

Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à son enfant en 2010 au Togo

Djadou KE¹, Koffi KS², Saka B³, Tépé EM², Vinyo DK², Tatagan-Agbi K²

1. Service de Pédiatrie, CHR de Tsévié,
2. Service de Pédiatrie, CHU Tokoin,
3. Service de Dermatologie, CHU Tokoin,
Université de Lomé, Togo

Med Trop 2011 ; 71 : 608-612

RÉSUMÉ • *Objectif.* Évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) au Togo. *Méthode.* Il s'agissait d'une étude transversale menée du 18 janvier au 6 février 2010 dans 22 sites PTME au Togo. Le choix des sites était raisonné, tenant compte de la fréquentation et des régions sanitaires. Les données ont été collectées par interview directe réalisée par 23 enquêteurs préalablement formés. *Résultats.* Dans les 22 centres sélectionnés, 97 prestataires de soins ont été interrogés. Parmi eux, 76% avaient reçu une formation en PTME. En matière des connaissances, l'évaluation a permis de relever des points forts : 83 % des prestataires de soins ont cité la transmission mère-enfant comme voie de contamination des enfants de moins de 15 ans ; 87 % ont affirmé qu'une femme enceinte ne transmet pas toujours le VIH à son enfant ; pour 77 % des prestataires, le test ELISA se fait après le 18ème mois de vie ; 96 % avaient une notion claire sur l'alimentation des enfants nés de mères infectées par le VIH. Parmi les points faibles, 30% des prestataires n'avaient jamais entendu parler du diagnostic pédiatrique du VIH par la charge virale ; 27 % ont déclaré qu'il n'était pas toujours nécessaire d'assurer la confidentialité à propos de la sérologie VIH ; 22 % ne savaient pas que la décontamination de matériels dans une solution chlorée tuait le VIH. Concernant les attitudes et pratiques favorables à la PTME : 83 % des prestataires de soins acceptaient de continuer à travailler dans un centre de consultation prénatale doté d'activités de PTME ; 87% d'entre eux adressaient les femmes enceintes pour la sérologie VIH ; mais seulement 27 % convoquaient les conjoints lorsque la sérologie de leurs épouses était positive. *Conclusion.* Notre enquête a montré que les prestataires de soins ont de bonnes connaissances, des attitudes et pratiques favorables à la PTME. Toutefois des points faibles persistent et justifient des formations continues en PTME.

MOTS-CLÉS • Connaissances. Attitudes. Pratiques. Prévention. Transmission VIH. Mère-enfant. Togo.

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF HEALTHCARE PROVIDERS IN TOGO REGARDING PREVENTION OF MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION OF HIV IN 2010

ABSTRACT • *Objective.* To evaluate the knowledge, attitudes and practices of health care providers (HCP) in Togo regarding prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT). *Method.* A cross-sectional study was conducted in 22 antenatal clinics with PMTCT programs from January 18 to February 6, 2010. Clinic selection was based on attendance and local factors. Data were collected through interviews conducted by 23 trained investigators. *Results.* A total of 97 HCP were interviewed at the 27 selected clinics. Most, *i.e.*, 76%, had received PMTCT training. In terms of knowledge, interview data revealed the following strengths: 83% of HCP identified transmission from mother to child as the main route of HIV transmission in children < 15 years; 87% asserted that HIV-infected pregnant women do not always transmit HIV to their children; 77% knew that the ELISA test was performed after 18 months; and 96% had a clear notion about feeding infants born to HIV-infected mothers. Knowledge assessment revealed the following weaknesses: 30% of HCP had never heard of polymerase chain reaction; 27% said that confidentiality about HIV status was not always necessary; and 22% were unaware that decontamination of equipment using a chlorine solution kills HIV. In addition, interview data revealed the following positive attitudes and practices: 83% of HCP were willing to continue working in a center with a PMTCT program and 87% referred women pregnant for the HIV serology. On the negative side, however, only 27% of HCP summonsed husbands whose wives tested positive for HIV. *Conclusion.* This investigation shows that the knowledge, attitudes and practices of HCP in Togo regarding PMTCT is fairly good. However, it also revealed several weaknesses that should be addressed by further training.

KEY WORDS • Knowledge. Attitudes. Practices. Prevention. Mother-child. Transmission HIV. Togo.

La transmission mère-enfant (TME) est la principale voie par laquelle les nourrissons et les enfants sont infectés par le VIH. En 2009, le nombre d'enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH dans le monde était de 2,5 millions. Parmi eux, 90 % étaient nés en Afrique subsaharienne (1). Au Togo, les enfants de moins de 15 ans représentaient 6,5% des 7 669 personnes dépistées positives dans les centres de dépistage volontaire et anonyme en 2009 (2). La même année, la surveillance sentinelle de l'infection à VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale (CPN) avait rapporté une prévalence de 3,9% (3). La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est une intervention prioritaire

des programmes de lutte contre le VIH/SIDA en particulier en Afrique subsaharienne. Depuis le démarrage des programmes de PTME au Togo en 2002, des formations régulières sont organisées par le Programme National de Lutte contre les IST et le VIH/sida (PNLS/IST) à l'endroit des prestataires de soins afin d'améliorer leurs connaissances et pratiques en matière de PTME. En Afrique subsaharienne, de nombreuses études ont été menées pour évaluer les connaissances et identifier les attitudes et pratiques des prestataires de soins en matière du VIH/SIDA en général (4-9), mais aucune n'a concerné le Togo. Dans le souci d'atteindre l'objectif de zéro enfant contaminé par sa mère séropositive au Togo, il a paru opportun d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins en matière de PTME afin d'élaborer une nouvelle stratégie d'extension de ces services dans tout le pays.

• Correspondance : edjadou@yahoo.fr

• Article reçu le 25/05/2011, définitivement accepté le 04/10/2011

Tableau 1. Caractéristiques des prestataires de soins interrogés, Togo 2010.

Caractéristiques des prestataires de soins	Nombre (%) n = 97
Type de prestataires de soins	
Sages-femmes	50 (52)
Accoucheuses/matrones	24 (25)
Médecin généraliste	9 (9)
Assistant médical	9 (9)
Infirmiers d'état	2 (2)
Médecin pédiatre	1 (1)
Technicien de laboratoire	1 (1)
Psychologue de la santé	1 (1)
Prestataires de soins formés en PTME	74 (76)
Sages-femmes (n=50)	44 (88)
Accoucheuses/matrones (n=24)	16 (67)
Médecin généraliste (n=9)	9 (100)
Assistant médical (n=9)	4 (44)
Psychologue de la santé (n=1)	1 (100)
Prestataires de soins formés en prise en charge médicale du VIH chez l'enfant	17 (17)
Sages-femmes (n=50)	3 (6)
Médecin généraliste (n=9)	7 (78)
Assistant médical (n=9)	5 (56)
Infirmiers d'état (n=2)	1 (50)
Médecin pédiatre (n=1)	1 (100)
Prestataires de soins ayant un superviseur sur la PTME	69 (71)
Prestataires de soins ayant été supervisés une fois au moins dans le cadre de la PTME	68 (70)

Méthode

Il s'agissait d'une étude transversale menée dans les centres de CPN, sur une période de trois semaines allant du 18 janvier au 06 février 2010. La sélection de ces centres s'est faite par choix raisonné en tenant compte des critères suivants, choix des centres de CPN érigés en sites de PTME, avec un taux élevé de fréquentation (plus de 800 CPN/an), en séparant les environnements urbain et rural, dans les six régions sanitaires. En fin 2009, le Togo comptait 63 sites PTME fonctionnels sur les 128 existants dont 9 dans la région des savanes (4 urbains et 5 ruraux), 12 dans la région de la Kara (6 urbains et 6 ruraux), 10 dans la région Centrale (3 urbains et 7 ruraux), 14 dans la région des Plateaux (9 urbains, 5 ruraux), 10 dans la région Maritime (5 urbains et 5 ruraux) et 8 dans la région Lomé Commune (Lomé étant la capitale du Togo, tous ses sites sont urbains). Au total, 22 sites ont été sélectionnés pour l'étude : trois sites dans la région des Savanes (dont 2 sites urbains et 1 site rural), quatre sites dans la région de la Kara (dont 3 sites urbains et 1 site rural), trois sites dans la région Centrale (dont 2 sites urbains et 1 site rural), trois sites dans la région des Plateaux (tous urbains), quatre sites dans la région Maritime (dont 2 sites urbains et 2 sites ruraux) et cinq sites à Lomé-Commune (tous urbains). Le protocole de l'étude et les outils de collecte de données ont été élaborés et validés par le groupe thématique PTME qui comprend les partenaires techniques et financiers du ministère de la santé, des personnes ressources de la faculté de médecine de l'université de Lomé, du PNLIS/IST et de la Division Santé Familiale. Ces outils de collecte de données étaient constitués d'un questionnaire anonyme portant sur les formations reçues par ces prestataires de soins dans le cadre de la PTME, leurs connaissances sur la transmis-

sion du VIH de la mère à l'enfant, leurs attitudes et pratiques en matière de PTME. Tous les prestataires de soins de ces 22 sites de PTME étaient concernés par l'enquête. Pour garantir l'anonymat, les enquêteurs (au nombre de 23) et le personnel ayant dépouillé et analysé les données étaient recrutés hors des sites de PTME sélectionnés. Le questionnaire comportait aussi bien les questions ouvertes que fermées. Les données collectées ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi-Info 6.4. Nous avons utilisé le test du Chi 2 ou le test exact de Fisher au seuil de signification de 5 % pour comparer les réponses.

Résultats

Dans les 22 sites de PTME sélectionnés, 97 prestataires de soins dont la plupart étaient des sages-femmes (52 %) et des accoucheuses/matrones (25 %) ont été interrogés. Parmi eux, 66 % travaillaient dans une structure de CPN dotée d'activités de PTME depuis moins de 5 ans. La plupart des prestataires de soins interrogés avaient été formés au moins une fois sur la PTME (76 %) et 17 % avaient reçu une formation sur la prise en charge du VIH de l'enfant né de mère séropositive. Sur le plan de la supervision dans le cadre de la PTME, 71% des prestataires ont déclarés avoir un superviseur et 70% ont été supervisés au moins une fois (tableau 1).

Les connaissances n'étaient pas différentes selon l'environnement ou les régions sanitaires. Quatre vingt trois pourcent des prestataires de soins interrogés ont identifié la TME comme principale voie de transmission du VIH chez les enfants de moins de 15 ans. La majorité des prestataires de soins interrogés (85 %) ont répondu que le liquide amniotique d'une femme enceinte séropositive contient le VIH. Parmi eux, 88% de sages-femmes et 83 % d'accoucheuses/matrones ont bien répondu contre 60 % des médecins (p=0,04). Quatre vingt quatre (87 %) des 97 prestataires de soins ont affirmé qu'une femme enceinte séropositive ne transmet pas obligatoirement le VIH à son enfant. Pour 45 % d'entre eux, un père infecté par le VIH peut transmettre le VIH à son enfant à naître. Parmi les précautions à prendre dans un couple où l'un des partenaires est séropositif, les prestataires ont bien identifié l'usage de préservatifs à 100 % et, l'éviction de partager les objets tranchants à 56 % (tableau 2). Pour 95 % des prestataires de soins, une femme enceinte séropositive pour le VIH peut continuer à avoir des relations sexuelles avec son partenaire quel que soit son statut sérologique mais en utilisant un préservatif.

Parmi les gestes qui augmentent le risque de transmission du VIH lors de l'accouchement, les prestataires de soins ont cité la rupture prématurée des membranes (73 %), l'épisiotomie (60 %), le forceps (44 %), le toucher vaginal itératif (40 %). Plus des trois quarts (76 %) d'entre eux étaient contre la rupture des membranes au cours du travail chez une parturiente infectée par le VIH dans le but d'accélérer le travail et de réduire le risque de transmission du VIH. Parmi les interventions proposées pour réduire le risque de TME, les prestataires de soins ont cité : la césarienne (87 %), l'utilisation des antirétroviraux (88 %) et l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois (95 %) (tableau 2). En matière d'hygiène et de sécurité dans les milieux de soins, 45% des prestataires ont répondu que pour minimiser le risque de transmission du VIH au personnel pendant le nettoyage, tous les instruments doivent être trempés pendant la nuit dans une solution

Tableau 2. Connaissances des prestataires de soins sur la PTME, Togo 2010.

Connaissances des prestataires de soins	Total n (%)	Sages-femmes n (%)	Matrones n (%)	Médecins n (%)	p
Selon vous, quelles sont les voies de transmission du VIH chez les enfants de moins de 15 ans ?					0,9
• TME	80 (83)	39 (78)	19 (79)	9 (90)	
• Voie sexuelle	13 (13)	8 (16)	4 (17)	1 (10)	
• Objets souillés de sang	4 (4)	3 (6)	1 (4)	0 (0)	
Est-ce que le liquide amniotique d'une femme enceinte séropositive contient le VIH ?					0,04
• Oui	82 (85)	44 (88)	20 (83)	6 (60)	
• Non	15 (15)	6 (12)	4 (17)	4 (40)	
Est-ce qu'une femme enceinte séropositive transmet-elle obligatoirement le VIH à son enfant à naître ?					0,9
• Oui	13 (13)	6 (12)	4 (17)	1 (10)	
• Non	84 (87)	44 (88)	20 (83)	9 (90)	
Est-ce qu'un père infecté par le VIH peut transmettre le VIH à son enfant à naître ?					0,9
• Oui	44 (45)	22 (44)	11 (46)	4 (40)	
• Non	51 (53)	26 (52)	13 (54)	6 (60)	
• Ne sait pas	2 (2)	2 (4)	0 (0)	0 (0)	
Quelles sont les précautions à prendre dans un couple ou l'un des partenaires est séropositif ?					0,13
• Usage de préservatif	97 (100)	50 (100)	24 (100)	10 (100)	
• Eviction de partager les objets tranchants	54 (56)	32 (64)	12 (50)	10 (100)	
• Eviction de boire dans le même verre	9 (9)	5 (10)	2 (8)	2 (20)	
• Dépistage du couple	4 (4)	2 (4)	1 (4)	1 (10)	
• Discrimination du partenaire infecté	1 (1)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	
Selon vous, quels sont les gestes qui augmentent le risque de transmission du VIH lors de l'accouchement ?					0,3
• Rupture prématurée des membranes	71 (73)	40 (80)	20 (83)	6 (60)	
• Episiotomie	58 (60)	38 (76)	10 (42)	5 (50)	
• Forceps	43 (44)	16 (32)	12 (50)	4 (40)	
• Toucher vaginal itératif	39 (40)	20 (40)	9 (38)	6 (60)	
• Le fait de traire le cordon	19 (20)	10 (20)	5 (21)	4 (40)	
• Ventouse	5 (5)	2 (4)	1 (4)	2 (20)	
Etes-vous pour la rupture des membranes au cours du travail chez une parturiente infectée par le VIH dans le but d'accélérer le travail et de réduire le risque de transmission du VIH ?					0,3
• Oui	19 (20)	10 (20)	4 (17)	4 (40)	
• Non	74 (76)	38 (76)	19 (79)	6 (60)	
• Ne sait pas	4 (4)	2 (4)	1 (4)	0 (0)	
Que peut-on faire pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à son enfant ?					0,07
• Utilisation des antirétroviraux	85 (88)	46 (92)	20 (83)	9 (90)	
• Accouchement par césarienne	84 (87)	45 (90)	20 (83)	10 (100)	
• Allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois	92 (95)	50 (100)	20 (83)	10 (100)	
Avez-vous entendu parler de la PCR ?					0,01
• Oui	68 (70)	37 (74)	10 (42)	10 (100)	
• Non	29 (30)	13 (26)	14 (58)	0 (0)	
Quelle est la méthode la plus sûre pour dire qu'un enfant de moins de 18 mois né d'une mère séropositive est porteur du VIH ?					0,07
• PCR	43 (44)	24 (48)	4 (17)	8 (80)	
• Test rapide	10 (10)	3 (6)	6 (25)	1 (10)	
• Elisa	10 (10)	6 (12)	3 (12)	1 (10)	
• Ne sait pas	34 (35)	17 (34)	11 (46)	0 (0)	
Est-il nécessaire d'assurer la confidentialité des résultats de la sérologie VIH d'une femme enceinte ?					0,08
• Oui	71 (73)	42 (84)	13 (54)	7 (70)	
• Non	26 (27)	8 (16)	11 (46)	3 (30)	
Est-ce que l'évaluation de l'environnement psychosocial est une étape nécessaire du counseling pré-test ?					0,1
• Oui	87 (90)	47 (94)	19 (79)	9 (90)	
• Non	10 (10)	3 (6)	5 (21)	1 (10)	

chlorée/eau de javel à 0,5%. La majorité des prestataires (78 %) ont répondu que la décontamination des instruments chirurgicaux utilisés en les trempant dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 10 minutes tuait rapidement le VIH.

Concernant les méthodes diagnostiques de l'infection à

VIH, 70 % des prestataires de soins ont entendu parler de la Polymérase Chain Reaction (PCR). Parmi eux, 74 % de sages-femmes, 42 % d'accoucheuses/matrones en ont entendu parler contre 100 % des médecins (p=0,01). Quarante-trois (44 %) des 97 prestataires de soins ont répondu que la PCR est la méthode la plus

Tableau 3. Attitudes et pratiques des prestataires de soins en matière de PTME, Togo 2010.

Attitudes et pratiques des prestataires de soins	Total n (%)	Sages-femmes n (%)	Matrones n (%)	Médecins n (%)	p
Attitudes					
Accepteriez-vous de continuer à travailler dans un centre de CPN doté d'activités de PTME ?					0,9
• Oui	80 (83)	42 (84)	19 (79)	8 (80)	
• Non	17 (17)	8 (16)	5 (21)	2 (20)	
Etes-vous favorables à la lutte contre la discrimination et la stigmatisation qui découragent les femmes à fréquenter les sites de PTME?					0,9
• Oui	87 (90)	43 (86)	22 (92)	10 (100)	
• Non	10 (10)	7 (14)	2 (8)	0 (0)	
Pratiques					
Adressez-vous les femmes enceintes au laboratoire pour la sérologie VIH après le counseling ?					0,07
• Oui	84 (87)	45 (90)	20 (83)	9 (90)	
• Non	13 (13)	5 (10)	4 (17)	1 (10)	
Annoncez-vous aisément le résultat d'une sérologie VIH positive à une femme enceinte ?					0,09
• Oui	70 (72)	35 (70)	19 (79)	8 (80)	
• Non	27 (28)	15 (30)	5 (21)	2 (20)	
Convoquez-vous les conjoints lorsque la sérologie VIH de leurs épouses est positive ?					0,1
• Oui	26 (27)	12 (24)	7 (29)	4 (40)	
• Non	71 (73)	38 (76)	17 (71)	6 (60)	

sûre pour dire qu'un enfant âgé de moins de 18 mois né d'une mère séropositive est porteur du VIH, et pour 77 %, le test ELISA se fait après 18 mois chez l'enfant, sans différence significative entre médecins, sages-femmes et accoucheuses/matrones. Quatre vingt trois des 97 prestataires ont répondu que le diagnostic de séropositivité des femmes enceintes repose sur la détection des anticorps par l'utilisation d'un test rapide, éventuellement confirmé par un test ELISA.

Sur la question de la vaccination et de l'alimentation d'un enfant né de mère séropositive, 96% des prestataires ont répondu que les deux options d'alimentation recommandées étaient l'allaitement maternel exclusif et l'allaitement artificiel. Pour 17 % d'entre eux, la préparation au choix du mode d'alimentation du nouveau-né devrait se faire lors des CPN et au début du travail. Soixante-dix sept (79 %) des 97 prestataires de soins savaient que la diversification de l'alimentation se fait dès l'âge de 6 mois. Pour 95 % d'entre eux, une mère séropositive peut pratiquer l'allaitement exclusif de la naissance à 6 mois suivi d'une diversification alimentaire. Enfin, 82% des prestataires étaient pour l'administration de vaccins aux nouveau-nés de mères séropositives.

Une définition claire de la discrimination (façon d'exprimer à l'égard d'autrui des idées stigmatisantes) a été donnée par 62% des prestataires. Environ 90% étaient d'avis que l'évaluation de l'environnement psychosocial est une étape nécessaire du counseling pré-test. Dans le cadre de la PTME, 27% des prestataires ont répondu qu'il n'est pas nécessaire d'assurer la confidentialité des résultats de la sérologie VIH d'une femme.

Les attitudes et pratiques ne différaient pas selon l'environnement, les régions sanitaires ou le niveau de qualification (médecins, sages-femmes, accoucheuses/matrones). En effet, 83% des prestataires de soins acceptaient de continuer à travailler dans un centre de CPN doté d'activités PTME, 90 % étaient favorables à la lutte contre la discrimination et la stigmatisation, et 87 % des prestataires adressaient les femmes enceintes au laboratoire de leur formation sanitaire pour la sérologie VIH après le counseling. Soixante-dix (72 %) des prestataires déclaraient annoncer aisément le résultat d'une sérologie VIH positive à une

femme et 27 % convoquaient les conjoints lorsque la sérologie de leurs épouses était positive (tableau 3).

Discussion

Notre enquête a porté sur les prestataires de soins employés dans 22 sites de PTME du Togo. Elle a montré que ces prestataires de soins ont de bonnes connaissances sur la TME, et des attitudes et pratiques favorables à la PTME : 83 % des prestataires de soins acceptaient de continuer à travailler dans un centre de CPN doté d'activités de PTME et 87% d'entre eux adressaient les femmes enceintes pour la sérologie VIH. Mais très peu de prestataires de soins (27 %) convoquaient les conjoints lorsque la sérologie de leurs épouses était positive. Par ailleurs, les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins n'étaient pas significativement différentes selon l'environnement rural ou urbain, selon les régions sanitaires ou selon le type de prestataires de soins. Mais notre étude présente des limites : i) les prestataires de soins des services de pédiatrie qui font le suivi des enfants nés de mères séropositives n'ont pas été interrogés; ii) le faible nombre de prestataires interrogés. Malgré ces limites, le caractère transversal de notre enquête qui a couvert plus du tiers des sites PTME fonctionnels dans les six régions sanitaires du pays nous a permis d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins en matière de PTME en 2010 au Togo.

Nous avons interrogé 97 prestataires de soins dont 90 % de personnel paramédical et 10 % de médecins lors de notre enquête. Dans la série de Umeh *et al.* (8) au Nigéria, l'enquête avait également porté sur aussi bien le personnel médical et paramédical. Ainsi, sur les 426 prestataires de soins interrogés dans cette enquête, 307 étaient des infirmiers, 53 étaient des laborantins et 35 étaient des médecins. Mais la plupart des enquêtes en Afrique subsaharienne ont porté uniquement sur une cible de prestataires de soins, soit des infirmiers (4, 6), soit des spécialistes : des anesthésistes (5), des sages-femmes (10) ou des chirurgiens (9). Par ailleurs, 77 % des prestataires de soins interrogés dans notre enquête ont été formés sur la PTME démontrant que le PNLS/IST fait de cette intervention une priorité dans la réduction de la TME

au Togo. Cependant, près de 30% des prestataires de soins n'ont pas de superviseurs ou n'ont jamais été supervisés. Les supervisions s'avèrent nécessaires pour s'assurer de l'appropriation des protocoles par les prestataires et pérenniser leur acquis. L'absence de superviseurs et l'irrégularité des supervisions peuvent donc entraver la qualité des prestations en PTME.

Les connaissances des prestataires de soins en matière de TME étaient plutôt bonnes. Le bon niveau de connaissance sur les voies de transmission du VIH chez les enfants de moins de 15 ans peut s'expliquer par le nombre élevé de prestataires de soins qui ont reçu des formations en PTME. En 2005, en Ouganda, à la question de savoir si la transmission du VIH était possible pendant la grossesse ou au moment de la naissance, 93 % des 43 professionnels de santé interrogés avaient donné une réponse affirmative (11). Nous avons également relevé d'autres points forts sur leurs connaissances en matière de TME notamment sur la présence du VIH dans le liquide amniotique et sur la transmission du VIH d'une femme enceinte séropositive à son enfant. Toutefois, certaines connaissances notamment l'éviction de boire dans un même verre et la discrimination, citées comme précautions à prendre dans un couple où l'un des partenaires est séropositif n'étaient pas adaptées et sont à corriger.

Les connaissances des prestataires de soins sont très bonnes en matière des gestes obstétricaux qui augmentent le risque de TME au cours de l'accouchement et les interventions proposées pour réduire ce risque. Elles étaient meilleures que celles des accoucheuses traditionnelles interrogées au Nigeria. En effet, dans cette étude 43,6 % des accoucheuses traditionnelles interrogées ont cité l'utilisation de lames stérilisées et 10,7 %, l'utilisation de vêtements et gants stériles pour réduire le risque de TME lors de l'accouchement (12). Par ailleurs, les prestataires de soins interrogés dans notre enquête avaient de bonnes connaissances en matière de méthodes diagnostiques de l'infection à VIH et d'alimentation du nouveau-né, ainsi que sur la discrimination. *A contrario*, les connaissances sur la confidentialité méritent d'être corrigées.

Dans l'ensemble, les prestataires de soins au Togo avaient des attitudes et pratiques favorables à la PTME en 2010. Cependant, certaines pratiques méritent d'être corrigées par des formations comme par exemple la convocation du conjoint lorsque la sérologie de leurs épouses est positive, réalisée par seulement 27 % des prestataires de soins. Cette pratique était insuffisamment menée quelque soit la catégorie de prestataires de soins considérée. La convocation des conjoints est une bonne pratique pour d'une part les amener à réaliser leur propre sérologie VIH, et d'autre part pour expliquer au couple les précautions à prendre pour réduire le risque de transmission du VIH. Dans la série de Roets *et al.* (10) en Afrique du sud, les pratiques des sages-femmes au moment de l'accouchement pour réduire le risque de TME n'avaient un impact ni sur la réduction du risque de TME, ni sur la réduction de la mortalité des enfants nés de mères séropositives. Ces résultats

semblent liés aux mauvaises pratiques des sages-femmes au moment de l'accouchement et soulignent l'intérêt de les améliorer par des formations continues en PTME dans le souci de réduire le risque de TME.

Conclusion

Les résultats tirés de notre enquête sont encourageants pour une réduction significative de la TME. Mais les limites relevées dans les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins soulignent l'importance des formations et évaluations en PTME pour un bon fonctionnement de cette intervention. Ces notions devraient être prises en compte dans l'élaboration de la stratégie d'extension des services de PTME au Togo, si l'on veut atteindre l'objectif zéro enfant contaminé par sa mère séropositive.

Références

1. ONUSIDA. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010. ONUSIDA ed, Genève, 2010. http://www.unaids.org/globalreport/default_fr.htm
2. PNLS. Rapport annuel des activités. Ministère de la santé ed, Lomé, 2009, p. 75.
3. PNLS. Surveillance sentinelle de l'infection par le VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en consultations prénatales au Togo. Ministère de la santé ed, Lomé, 2010, p. 41.
4. Delobelle P, Rawlinson JL, Ntuli S, Malatsi I, Decock R, Depoorter AM. HIV/AIDS knowledge, attitudes, practices and perceptions of rural nurses in South Africa. *J Adv Nurs* 2009 ; 65 : 1061-73.
5. Kushimo OT, Akpan SG, Desalu I, Merah NA, Ilori IU. Knowledge, attitude and practices of Nigerian anaesthetists in HIV infected surgical patients - a survey. *Niger Postgrad Med J* 2007 ; 14 : 261-5.
6. Mbanya DN, Zebaze R, Kengne AP, Minkoulou EM, Awah P, Beure. Knowledge, attitudes and practices of nursing staff in a rural hospital of Cameroon: how much does the health care provider know about the human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome? *Int Nurs Rev* 2001 ; 48 : 241-9.
7. Mungherera M, van der Straten A, Hall TL, Faigeeles B, Fowler G, Mandel JS. HIV/AIDS-related attitudes and practices of hospital-based health workers in Kampala, Uganda. *AIDS* 1997 ; 11 Suppl 1 : S79-85.
8. Umeh CN, Essien EJ, Ezedinachi EN, Ross MW. Knowledge, beliefs and attitudes about HIV/AIDS-related issues, and the sources of knowledge among health care professionals in southern Nigeria. *JR Soc Promot Health* 2008 ; 128 : 233-9.
9. Obalum DC, Eyesan SU, Ogo CN, Enweani UN, Ajoku JO. Concerns, attitudes, and practices of orthopaedic surgeons towards management of patients with HIV/AIDS in Nigeria. *Int Orthop* 2009 ; 33 : 851-4.
10. Roets L, Martheze B, Nel M, van der Vyver M, Wilke M. The prevention of intrapartum HIV/AIDS transmission from mother to child. *Curationis* 2003 ; 26 : 12-20.
11. Harms G, Schulze K, Moneta I, Baryomunsi C, Mbezi P, Poggensee G. Mother-to-child transmission of HIV and its prevention: awareness and knowledge in Uganda and Tanzania. *Sahara J* 2005 ; 2 : 258-66.
12. Bassey EB, Elemuwa CO, Anukam KC. Knowledge of, and attitudes to, acquired immune deficiency syndrome (AIDS) among traditional birth attendants (TBAs) in rural communities in Cross River State, Nigeria. *Int Nurs Rev* 2007 ; 54 : 354-8.