bénéficier d'une chirurgie invasive. Dans notre étude, 84,1% des chirurgiens modifient leurs attitudes et pratiques opératoires devant une PVVIH. Il s'agit essentiellement du gantage double ou triple (89,2%), du port systématique de lunettes (81,1%) et de l'utilisation du bistouri électrique (18,9%). Des résultats similaires sont retrouvés par Niang K [46] en 2010 contrairement aux résultats recueillis par Thiam [53] en 1995, où le gantage double n'était pratiqué que par 32% des praticiens. Ces chiffres s'expliquent par une meilleure prise de conscience des chirurgiens sur les risques émanant des AES et une meilleure disponibilité des mesures et des moyens préventifs lors de la chirurgie des PVVIH. Il s'y ajoute aussi une meilleure connaissance du virus depuis 1995.

Malgré toute cette protection, le risque zéro à l'exposition n'étant pas une réalité, les accidents d'exposition au sang (AES) constituent des risques majeurs pour la santé des praticiens et des patients. Des études réalisées dans des contextes hospitaliers trouvent des taux d'AES élevés, de 76,6% en 2008 au Maroc [48], de 82% au Nord-Pas-de Calais en 1997 [56], de 93% au Nigeria en 1995 [55], 78% au Chili en 1992 [57].

Dans notre étude la fréquence des blessures lors d'actes de soins au cours des douze derniers mois est de 48,2%, et celle de la projection de produits biologiques, de 50%. Cependant en France, dans une étude réalisée au CHU de Nancy [54], les fréquences d'AES sont très faibles : les blessures par piqure représentent 1,4% et les projections accidentelles de produit biologique ne représentent que 0,077%. Cette différence peut se justifier par les meilleures conditions d'exercice observées en France, mais aussi une meilleure disponibilité et une meilleure utilisation des moyens de protection. L'amélioration des connaissances des voies de transmission et des stratégies de lutte contre les AES peuvent également y avoir contribué.

Les AES sont des maladies professionnelles, c'est-à-dire indemnisables. Quelle que soit leur nature, ils doivent être déclarés au médecin du travail de l'hôpital, ou en son absence au médecin de référence. Les AES non déclarés constituent une mauvaise pratique fréquemment retrouvée en milieu de soins [47 - 50]. Dans notre étude, la déclaration des AES est faite par 21,1% des prestataires ayant eu des blessures et 15,8% des prestataires ayant reçu des projections de produits biologiques.

Ce mauvais comportement post-expositionnel, est bien mis en évidence par Niang. K [46] qui le retrouve chez 32,5% des prestataires ayant eu des blessures et 10,3% chez ceux ayant reçu des projections accidentelles de produits biologiques. Laraqui. O [48] rapporte que seulement 5,6% des praticiens déclarent leur AES. Cette sous déclaration qui est à l'origine d'une mauvaise évaluation de l'épidémiologie des AES, pose des problèmes de documentation des cas de transmission professionnelle du VIH.

Les AES par blessures sont déclarés auprès du point focal d'AES par 40% des blessés, et auprès du supérieur hiérarchique avec la même proportion. Par contre, 13,3% des blessés le déclarent auprès du Médecin du travail. Cette sous déclaration auprès du médecin du travail s'explique par un défaut d'organisation administrative, avec un défaut de sensibilisation du personnel médical. Mais aussi cette sous déclaration s'explique par le fait que, après AES les praticiens se tournent plus vers le collègue de travail, ceci motivé par la relation de proximité existant entre eux. Il y a aussi le fait que les services de référence en matière de prise en charge du VIH se trouvant dans l'enceinte de l'hôpital (les maladies infectieuses ou le Centre de Traitement Ambulatoire CTA) pousse les praticiens à solliciter plus ces services que de se rapprocher du service de médecine du travail.

Plusieurs cas de contamination du VIH d'un praticien à un malade sont décrits par Tubiana R [39], ce qui pose la problématique du dépistage des praticiens eux-mêmes à côté du dépistage des malades. Dans notre étude, 82 praticiens ont déjà effectué leur sérologie rétrovirale soit, un pourcentage de 71,9% alors que 28% des praticiens ne l'ont jamais effectué. Seuls 6,1% des praticiens enquêtés avaient une sérologie récente. Ces résultats sont identiques à ceux retrouvés par Niang K [46].

La prévalence du VIH bien qu'étant faible au Sénégal [10], et le risque de contamination entre le praticien et le patient étant une réalité, font que 57,9% des praticiens recommandent une systématisation de la sérologie rétrovirale à tous les médecins effectuant des gestes invasifs. Une systématisation du dépistage à tous les patients hospitalisés est recommandée par 63,7% des praticiens mais aussi, à tous les patients devant subir un geste invasif par 68,14% des praticiens ce qui n'est pas conforme avec les règles éthiques et déontologiques.

Les moyens de protection constituent un arsenal préventif mis à la disposition des praticiens. Ce qui maintient l'intégrité de leur état de santé. Ils sont jugés faibles par 68,4% et seuls 16,7% déclarent que ces moyens sont suffisants. Les gants et les blouses sont les moyens les plus disponibles et sont cités

respectivement par 85,7% et 73,3% des praticiens. Les surblouses et les lunettes sont les moyens les moins disponibles et sont cités respectivement par 11,4% et 19,1% des praticiens. Cette faible disponibilité des lunettes et surblouses, prouve que le personnel médical ne dispose pas de tous les moyens de protection.

La désinfection du matériel de soins est un élément de prévention important de la transmission des agents pathogènes y compris le VIH. Parmi les praticiens enquêtés 22,8% ne peuvent pas citer un moyen de désinfection efficace contre le VIH. Le savon et l'hypochlorite de sodium (eau de javel) sont les moyens de désinfection les plus cités par respectivement : 75,0% et 70,2% des praticiens et ceci est expliqué par le faible niveau de connaissance des praticiens sur les autres moyens d'asepsie qui sont pour la plupart plus efficaces. Laraqui O [48] retrouve des résultats similaires avec l'hypochlorite utilisé par 65% des praticiens.

La prise en charge du VIH/Sida requiert une base solide de connaissances du virus, de ses manifestations cliniques, sa prise en charge et de son protocole de suivi. Ainsi, 79,82% des praticiens déclarent que leurs connaissances sur le traitement ARV sont insuffisantes, ce qui constitue un frein dans la prise en charge des PVVIH. Le besoin de formation ou de recyclage sur l'infection au VIH est exprimé par 89,38% des praticiens. Ce fort besoin de formation, s'explique par une prise de conscience par rapport à l'importance d'une formation continue sur le VIH/Sida, vu les avancées rapides et significatives que connaissent son épidémiologie, sa perception, et ses moyens de prise en charge.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le VIH/Sida, pandémie mondiale constitue un problème majeur de santé publique. On retrouve une prévalence de plus 34 millions de sujets vivant avec le virus dans le rapport de 2011 de l'ONUSIDA. La bonne connaissance du virus, de ces moyens et mécanismes de transmission mais aussi, l'existence d'antirétroviraux efficaces et la mise en place d'une bonne politique de sensibilisation ont permis de réduire de façon considérable l'incidence et la mortalité de cette pandémie.

Le Centre Hospitalier National de Fann, qui est un Etablissement Public de Santé (EPS) de niveau 3, constitue le sommet de la référence au Sénégal pour le diagnostic et la prise en charge des personnes séropositives.

Cependant, les connaissances, les attitudes et pratiques du personnel médical de cette structure en matière d'infection au VIH, restent peu documentées. C'est ce qui nous a poussé, dans le but d'améliorer la prise en charge des PVVIH, de mener cette étude afin d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel médical du Centre Hospitalier National de Fann en matière de prise en charge du VIH/Sida.

Ce travail est une étude observationnelle, transversale à visées descriptives et analytiques du personnel médical. Les données ont été collectées grâce à des questionnaires auto-administrés élaborés à cet effet à partir du tableau de définition de l'étude. Les données recueillies ont été ensuite saisies grâce au logiciel Epi info version 3.5.4. Après nettoyage, la base de données a été analysée avec les logiciels statistiques Epi info et R version 2.14.

Le taux de participation est de 66,7%, soit 114 prestataires. En dehors du service de cardiologie, tous les services sont représentés avec des taux de participation de 50% à 100%. Les services les plus représentatifs sont la Clinique d'ORL (19,3%) et celle des Maladies infectieuses (17,5%).

La moyenne d'âge est de 34,5 ans, et l'ancienneté de 5,7 ans. Le sexe masculin est le plus représentatif avec un pourcentage de 72,8%, soit un *sex ratio* de 2,68. La majorité des praticiens sont des étudiants aux différentes filières de Diplômes d'Études Spécialisées (DES) avec 52,6% des personnes ayant participé à cette étude.

Les malades sont consultés par 91,2% des praticiens, 83,36% les suivent dans les unités d'hospitalisation. Les sentiments les plus éprouvés par les prestataires devant des PVVIH sont la compassion (52,6%), l'empathie (23,6%). La peur est un sentiment retrouvé chez 7,9% des praticiens interrogés.

La discrimination des PVVIH par le personnel médical est une réalité. En effet, 7,96% des personnes interrogées déclarent refuser des soins médico-chirurgicaux aux PVVIH uniquement du fait de leur séropositivité.

Le counselling n'est systématiquement réalisé que par 34,7% des praticiens et 2,6% ne le réalisent jamais. Les raisons évoquées pour la non réalisation du counselling sont : le désir d'éviter le stress au patient (56,9%), le manque de temps (25,5%) et le manque d'aptitude à sa réalisation (25,5%).

Une proportion de 13,2% des prestataires avouent partager le secret du statut sérologique du patient avec un tiers non membre du cadre médical, sans le consentement du patient.

Chez les chirurgiens, 84,1% modifient leurs techniques et attitudes chirurgicales devant une PVVIH. Les moyens de protection les plus utilisés lors des interventions chirurgicales sur une PVVIH sont représentés par le gantage double ou triple (89,2% des praticiens) et le port systématique de lunette (81,1% des praticiens).

Les AES sont représentés par les blessures à la main et la projection de liquide biologique. Après un accident avec exposition au sang en milieu de soins, la déclaration n'est faite que par 21,1% des blessés à la main et 50% des prestataires ayant reçu une projection de liquide biologique. Les déclarations en cas de blessure à la main ne sont faites au médecin du travail que par 13,3% des praticiens.

Les voies de transmission en milieu de soins sont largement représentées selon les praticiens par les blessures par pique avec objet contaminé chez 96,5%, et le contact de produits contaminants sur peau lésée chez 85,1%.

Les moyens de protection sont jugés faibles par 68,4% des praticiens, et ceux disponibles sont représentés par les gants (85,7%), les blouses (73,3%), les masques (43,8%). Les moyens de désinfection les plus connus des prestataires étaient le savon (75%), l'eau de javel (70,2%), la chaleur (50,9%), et l'alcool (45,6%).

En ce qui concerne le statut sérologique des praticiens, seuls 9% ont une sérologie récente et 57,9% préconisent une sérologie systématique chez le personnel réalisant des actes invasifs.

Une proportion de 69,3% des prestataires déclare avoir des connaissances insuffisantes sur la pathologie VIH, et 79,8% pour le traitement ARV. Un désir de formation continue sur l'infection au VIH est exprimé par 66,37% des praticiens.

Les insuffisances rencontrées dans notre étude nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

À l'endroit du Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Action Sociale et au Conseil National de Lutte contre le Sida au Sénégal

- ✓ Piloter des études à l'échelle nationale au niveau des différents centres de référence, afin de mieux évaluer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du Sénégal.
- ✓ Assurer une bonne formation et une évaluation continue du personnel médical.
- ✓ Mener des campagnes d'information sur les AES auprès du personnel soignant.

À l'endroit de la Direction du CHNU de Fann

- ✓ Assurer la disponibilité des moyens de protection efficaces
- ✓ Inciter la déclaration des AES professionnels au niveau du Service de Médecine du travail
- ✓ Organiser des formations sur l'éthique en biomédecine et la prévention des AES
- ✓ Assurer la formation continue des chefs de service

À l'endroit des chefs de service

- ✓ Assurer la formation et l'évaluation du personnel médical dans la prise en charge des PVVIH, notamment sur le traitement ARV.
- ✓ Renforcer l'information portant sur les aspects éthiques et législatifs en matière de prise en charge du VIH, et le respect des règles éthiques et déontologiques auprès du personnel médical
- ✓ Former le personnel médical sur la prévention et la prise en charge des AES en milieu de soins ;

À l'endroit des praticiens

- ✓ Respecter les règles de déontologie, d'éthique et la loi sur la prise en charge des PVVIH ;
- ✓ Respecter les 10 règles de précaution universelles lors des actes de soins.
- ✓ Déclarer systématiquement les AES auprès du Médecin du travail de l'hôpital.

RÉFÉRENCES

1. **Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/Sida (ONUSIDA).** Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2011. ONUSIDA.
2. **Ndoye I, Desclaux A, Taverne B et al, editors.** Présentation de L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux-IRD (ISAARV). EDK. Paris : ANRS; 2002 oct 6. 272 .P. 2-5.
3. **Organisation des Nations Unies.** Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida. Assemblée Générale des Nations Unies. New York: ONU; 2001.
4. **Rafif N, Ababou M, Himmich H, Mellouck O.** *HIV-based stigma and discriminations in the health settings in Morocco : lessons from a survey among.* 18^{ème} Conférence Internationale sur le Sida ; 2010 Jul 18-23 ; Vienne.
5. **Mahajan A, Sayles JN, Patel VA, Remien R, Sawires SR, Ortiz DJ.** *Stigma in the HIV/AIDS epidemic : A review of the literature and recommandations for way forward.* AIDS.2008 ; 22 : 67-79.
6. **Andrianasolo RL, Rakotoarivelo RA, Randriarimanana D, AngijiroPG, Randria MJD.** Discrimination des personnes infectées par le VIH en milieu médical à Madagascar. Méd Mal Infect. 2011 ; 41(1) : 2-6.
7. **Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/Sida (ONUSIDA).** Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Nov 2010. ONUSIDA.
8. **Fonquernie L, Costagliola D, Girard PM.** Classification, définitions et facteurs prévisionnels d'évolution de l'infection VIH chez l'adulte. In : Girard P M, Katlama C, Pialoux G. VIH éd 2007. Rueil Malmaison(France). Doin ; 2008. pp. 53-68.
9. **Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/Sida (ONUSIDA).** Faits et chiffres mondiaux 2009. ONUSIDA ; 2011.
10. **Gaye AG, Ndiaye A, Diouf O, et al.** Prévalence du VIH et Facteurs Associés. In : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples Sénégal 2010-2011. ANSD et ICF International. 2011 ; pp : 287-306
11. **Conseil national de lutte contre le sida au Sénégal (CNLS).** Données épidémiologiques du VIH/Sida au Sénégal. Bul épidémio. 2006 ; 12.
12. **Barré-Sinoussi F.** Virologie fondamentale de l'infection VIH. In : Girard P M, Katlama C, Pialoux G. VIH éd 2007. Rueil Malmaison(France). Doin ; 2008. p. 3-10.
13. **Levy JA.** *The Retroviridae.* New York : Plenum ; 1993.
14. **Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (CMIT).** E. PILLY-Maladies infectieuses et tropicales. 19^{ème}ed. France ; 2004.
15. **Semaille C, Lot F.** Épidémiologie : Situation actuelle et tendances. In : Girard P M, Katlama C, Pialoux G. VIH éd 2007. Rueil Malmaison(France). Doin ; 2008. P. 43-52.
16. **Troussier Th, Girard PM.** Prévention primaire du VIH liée à la sexualité. In : Girard P M, Katlama C, Pialoux G. VIH éd 2007. Rueil Malmaison(France) . Doin ; 2008. P. 659-676.

17. **Lot F.** Épidémiologie : Situation actuelle et tendances. In : Girard P M, Katlama C, Pialoux G. VIH éd 2004. ville. Doin ; 2005. P. 39-51.
18. **Ndiaye S, Ayad M.** Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005. Calverton, Maryland, USA : Centre de Recherche pour le Développement Humain ORC Macro.
19. **Blanche S.** L'enfant. VIH édition 2007. In : Girard P M, Katlama C, Pialoux G. VIH éd 2007. Rueil Malmaison(France). Doin ; 2008. P. 525-539.
20. **Mandelbrot L, Tubiana R, Matheron S.** Grossesse et infection par le VIH. In : Girard P M, Katlama C, Pialoux G. VIH éd 2007. Rueil Malmaison(France). Doin ; 2008. P. 501-523.
21. **Hoën B.** Primo infection par le VIH. In : Girard P M, Katlama C, Pialoux G. VIH éd 2007. Rueil Malmaison(France). Doin ; 2008. P. 71-76.
22. **Montagnier L, Rozenbaum W, Gluckman JC.** Sida et infection par VIH. Flammarion. Paris 1989.
23. **Zeller V, Caumes E.** Aspects cliniques actuels de la maladie VIH/Sida. Press Méd. 2002 ; 2 : 74-79.
24. **Eholie P, Girard PM, Bissagnene E, et al.** Mémento thérapeutique du VIH/SIDA en Afrique. Paris : Doin ; 2009.
25. **Family Health International (FHI).** Facteurs influençant l'adhérence thérapeutique chez les personnes vivants avec le VIH/SIDA. Kigali ; 2003.
26. **État du Sénégal.** Loi relative au VIH et au Sida du 9 avril 2010. Journal officiel de la République du Sénégal N° 6535 du samedi 10 juillet 2010. Loi n° 2010-03.
27. **Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal/Direction de la Santé.** Guide de prise en charge de l'infection au VIH/SIDA au Sénégal. Dakar ; 2009.
28. **Division de Lutte contre le Sida et les IST.** Directives nationales sur la prévention de la transmission mère enfant du VIH au Sénégal. Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal. 2010.
29. **Roncier C, Le Loup G.** VIH et virus des hépatites. In : ANRS. Transcriptases. ANRS. 2009 ; 142 : 1-49.
30. **Pialoux G.** Mise à jour des connaissances avec Anthony Fauci. In : ANRS. Transcriptases. ANRS. 2010 ; 114 : 16-18.
31. **Organisation mondiale de la santé (OMS).** Traitement de l'infection au VIH chez l'adulte et l'adolescent ;OMS ; révision 2010 ; 11.
32. **Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal/Direction de la santé/ Division de la lutte contre les IST et le VIH/Sida.** Fiche technique de prise en charge VIH au Sénégal. MSP. 2011
33. **Boudreau G.** Science et comportement - Le changement de comportement en général. Association des Spécialistes en Modification de Comportement (ASMC). 1990.
34. **Mann J.** *Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd session of United Nations General Assembly.* New York : WHO. 1987.
35. **Goffman E.** *Stigma : Notes on the Management of spoiled identity.* New York : Simon & Schuster ; 1963.
36. **Morrison K.** Stigmatisation, discrimination, auto-stigmatisation et VIH. New York : USAID ; 2007.

37. **Mellouk O.** Lutte contre la stigmatisation et les discriminations : des discours à la réalité. *Transcriptases*. ANRS. 2010 ; 144 : 78-80.
38. **Organisation des Nations Unies.** Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida. Assemblée générale des Nations Unies. New York : ONU ; 2001.
39. **Tubiana R, Lot F.** Prévention des risques d'exposition et prophylaxie post-exposition In : Girard P M, Katlama C, Pialoux G. *VIH*. éd 2007. Doin ; 2008. P. 677-692.
40. **Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal.** Manuel national sur la stratégie de référence et de contre référence. MSP. 2006.
41. **Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal.** Carte sanitaire du Sénégal. MSP, 2008.
42. **Asseray N, Alfandari S, Vandebussche C, Guery B, Parent K, Georges H.** Analyse des pratiques et connaissances sur les accidents d'exposition au sang. *Méd Mal Infect*. 1998 ; 28 : 612-617.
43. **Ndiaye M, Cissokho-Beye D, Sow ML.** Accidents d'exposition au sang au CHNU de Fann. *Cahier de médecine interprofessionnelle (CAMIP)*. 2011.
44. **Cockcroft A, Dakley K.** *Anxiety and perception of risk of HIV and hepatitis B infectious among healthcare workers reporting accidental exposures to blood and other body fluids*. *AIDS*. 1994 ; 6 (2) : 205-214.
45. **Institut national de veille sanitaire.** Les accidents avec exposition au sang surtout liés aux aiguilles de suture. *Act Pharm Hosp*. 2009 ; 17 : 5-6.
46. **Niang K.** Attitudes et pratiques du personnel médical en matière d'infection à VIH et sa transmission en milieu de soins : cas des services de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique de quatre hôpitaux de Dakar – Sénégal . thèse Med. Dakar 2010 ;N° 47667.
47. **Laraqui CH, Tripodi D, Rahhali A, Bichara M, Laraqui S, Curtes JP.** *Knowledge, practice and behavior of health care workers confronted to AIDS and the occupational risk of HIV transmission in Morocco*. *Méd Mal Infect*. 2002 ; 32 : 307-314.
48. **Laraqui O, Laraqui S, Tripodi D, Zahraoui M, Caubet A, Verger C.** Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques sur les accidents d'exposition au sang en milieu de soins au Maroc. *Méd Mal Infect*. 2008 ; 38 : 658-666.
49. **Djeriri K, Charof R, Laurichesse H, Fontana L, El Aouad R, Merle JL.** Comportements et conditions de travail exposant au sang : analyse dans trois établissements de soins au Maroc. *Méd Mal Infect*. 2005 ; 35 : 396-401.
50. **Bonnel C, Cadoux M.** Le sida, un nouveau défi lancé à la société indienne. *Journ du Sida*. 1998 ; 104 : 26-32.
51. **Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal/Direction de la santé/ Division de la lutte contre les IST et le VIH/Sida.** Politiques, Normes et Protocoles du conseil dépistage volontaire du VIH. Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal. 2006.
52. **Hentgen V, Jaureguiberry S, Ramiliarisoa A, Andrianantoandro V, Belec M.** Connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé en matière de VIH/Sida à Tamatave (Madagascar). *Bull soc path ex*. 2002 ; 95 : 103-108.

53. **Thiam S.** Le sida en milieu chirurgical (Connaissances, attitudes et pratiques). Thèse doct méd Dakar 1995 ; N° 40586.
54. **Rabaud ch, Leporide ML, Vigneau MC, Martin C, May Th, Canton Ph.** Accidents avec exposition au sang au CHU de Nancy : Enquête sur le comportement du personnel vis-à-vis du risque de contamination par le VIH. *Méd Mal Infect.* 1996 ; 26 : 327-331.
55. **Olobuyide IO, Olawuyi F.** *Self reported incidence of accidental exposures to patients' blood and body fluids by resident doctors in Nigeria.* *J R Soc Health* 1995 Aug ; 115(4) : 235-6, 241-3.
56. **Asseray N, Alfandari S, Vandenbussche C, et al.** Analyse des pratiques et connaissances sur les accidents d'exposition au sang. *Med Mal Infect* 1998 ; 28 (8-9) : 612-7.
57. **Wolf M, Hidalgo S.** *Accidental exposure to health care workers of blood and body fluids from patients.* *Rev Med Chil* 1992 ; 120(11) : 1247-53.

ANNEXES

ANNEXE : Questionnaire de l'étude

QUESTIONNAIRE

I. CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Q.1. Sexe

- Masculin Féminin

Q.2. Age (en années)

Q.3. Titre - niveau d'études

- Étudiant-stagiaire 7^{eme} année Interne des hôpitaux
 Étudiant CES ou DES Médecin universitaire
 Médecin hospitalier

Q.4. Service

- Cardiologie Chirurgie TCV
 Urgences Neurochirurgie
 Imagerie médicale ORL
 Maladies infectieuses Neurologie
 Pneumo-phtysiologie Psychiatrie
 Autre, à préciser.....

Q.5. Ancienneté dans la spécialité (en années) :

II. ATTITUDES ET PRATIQUES VIS-A-VIS DES PVVIH

Q.6. Recevez-vous en consultation des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ?

- Oui Non

Q.7. Quels sont les sentiments que vous éprouvez devant une PVVIH ?

- Peur Empathie
 Indifférence Désolation
 Colère Compassion
 Autres.....

Q.8. Faites-vous le counseling avant la réalisation d'un dépistage du VIH ?

- Toujours Parfois Jamais

Q.9. Si vous ne le faites pas toujours, qu'est ce qui vous empêche de le faire ?

- Le manque de temps Pour éviter le stress au patient
 Le manque d'aptitude Le counselling n'est pas obligatoire
 Autres

Q.10. Vous arrive-t-il de partager l'information sur la sérologie d'un malade doué de ses facultés mentales avec un membre de son entourage à son insu ?

- Oui Non

Q.11. Hospitalisez-vous les PVVIH ?

- Oui Non

(Si la réponse est non passer à la question 14)

Q.12. Isolez-vous les PVVIH des autres patients dans les unités d'hospitalisation ?

- Oui Non

Q.13. Informez-vous le personnel paramédical des unités d'hospitalisation du statut sérologique d'une PVVIH hospitalisée ?

- Toujours Parfois Jamais

Q.14. Vous arrive-t-il de refuser un geste médicochirurgical à une PVVIH uniquement du fait de sa sérologie ?

- Oui Non

(Si vous n'êtes pas chirurgien, Merci de passer directement à la question 19)

Q.15. Lors d'une intervention chirurgicale chez une PVVIH informez-vous l'anesthésiste du statut sérologique du patient ?

- Toujours Parfois Jamais

Q.16. Lors d'une intervention chirurgicale chez une PVVIH informez-vous le personnel paramédical du bloc du statut sérologique du patient ?

- Toujours Parfois Jamais

Q.17. Lors d'une intervention chirurgicale chez une PVVIH modifiez-vous vos attitudes et technique ?

- Oui Non

Q.18. Si oui lesquelles ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Horaires de programmation | <input type="checkbox"/> Utilisation préférentielle du bistouri électrique |
| <input type="checkbox"/> Port de gants doubles ou triples | <input type="checkbox"/> Fermeture préférentielle par agrafes |
| <input type="checkbox"/> Port de lunettes de protection | <input type="checkbox"/> Autres..... |

III. TRANSMISSION DU VIH EN MILIEU DE SOINS

Q.19. Vous vous êtes déjà blessé lors de geste médicochirurgical ?

- Oui Non

(Si la réponse est NON passer directement à la question 25)

Q.20. Si oui combien de fois au cours de ces 12 derniers mois ?

Donner un chiffre :

Q.21. Avec quel instrument vous blessez vous le plus souvent ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aiguilles des fils de suture | <input type="checkbox"/> Ciseaux |
| <input type="checkbox"/> Aiguilles des seringues | <input type="checkbox"/> Autres aiguilles |
| <input type="checkbox"/> Lames de bistouri | <input type="checkbox"/> Autres..... |

Q.22. A quel(s) endroit(s) vous êtes-vous blessé ?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mains | <input type="checkbox"/> Visage |
| <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> Autres..... |

Q.23. Avez-vous déclaré ces blessures ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Q.24. Si OUI, à qui les avez-vous déclarées ?

.....

Q.25. Avez-vous déjà reçu une projection de liquide pathologique lors d'un geste médico-chirurgical ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

(Si la réponse est non passer à la question 28)

Q.26. Si OUI sur quelle(s) partie(s) du corps l'avez-vous reçue ?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Main | <input type="checkbox"/> Yeux |
| <input type="checkbox"/> Visage | <input type="checkbox"/> Autre..... |

Q.27. Avez-vous déclaré ces projections ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Q.28. Quels sont les moyens de protection individuelle dont vous disposez régulièrement ?

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gants | <input type="checkbox"/> Blouses |
| <input type="checkbox"/> Bavettes | <input type="checkbox"/> Surblouses |
| <input type="checkbox"/> Masques | <input type="checkbox"/> Autres..... |
| <input type="checkbox"/> Lunettes | <input type="checkbox"/> Aucun |

Q.29. Comment jugez-vous les moyens de protection individuelle dont vous disposez ?

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suffisants | <input type="checkbox"/> Faibles | <input type="checkbox"/> Inexistants |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|

IV. CONNAISSANCES ET OPINIONS SUR LE VIH

Q.30. Citer six (6) moyens (physiques ou chimiques) utilisable pour inactiver le VIH dans le cadre de la désinfection des mains et de la stérilisation du matériel ?

- 1.....4.....
- 2.....5.....
- 3.....6.....

Q.31. Quelles sont les voies de transmissions du virus en milieu de soins ?

- Gouttelettes de salives projetées par une PVVIH en toussant ou en parlant
- Projection de produits pathologiques sur les yeux
- Simple contact avec la peau saine d'une PVVIH
- Projection de produits biologiques contaminés sur une peau non lésée
- Projection de produits biologiques sur une peau lésée
- Contact prolongé avec habits ou literie d'une PVVIH
- Partage de toilettes avec une PVVIH
- Partage de vaisselles avec une PVVIH
- Piqûres ou blessures avec un instrument contaminé
- Air ambiante de la salle d'hospitalisation ou de consultation
- Autre à préciser.....

Q.32. Portez-vous systématiquement des gants lors des gestes avec exposition au sang (ponction, pose de voie veineuse, pansement, etc....) ?

- Oui Non

Q.33. Vous êtes-vous déjà dépisté pour l'infection à VIH ?

- Oui Non

Q.34. Si oui, à quand remonte votre dernière sérologie rétrovirale ?

- <3 mois 1 - 5 ans
 3 – 12 mois > 5 ans

Q.35. Pensez-vous que le dépistage doit être systématique pour tous les patients hospitalisés ?

- Oui Non

Q.36. Pensez-vous que le dépistage doit être systématique pour tous les patients devant bénéficier d'un geste invasif ?

- Oui Non

Q.37. Pensez-vous que le dépistage doit être systématique pour tous les médecins effectuant des gestes invasifs ?

- Oui Non

V. FORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH

Q.38. Comment jugez-vous vos connaissances sur la prise en charge globale de l'infection à VIH ?

- Suffisantes Insuffisantes

Q.39. Comment jugez-vous vos connaissances sur le traitement antirétroviral ?

- Suffisantes Insuffisantes

Q.40. Avez-vous déjà bénéficié d'une formation spécifique sur la prise en charge des PVVIH ?

Oui

Non

Q.41. Avez-vous besoin d'une formation continue sur la prise en charge des PVVIH ?

Oui

Non

Q.42. Seriez-vous disposé à prendre en charge les PVVIH si une formation efficace vous est dispensée ?

Oui

Non

Merci d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président du Jury

VU :

Le Doyen

Vu et Permis d'Imprimer

Pour le Recteur, Président de l'Assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Et par délégation

Le Doyen

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

Connaissances, attitudes et pratiques relatives à l'infection au VIH chez le personnel médical en milieu hospitalier de référence au Sénégal

L'infection au VIH constitue un problème majeur de santé publique mondial du fait de son ampleur et de sa gravité. L'objectif de cette étude est de déterminer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel médical des services cliniques du centre hospitalier national universitaire (CNHU) de Fann en matière de prise en charge de l'infection au VIH.

Cette étude, transversale, s'est déroulée en juin 2010. Elle a porté sur les médecins et chirurgiens recrutés suivant un sondage exhaustif. Les données sont collectées grâce à un questionnaire anonyme et auto administré, puis analysées avec le logiciel Épi info.

Le taux de participation est de 66,7%, soit 114 praticiens, avec une moyenne d'âge de 34 ($\pm 8,7$) ans, une ancienneté moyenne de 5,7 ans, Les chirurgiens sont minoritaires 38,6%. 91% des praticiens prenaient en charge des PVVIH, mais 5,3% les isolaient dans les unités de soins. Des comportements discriminatoires et stigmatisants envers les PVVIH sont retrouvés chez les praticiens. En effet 7,96% des prestataires refusent de consulter les PVVIH uniquement du fait de leur séropositivité. La non systématisation du counselling pré-test chez 44,7% des praticiens est justifiée par un besoin d'éviter un stress au malade (56,9%), par manque de temps (25,5%) ou par incompétence (25,5%). Les AES au cours des 12 derniers mois sont fréquents avec 48,2% de blessures et 50% de projections de produits biologiques. Les AES sont sous déclarés. En effet, 21,1% des blessés et 15,8% des prestataires ayant reçu des projections de liquide biologique le déclare. Les moyens de protection, jugés insuffisants par 68,4% des praticiens sont plus représentés par les gants (85,7%) et les blouses (73,3%). Le savon et l'hypochlorite de sodium (eau de javel) sont les moyens de désinfection les plus cités par respectivement : 75,0% et 70,2% des praticiens.

Les connaissances sur le traitement ARV sont insuffisantes chez 22,8% des prestataires et la prise en charge de l'infection au VIH est jugée mauvaise par 21,9% des prestataires et 89,4% ressentent le besoin de formation ou de recyclage

Mots clés : VIH/Sida, Personnel médical, AES, Stigmatisation, Sénégal