



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 15 September 2022
Accepted, 20 May 2023
Published, 24 May 2023
<http://www.revue-rasp.org>

Research

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel infirmier du centre hospitalier universitaire de Fann en matière d'infection à VIH

Knowledge, attitudes and practices of nursing staff at the Fann University Hospital regarding HIV infection

Gilder Sleeve Tonfak Temgoua⁽¹⁾, Khadim NIANG⁽²⁾, Noel Magloire MANGA⁽¹⁾, Cheikh Tidiane NDOUR⁽¹⁾, Moussa SEYDI⁽¹⁾.

¹Service de maladies infectieuses du CHU de Fann, B.P:15499 Dakar – Fann, Sénégal. ²Institut de Santé et Développement de l'Université Cheikh Anta Diop, B.P:16390 Dakar, Senegal

* Correspondance : gildersleeves@yahoo.fr, Tel : +237(695884157)

Résumé

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique visant à étudier les connaissances, attitudes et pratiques des personnels infirmiers dans le but de réduire les comportements à risque et les attitudes de stigmatisation face à l'infection à VIH au sein de cette population. Les données ont été recueillies sur un questionnaire auto-administré et saisies grâce au logiciel Epi Info version 3.5.1. Le taux de participation était de 90,1%. Les infirmiers à 20,2% pensaient qu'il faut isoler les patients séropositifs dans les unités de soins. Un bon niveau de connaissances des moyens de prévention sexuelle du VIH-Sida était retrouvé chez 37% de la population. La principale source d'information était les médias. Le niveau de connaissance était statistiquement lié à l'âge. Les infirmiers sexuellement actifs déclaraient à 15,3% avoir déjà été traités pour une IST. L'usage systématiquement du préservatif lors des rapports sexuels était pratiqué par 6,5% des infirmiers. Le multipartenariat sexuel et la pratique de rapports sexuels avec un(e) professionnel (le) du sexe étaient statistiquement liés au sexe ($p < 0,001$). Les pénétrations anale et buccale étaient retrouvées chez respectivement 2,1 et 18,5% des infirmiers enquêtés. Deux infirmiers ont déclaré un résultat positif au dernier test de dépistage de l'infection à VIH. Il convient de renforcer périodiquement les connaissances du personnel infirmier au travers des médias en vue d'améliorer leurs pratiques et prévenir la transmission du VIH.

Mots clés : VIH, personnel infirmier, transmission sexuelle, CAP, Dakar

Abstract

Health workers in Urban Senegal were surveyed cross-sectionally on knowledge, attitude, and practice (KAP) about HIV infection with the goal of reducing risk behaviors and stigmatizing attitudes towards HIV infection in this population. Data were collected on a self-administered questionnaire and entered using Epi Info version 3.5.1. The participation rate was 90.1%. Health

workers at 20.2% agreed that HIV infected patients should be isolated in care units. A good level of knowledge about sexual transmission route of HIV was found among 37% of the population. The main source of information was the media. The level of knowledge was statistically related to age. Sexually active Health workers reported at 15.3% been already treated for STIs. The systematic use of condoms during sexual intercourse was practiced by 6.5% of health workers. Multiple sexual partners and sexual intercourse with prostitute were statistically associated with gender ($p < 0.001$). The anal and oral sex practice were found in 2.1 and 18.5% of health workers surveyed respectively. Two Health workers reported positive results in the last HIV test. Nurses' knowledge needs to be regularly strengthened through the media to improve their practices and prevent HIV transmission.

Keywords: HIV, health workers, sexual transmission, KAP, Dakar

1. Introduction

La transmission sexuelle du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) impose des mesures d'hygiène de vie qui jouent un rôle important dans le déterminisme de cette infection.

Fin 2010, l'ONUSIDA estimait à 34 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, soit une hausse de 17% par rapport à 2001. Parmi les personnes nouvellement infectées, 70% vivent en Afrique sub-saharienne (OMS, 2012). La majeure partie des personnes nouvellement infectées par le VIH en Afrique sub-saharienne acquièrent le virus durant des rapports sexuels hétérosexuels non protégés (Epstein, 2010). Le Sénégal, pays d'Afrique sub-saharienne situé en Afrique de l'Ouest est un pays à faibles revenus classé par l'ONUSIDA comme pays à épidémie concentrée concernant l'infection à VIH. En effet, le Sénégal fait partie des pays à faible prévalence de l'infection à VIH. Cette prévalence avait été estimée à 0,7% de la population selon l'enquête démographique sanitaire de 2010 (EDS5). Selon cette même enquête, le multipartenariat sexuel au Sénégal est retrouvé chez 0,25% d'adultes féminins et 50,6% d'hommes dont seulement 15% d'entre eux ont utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel (Agence nationale de la statistique et de la démographie, 2011).

Les infirmiers sont les acteurs majeurs de la prise en charge globale de l'infection à VIH, ils jouent donc un rôle de pairs éducateurs dans la prévention, et de soignant pour ceux déjà infectés. Ce dernier rôle les expose à une contamination professionnelle, en plus de la contamination personnelle résultant de leurs propres comportements sexuels (Dieleman, 2007 ; Bulterys, 2004). Tandis que leur rôle de prestataire de soin pourrait les conduire à des attitudes de stigmatisation vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Pour réduire les comportements à risque et les attitudes de stigmatisation face à l'infection à VIH chez les personnels de santé ; leurs connaissances, attitudes et pratiques doivent être identifiées. C'est ce qui a motivé l'initiation de cette étude princeps chez le personnel infirmier du centre hospitalier universitaire de Fann à Dakar. Le but de cette étude était de contribuer à

l'amélioration de l'état de santé des populations par la prévention du VIH-Sida. De manière spécifique, il s'agissait de :

- Déterminer le niveau de connaissances des infirmiers concernant la prévention sexuelle de l'infection à VIH-Sida ;
- Rechercher l'existence d'attitudes et pratiques de stigmatisation du personnel infirmier à l'égard des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et leurs déterminants ;
- Déterminer les pratiques et attitudes des infirmiers afin de prévenir la transmission sexuelle du VIH-Sida et les déterminants ces pratiques ;

Pour atteindre ces objectifs, des variables ont été définies sur le plan opérationnel. Il s'agissait de:

- **La bonne connaissance des moyens de prévention sexuelle du VIH :** Les connaissances étaient jugées bonnes lorsque trois des quatre moyens de prévention de la transmission sexuelle suivants étaient correctement connus de l'infirmier :

La transmission sexuelle du VIH peut être prévenue par les moyens suivants :

- L'abstinence;
 - la fidélité ;
 - l'usage du préservatif masculin (condom) ou féminin (diaphragme);
 - Le dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles.
- **L'attitude de stigmatisation en milieu de soins :** la stigmatisation était présente lorsque l'enquêté (Stangl, 2012) :
 - percevait dangereux, contraignant, inacceptable ou apeurant le fait de prodiguer des soins à une personne connue séropositive et/ou adoptait un comportement d'indifférence, de dédain ou de méfiance envers le patient séropositif,
 - pensait qu'il faille isoler les patients séropositifs au VIH dans les unités de soins,
 - pensait qu'il faille mentionner le statut sérologique sur les bulletins d'examen dont la connaissance n'est pas indispensable.

2. Matériaux et méthodes

2.1 Cadre et type d'étude

L'étude s'est déroulée au centre hospitalier universitaire de Fann à Dakar. Il s'agit d'un établissement public de santé situé au sommet de la pyramide sanitaire du Sénégal (niveau III).

Le CHU Fann de Dakar a une triple vocation : de soins, de formation et de recherche dans le domaine de la santé.

Il est composé de services techniques (Service de radiologie générale, Pharmacie centrale ; Laboratoires de biochimie, bactériologie – virologie et de parasitologie – mycologie) et de services de soins.

Les patients sont consultés et hospitalisés dans les services de soins spécialisés que sont : Neurologie, Pneumologie, Maladies Infectieuses, Psychiatrie, Clinique d'ORL, Neurochirurgie, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (CTCV) et Service d'accueil et des urgences.

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. Un personnel paramédical important vient en appoint à ce personnel médical. Il est composé d'assistants sociaux, d'infirmiers d'État (IDE), d'infirmiers brevetés, d'assistants infirmiers, d'aide infirmiers, de techniciens de laboratoires. Les IDE et les assistants infirmiers ont une formation de trois ans après l'obtention du Baccalauréat pour les IDE et du Brevet de Fin d'Etudes Moyennes (BFEM) pour les assistants infirmiers. Les Infirmiers brevetés sont recrutés à partir du BFEM pour une durée de formation de deux ans et les aides infirmiers titulaires du certificat d'étude primaire élémentaire (sept ans de scolarité) sont également formés pendant deux ans (Brignon, 2002 ; Kone, 2009). Un personnel administratif et de soutien complète cette liste.

Le corps paramédical est représenté avec un total de 279 agents, dont 203 infirmiers présents dans les services de soins dont la répartition par service et par statut est présentée au niveau du tableau I.

Tableau I: Répartition des infirmiers en fonction du service et du statut

Service/Statut	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat	Infirmier(e) breveté(e)	Assistant(e) infirmier(e)	Aide infirmier(e)	Total
Psychiatrie	3	4	5	9	21
Neurochirurgie	7	0	9	9	25
ORL	6	4	3	10	23
Pneumologie	2	4	3	09	18
CTCV	18	3	5	5	31
Neurologie	12	5	5	7	29
Maladies infectieuses	12	10	9	14	45
Accueil et urgences	2	5	1	3	11
Total	57	33	33	80	203

L'étude s'est déroulée du 19 octobre 2012 au 1^{er} juillet 2013, il s'agissait d'une étude observationnelle de type transversale à visée descriptive et analytique. Elle ciblait l'ensemble des infirmiers exerçant dans les services de soins du CHU de Fann. Le recrutement était exhaustif au vu de la taille non importante de la population cible. Ont été inclus dans cette étude, tout infirmier exerçant dans l'un des services de soins du CHNU de Fann et présent à son poste le jour de l'administration du questionnaire. N'ont pas été inclus à l'étude les infirmiers non consentant à répondre au questionnaire.

2.2 Collecte et analyse des données

Les données ont été collectées sur un questionnaire auto administré comportant 44 questions réparties dans quatre domaines : caractéristiques générales, connaissances sur le VIH/Sida, attitudes vis-à-vis des malades et de la maladie et attitudes et pratiques personnelles en matière de prévention du VIH/Sida.

Le remplissage du questionnaire s'est fait en dehors de toute supervision après obtention du consentement éclairé de l'enquêté.

Les données collectées ont été saisies grâce au logiciel Epi Info version 3.5.1. Un nettoyage des fichiers saisis a été effectué avec le programme analysis du logiciel ce qui a permis de corriger certaines données aberrantes et les erreurs de saisie. Cette base de données épurée a ensuite été analysée grâce au logiciel Epi Info.

- **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 était inférieur à 0,05. L'odds ratio (OR) entouré de son intervalle de confiance (IC) a permis de quantifier la force du lien.

2.3 Considérations éthiques

La participation à cette étude était libre. Un consentement libre et éclairé a été obtenu de l'infirmier avant sa participation.

Les données du questionnaire étaient anonymes et confidentielles.

Aucune rémunération ou indemnisation financière ou matérielle n'a été donnée aux infirmiers enquêtés. Le bénéfice direct était l'obtention d'une information claire sur la prévention de l'infection à VIH. Le bénéfice direct était la meilleure connaissance des connaissances, des

attitudes et des pratiques des infirmiers exerçant au sein du CHNU de Fann en matière d'infection à VIH/Sida ce qui permettra d'élaborer et de mettre en place des stratégies de lutte plus efficaces.

3. Résultats

Sur une population cible de 203 infirmiers, 183 ont été inclus dans l'étude, soit un taux de réponse de 90,1%. Le service de neurochirurgie avait le plus fort taux de participation (100%). Le sexe féminin était prédominant avec une fréquence relative de 71% et un sex ratio homme/femme de 0,40. La tranche d'âge de 30 – 39 était majoritaire (n= 70) avec une fréquence de 38,25%, pour des extrêmes de 21 et 63 ans et une moyenne d'âge de 36,85 ans. La religion musulmane était prédominante avec 88,5% des cas (n=162). Au plan matrimonial, 61,9% de la population était mariée. Les infirmiers diplômés d'Etat représentaient 35,5% de la population, suivis des aides infirmiers dans 23% des cas. La majorité des infirmiers (63,9%) avait une ancienneté de service comprise entre un et dix ans. La médiane d'ancienneté de service était de 8 ans pour des extrémités allant de 1 à 32 ans.

3.1 Connaissances sur le VIH/Sida

Le niveau de connaissance des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH était bon dans 37% des cas. Une proportion de 12% des infirmiers enquêtés ne connaissait aucun moyen de prévention de la transmission sexuelle du VIH. Le niveau de connaissance était statistiquement lié à la tranche d'âge. La tranche d'âge des 20 – 29 ans avait un bon niveau de connaissances dans 63% des cas. Ce niveau de connaissances de la tranche d'âge des 20-29 ans était statistiquement lié à celui de la tranche d'âge de 30-39 ans avec un *p-value* de 0,001 et un *odds ratio* (OR) de 3,7.

Tableau II : Répartition des infirmiers selon leur âge et leur niveau de connaissances

Niveau de connaissances	Tranches d'âge				Total
	20 – 29 ans	30 – 39 ans	40 – 49 ans	≥ 50 ans	
Bon	29 (63,0%)	22 (31,4%)	13 (29,5%)	6 (26,1%)	70 (38,3%)
Moyen/Mauvais	17 (37,0%)	48 (68,6%)	31 (70,5%)	17 (73,9%)	113 (61,7%)
Total	46 (100%)	70 (100%)	44 (100%)	23 (100%)	183 (100%)
Ref		p = 0,001	p = 0,02	p = 0,008	
	1	OR = 3,7	OR = 4,07	OR = 4,83	-

La figure 1 illustre la fréquence des différentes sources d'information sur le VIH-Sida des infirmiers.

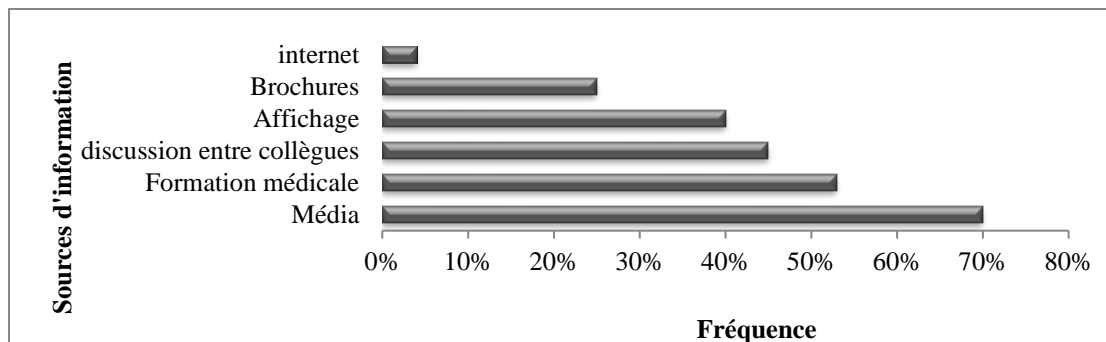


Figure 1: Fréquence des différentes sources d'information sur le VIH-Sida

Les médias étaient la source d'information principale sur l'infection à VIH des infirmiers enquêtés (n=128) avec une fréquence de 70%. La population étudiée à 66,1% avait déjà eu à participer à un séminaire ou à une séance éducative sur le VIH/Sida. La dernière formation s'était déroulée sur le lieu de travail pour 57,9% des infirmiers. La sexualité était considérée comme un tabou pour 11,5% de la population, les sujets relatifs à la sexualité étaient abordés dans 80% des cas avec les amis et dans 51% des cas avec le(s) partenaire(s) sexuel(s).

3.2 Attitudes vis-à-vis des malades et de la maladie

Une proportion de 98,9% des infirmiers enquêtés avait déjà eu à prodiguer des soins à des patients connus séropositifs, soit un effectif de 181. Cependant : 66,7% pensent qu'il faudrait demander systématiquement la sérologie rétrovirale à tout patient hospitalisé ; 18% pensent qu'il ne faudrait pas obtenir le consentement du patient avant la réalisation de toute sérologie rétrovirale et 20% pensent qu'il faudrait isoler les patients séropositifs dans les unités de soins.

Le sentiment de peur lors de la prestation des soins à une personne connue séropositive était perçu par 1,6% des infirmiers (n= 3) et 12,2% des enquêtés avait un comportement de méfiance vis-à-vis des patient séropositifs (n=23).

3.3 Attitudes et pratiques personnelles

Sur le plan sexuel, 95% des infirmiers déclaraient être actifs. De ceux-ci 90,7% déclaraient avoir des rapports sexuels avec pénétration (n=166). Leur(s) partenaire(s) était toujours de sexe opposé. Les pénétrations buccale et anale étaient retrouvées avec des fréquences respectives de 18,5% (n=10) et 2,10% (n=1) de la population. Une infection sexuellement transmissible avait déjà été traitée par 15,3% des infirmiers. L'usage systématiquement du préservatif lors des rapports sexuels était pratiqué par 6,5% des infirmiers contre 53,6% qui l'utilisaient parfois et 40% qui ne l'utilisaient jamais. Le multipartenariat sexuel était retrouvé chez 21,3% des infirmiers enquêtés. La pratique de rapports sexuels avec un(e) professionnel(le) du sexe était retrouvée chez 6,9% des infirmiers et 10,9% de la population avait déclaré avoir déjà eu des

rapports sexuels en échange de cadeaux ou d'argent. Le multipartenariat sexuel et la pratique de rapports sexuels avec un(e) professionnel(le) du sexe étaient statistiquement liés au sexe ($p < 0,001$). Le sexe masculin avait 6,7 fois plus de probabilité d'avoir plus de deux partenaires sexuels et 9,11 fois plus de probabilité de fréquenter les professionnels du sexe que le sexe féminin. Le dépistage de l'infection à VIH avait déjà été réalisé par 83,5% des infirmiers. La raison de ce dépistage pour 45% d'entre eux était la connaissance du statut sérologique. Le dernier test de dépistage remontait à plus d'un an pour 50,3% des infirmiers. Sur toute la population étudiée, deux avaient déclaré un résultat positif au dernier test de dépistage de l'infection à VIH. Ces derniers n'avaient pas partagé leur statut sérologique avec leur(s) partenaire(s) sexuel(s) tandis que la majorité de ceux ayant un résultat négatif l'avaient partagé, il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre le résultat de la sérologie et la partage avec le(s) partenaire(s) sexuel(s). Le tableau III représente la distribution des infirmiers selon le temps écoulé depuis la réalisation du dernier test de dépistage du VIH.

Tableau III : Répartition des infirmiers selon le temps écoulé depuis le dernier test de dépistage du VIH

Temps écoulé depuis la réalisation du dernier test de dépistage VIH	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Plus d'un an	77	50,3
Entre 4 et 12 mois	50	32,7
Entre 1 et 3 mois	16	10,5
Moins d'un mois	10	6,5
Total	168	100,0

4. Discussion

Le personnel infirmier au Sénégal reçoit une formation de 2 à 3 ans après le baccalauréat pour les infirmiers diplômés d'Etat, le Brevet de Fin d'Etude Moyennes pour les infirmiers brevetés et les assistants infirmiers et le Certificat d'Etudes Primaires Elémentaires pour les agents sanitaires. Ce qui pourrait expliquer la relative jeunesse des praticiens avec une moyenne d'âge de 36,85 ans. Cette jeunesse de la population étudiée explique aussi l'ancienneté de service observée qui était inférieure ou égale à 10 ans dans la majorité des cas (63,9%) avec une moyenne d'ancienneté de 10,30 ans. Rahlenbeck (2004) au Rwanda avait retrouvé une moyenne d'âge similaire au nôtre (34,1 ans chez les femmes et 36,7 ans chez les hommes), mais un âge moyen d'ancienneté plus bas que le nôtre (3,5 ans).

Le sex-ratio en faveur des femmes dans la population étudiée est le reflet des données démographiques sanitaires du Sénégal qui font état d'une prédominance féminine dans la profession infirmière (Bulterys, 2004). Plusieurs études similaires corroborent cette prédominance féminine (Walusimbi, 2004 ; Chiamaka, 2008 ; Mbilinyi, 2011) avec des fréquences allant de 66 à 92,9%.

La population cible de notre étude est adulte et en activité professionnelle, ceci pourrait expliquer le fait que la majorité de ces infirmiers enquêtés était mariés dans 61,9% des cas. Kiragu (2007) qui avait mené une étude sur le risque de transmission sexuelle et le dépistage du VIH chez 692 personnels soignant infirmier de 5 hôpitaux de Zambie avait retrouvé 50% de mariés ; aussi les travaux de Rahlenbeck (2004) en Zambie et Nyamathi (2008) en Inde avaient retrouvé respectivement 86,6% et 90% de mariés parmi le personnel enquêtés.

Le personnel infirmier enquêté était musulman dans 88,5% des cas, ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de la population sénégalaise soit musulmane (Ndiaye, 2011). Ces chiffres se rapprochent de ceux de Mbeba (2011) qui avait trouvé dans son étude 4/5 de musulmans. Par contre Kiragu (2007) avait retrouvé 97% de chrétiens dans son étude.

Le meilleur niveau de connaissance observé dans la tranche d'âge de 20 – 29 ans pourrait s'expliquer par le fait que les médias constituant la principale source d'information dans notre étude seraient plus utilisés par les jeunes. Aussi ces jeunes ont un meilleur niveau de connaissances résultant des enseignements acquis pendant la durée de formation, lieu par excellence d'apprentissage. Cette fréquence est inférieure à celle de Mbeba (2011) qui avait retrouvé un bon niveau de connaissance chez 84% du personnel sanitaire enquêté. Cette différence peut s'expliquer par le fait que la population dans leur étude était hétérogène (médecins, d'infirmiers, techniciens de laboratoire et de travailleurs sociaux), laissant suggérer qu'il existe une relation entre le niveau d'études et le niveau de connaissances. Chiamaka (2008) dans une étude menée au Nigeria sur une population identique à celle de Mbeba (2011) avait montré que le niveau de connaissances des médecins était supérieur à celui des infirmiers. Walusumbi (2004) va plus loin en montrant que même au sein de la seule population des infirmiers, le niveau de connaissances est proportionnel aux années d'étude et au fait d'avoir déjà prodigué des soins à une personne connue séropositive.

Les médias constituaient la principale source d'information dans notre étude. Le personnel enquêté à 66,1% avait déjà eu à assister à une formation sur le VIH-Sida dont la dernière d'entre elle pour la plupart d'entre eux s'est déroulée sur le lieu de travail (49,6%). Ces résultats sont semblables à ceux de Chiamaka (2008) qui avait retrouvé comme principales sources d'information : les séminaires de formation, la radio et l'école. Par contre, Parmeggiani (2010) dans une étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques face aux maladies transmissibles par le sang du personnel soignant dans les services d'urgences d'Italie, avait retrouvé la formation médicale et la littérature scientifique comme principales sources d'information des enquêtés.

Le personnel infirmier enquêté dans notre étude à 98,9% avait déjà eu à prodiguer des soins à une personne connue séropositive. Seule une minorité d'entre eux possède une attitude de stigmatisation vis-à-vis des sujets infectés. Le fait de prodiguer des soins à une personne connue séropositive est perçu comme dangereux pour 24 % (n=44) des infirmiers et 12,2% (n=23) ont une attitude de méfiance vis-à-vis des patients séropositifs. Laraqui (2000) avait retrouvé une attitude de stigmatisation chez le personnel de santé de deux grands hôpitaux du Maroc : 62,2 % de paramédicaux déclarent être anxieux lors de la prise en charge d'un patient infecté par le

VIH. Aussi Diallo (2013) dans une étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives à l'infection à VIH chez le personnel médical du centre hospitalier de Fann avait trouvé une attitude de discrimination des PVVIH par le personnel médical. En effet, 7,96% des personnes interrogées déclaraient refuser des soins médico-chirurgicaux aux PVVIH uniquement du fait de leur séropositivité.

La majorité des infirmiers enquêtés (66,7%) pense qu'il faut demander systématiquement la sérologie rétrovirale à tout patient hospitalisé et pour 82% d'entre eux après un consentement, 20,2% du personnel infirmier pense qu'il faut isoler les patients séropositifs dans les unités de soins. Ce chiffre est proche de celui de Rahlenbeck (2004) qui avait trouvé 32% d'infirmiers favorables à l'isolement des PVVIH. Par contre Laraqui (2000) avait trouvé que 46,6 % des enquêtés proposent l'isolement systématique des séropositifs, alors que 67,2 % imposeraient une sérologie VIH systématique chez toute personne hospitalisée et même à son insu (62,7%).

Au plan sexuel, 95% des infirmiers enquêtés dans notre étude sont actifs, 15% d'entre eux déclare avoir déjà été traité pour une IST. Malgré leur bonne connaissance des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH, l'usage du préservatif demeure une utopie : seul 6,5% d'entre eux déclarent utiliser toujours un préservatif lors des rapports sexuels, contre 53,6% qui l'utilisent parfois et 39,9% qui ne l'utilisent jamais. Cette faible utilisation du préservatif peut s'expliquer par le fait que la majorité d'entre eux sont mariés et que le préservatif est considéré comme un intrus dans le mariage comme l'affirme l'étude de Chimhiri (2007) au Malawi. Cependant, l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels extra-conjugaux n'a pas été recherchée dans notre étude. Le multipartenariat sexuel retrouvé chez les enquêtés (21,3%) pourrait trouver son origine dans le fait que la polygamie soit une pratique culturellement et légalement acceptée au Sénégal. D'autant plus que ce multipartenariat sexuel est plus fréquent chez les hommes (62,9%) avec une relation statistiquement significative ($p < 0,001$). Ceci n'exclut pas la pratique de rapports sexuels extra-conjugaux par les enquêtés. En effet 6,9% des infirmiers sexuellement actifs déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels avec un(e) travailleur (se) du sexe, cette pratique est statistiquement liée au sexe ($p < 0,001$). Nos résultats sont similaires à ceux de l'enquête démographique sanitaire V du Sénégal (2011) qui a retrouvé que le multipartenariat sexuel est plus fréquent au Sénégal chez l'homme que chez la femme avec des fréquences respectives de 11 et 2,5% chez les adultes de 15 – 49 ans. Cette étude a également montré que l'usage du préservatif est proportionnel au niveau d'instruction. Notre étude et celle de Mbeba (2011) au Malawi montrent qu'il n'existait aucune relation entre le niveau de connaissances et l'usage du préservatif ; dans l'étude de Talashek (2007), les infirmiers reconnaissent avoir les mêmes désirs sexuels que les autres et la non utilisation du préservatif et les autres comportements sexuels à risque seraient dus à des facteurs contextuels liés à leur profession : salaire consistant, le fait qu'ils sont admiré de la population qui les considère comme des partenaires sains et ils usent de leur position sociale pour avoir des rapports sexuels avec leurs clients ou un membre de la famille de ce dernier.

Ces facteurs contextuels favorisent le multipartenariat sexuel et la non-utilisation du préservatif, ce qui les expose à l'infection à VIH. Les infirmiers enquêtés à 83,6% déclarent avoir déjà au cours de leur vie réalisé un test de dépistage de l'infection à VIH. Kiragu (2007) en Zambie

avait trouvé 33% d'infirmiers ayant déjà au cours de leur vie fait un test de dépistage du VIH avec une prédominance féminine. Leur taux est inférieur au notre et pourra s'expliquer par une plus grande accessibilité au dépistage au Sénégal (ONUSIDA, 2011). La simple connaissance du statut sérologique était la principale circonstance ayant motivé le dernier test de dépistage VIH pour la majorité des infirmiers enquêtés dans notre étude (45%). Pour la moitié des enquêtés le dernier test remonte à plus d'un. Les infirmiers à 96,1% ont retiré le résultat du dernier test, seul 5 infirmiers déclarent n'avoir pas retiré le résultat : par peur du résultat pour trois d'entre eux et par oubli pour les deux autres. Des 148 infirmiers ayant retiré leur résultat, 2 déclarent un résultat positif (1,4%) et ces derniers n'ont pas partagé le résultat de ce test avec leur(s) partenaire(s) sexuel(s). Shisana (2004) montrait que 15,7% des professionnels de la santé en Afrique du Sud vivaient avec le VIH-sida. Ce taux supérieur au nôtre pourrait s'expliquer par le fait que l'Afrique du Sud possède une prévalence élevée de l'infection à VIH dans la population générale comparée à celle du Sénégal (ONUSIDA, 2011).

5. Conclusion

Il convient d'améliorer les connaissances des infirmiers sur l'infection VIH de façon judicieuse en prenant d'avantage en compte le volet information-Education et Communication (IEC) des programmes sur le VIH dans le cursus de formation des infirmiers, en renforçant les activités d'IEC sur le VIH-Sida à travers les médias (radio et télévision) et en organisant périodiquement des séances de formation et de recyclage du personnel infirmier sur les connaissances en matière d'infection à VIH.

Remerciements

Nos remerciements au staff administratif de l'université Cheikh Anta Diop et du CHU de Fann de Dakar et au personnels des services d'hospitalisation du CHU de Fann – Dakar.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références bibliographiques

Agence nationale de la statistique et de la démographie, Dakar, Sénégal. (2011). *Enquête démographique et de sante a indicateurs multiples 2010-2011*. Rapport préliminaire.

Brignon, J. (2002). Place de l'infirmier dans le système sanitaire au Sénégal.

Dans *Professions santé infirmière* (p. 18–19).

- Bulterys, M. (2004). Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections. *Lancet*, 363, 482–488.
- Chiamaka, N. (2008). Knowledge, Beliefs and Attitudes about HIV/AIDS related issues, and the Sources of Knowledge among Health Care Professionals in Southern Nigeria. *J R Soc Promot Health*, 128(5), 233–239.
- Chimbiri, A. (2007). The condom is an intruder in marriage : evidence from rural Malawi. *Social science & ; medicine*, 54, 1102–1115.
- Dieleman, M. (2007). “I believe that the staffs have reduced their closeness to patients” : An exploratory study on the impact of HIV/AIDS on staff in four rural hospitals in Uganda. *BMC Health Services Research*, 7, 205.
- Diallo, I. (2013). *Connaissances, attitudes et pratiques relatives à l'infection au VIH chez le personnel médical du centre hospitalier de Fann* [Thèse de doctorat en médecine non publiée]. Université Cheikh Anta Diop.
- Epstein, H. (2010). *The mathematics of concurrent partnerships and HIV: a commentary on Lurie and Rosenthal*. *AIDS Behaviour*, 14, 29–30.
- Karusa Kiragu. (2007). Sexual risk-taking and HIV testing among health workers in Zambia. *AIDS Behavior*, 11, 131–136.
- Kone, K. (2009). *Analyse de la situation des services de soins, du personnel infirmier et du personnel obstétrical dans le système de santé au Sénégal par rapport aux dispositions de la convention N°149 et la recommandation N°157 de l'OIT*. OIT.

- Laraqui, H. (2000). Knowledge and attitudes of health care professionals with respect to AIDS and the risk of occupational transmission of HIV in two Moroccan hospitals. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 10(5), 15–21.
- Mbeba, M. (2011). Peer Group Intervention Reduces Personal HIV Risk for Malawian Health Workers. *J Nurs Scholarsh*, 43, 72–81.
- Mbilinyi, D. (2011). Health worker motivation in the context of HIV care and treatment challenges in Mbeya Region, Tanzania : A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11, 266.
- Ndiaye, S. (2011). *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2011, rapport préliminaire*. Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et ORC Macro.
- Nyamathi, A. (2008). HIV Knowledge Improvement among Nurses in India Using a Train-the-Trainer Program. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 19(6), 443–449.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2012). *Global HIV/AIDS response : epidemic update and health sector progress towards universal access, progress report 2011*.
- Parmeggiani, C. (2010). Healthcare workers and health care-associated infections : knowledge, attitudes, and behavior in emergency departments in Italy. *BMC Infectious Diseases*, 10, 35.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. (2012). *Rapport de l'épidémie mondiale 2011*.

- Rahlenbeck, S. (2004). Knowledge, attitude, and practice about AIDS and condom utilization among health workers in Rwanda. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 15*, 56–61.
- Shisana, O. (2004). HIV/AIDS prevalence among South African health workers. *South African Medical Journal, 94*, 846–850.
- Strangl, A. (2012). *Measuring HIV stigma and discrimination*. . Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Talashak, M. (2007). Identifying what rural health workers in Malawi need to become HIV prevention leaders. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 18*, 41–50.
- Walusimbi, M. (2004). Knowledge and Attitude of Nurses Caring for Patients With HIV/AIDS in Uganda. *Applied Nursing Research, 17*, 92–99.

© 2023 TEMGOUA, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.