



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2021

Thèse N°044

Connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH/SIDA chez l'enfant des personnels de santé au sein du CHU Marrakech

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31/03/2021

PAR

Mme. Fatima BENARINA

Née le 29 Novembre 1993 à Inezgane

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLES :

Enfant-VIH-SIDA-connaissances-attitudes-pratiques-personnels de santé

JURY

Mr. M. BOUSKRAOUI

Professeur de Pédiatrie

PRÉSIDENT

Mr. N. RADA

Professeur de Pédiatrie

RAPPORTEUR

Mme. N. TASSI

Professeur des maladies infectieuses

Mr. M. BOURROUS

Professeur de Pédiatrie

} JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَادْخُلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ

سورة النمل الآية 19



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

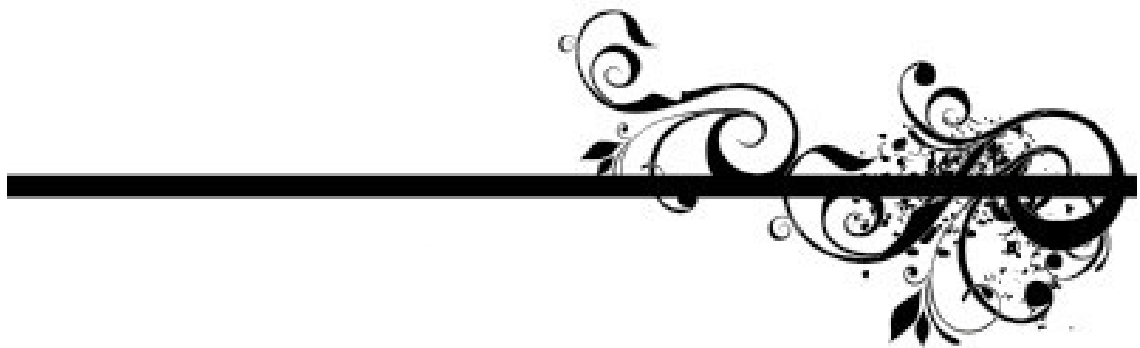
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration de Genève 1948.



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétiq ue	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie

AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique

DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ALJ Soumaya	Radiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie -orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie

BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDEFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	HAJJI Fouad	Urologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ARROB Adil	Chirurgieréparatrice et plastique	Hammoune Nabil	Radiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie

BELLASRI Salah	Radiologie	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MAOUJOU Omar	Néphrologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	NASSIH Houda	Pédiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAGGABI Amine	Neurologie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	WARDA Karima	Microbiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie		

LISTE ARRÊTÉE LE 01/02/2021



DÉDICACES



Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,

l'amour, le respect, la reconnaissance...

Aussi, c'est tout simplement que :



Je dédie cette thèse ...

Tout d'abord à ALLAH



Le tout miséricordieux, le très miséricordieux, le tout puissant,

Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé sur le droit chemin.

Je vous dois ce que j'étais,

ce que je suis et ce que je serais Inchaa Allah.

Soumission, louanges et remerciements

pour votre clémence et

miséricorde.

A ma très chère mère Saliha AIT NAÇEUR

A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans.

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi.

Tu as sacrifié tout pour mon éducation, mon bonheur et mon bien être.

Tu m'as comblé avec ta tendresse et affection tout au long de mon parcours.

Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait.

Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de ma vie.

Je vous dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester votre fierté.

Puisse le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

A mon très cher père Abdellah BEN ARJINA

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon profond respect, mon grand amour et toute ma gratitude pour les immenses sacrifices que tu as consenti.

Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite.

Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter.

Tes prières et tes conseils m'ont toujours accompagné et ont éclairé mon chemin.

Ce modeste travail qui est avant tout le vôtre, n'est que la consécration de vos grands efforts et vos immenses sacrifices.

Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.

A mon cher mari Mohamed ZARZOURI

Aucun mot ne saurait t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse et la gentillesse dont tu m'as toujours entouré.

Je te remercie pour ton soutien inconditionnel.

Tu as toujours été une source continue d'encouragement, de motivation.

Je te dédie ce travail avec mes vœux de réussite, de prospérité et de bonheur.

Je prie Dieu le tout puissant de préserver notre attachement mutuel, et d'exaucer tous nos rêves.

A ma chère sœur Hafssa, son mari Saïd et leurs petits Ferdaous et Barae

Nul mot ne saurait exprimer à sa juste valeur mon profond estime et immense gratitude que je porte envers vous.

Je vous dédie ce modeste travail en vous souhaitant une vie pleine de bonheur, santé et réussite.

Je saisis cette occasion et je vous dédie mon travail-ci qui traduit ma gratitude, et mes sincères remerciements pour votre bienveillance.

Que dieu vous accorde, santé, bonheur, prospérité et une longue vie.

Que Dieu protège Ferdaous et Barae et les bénisse.

A mon cher frère Mouad et sa femme Asmae

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection et de mon attachement indéfectible.

Que Dieu vous accorde santé, succès et félicité pour faire de vous un couple uni et heureux à jamais.

A mon cher frère Ismail

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement.

Que ce travail soit un témoignage de mon affection sincère.

Je prie Dieu, le tout puissant de t'accorder santé, bonheur et succès... adorable frère !

A mes chères grand-mères Zahia, Tamou, Mon cher grand père Lahbib

Que ce modeste travail, soit l'expression des vœux que vous n'avez cessé de formuler dans vos prières.

Que Dieu vous préserve santé et longue vie.

A la mémoire de mon grand-père si Omar BEN ARJINA

Je sais que si vous étiez parmi nous, vous aurez été heureux et fiers. Que ton âme repose en paix,

Qu'Allah tout puissant vous accorde sa clémence et sa miséricorde.

A ma chère Belle-mère Malika, mon cher beau-père Ahmed, ma belle-sœur Fatima-ezzahra

Je vous remercie tout particulièrement pour votre soutien et affection. Puissiez-vous trouver dans ce travail le témoin de mon affection et estime.

A mon cher oncle Khalid BEN ARJINA

Votre aide et votre sympathie m'ont rendu un service immense. J'espère que vous trouverez dans cette thèse l'expression de ma profonde reconnaissance mon grand estime pour vous.

A ma très chère tante Najla AITNAÇEUR

Pour votre soutien et vos encouragements. Je vous dédie mon travail en témoignage de mon amour et toute ma gratitude.

A mes tantes et oncles paternels et leurs conjoints

A mes tantes et oncles maternels et leurs conjoints

A mes cousines et cousins

A ma très chère amie Hafida BARA,

Je te remercie pour ton amitié chère à mon cœur, pour ton soutien continu. Je te souhaite tout le bonheur du monde et tout le succès dans ta vie.

A mes très chères amies

Asmae SADIK, Amal HABCHANE, Naima BARAHA, Soumia BEKKAR, Sara BAJJI, Hadda IMAHOU, Zineb ASRI, Khadija ASRI, Fatim-Ezzahra BENABDERRAZIK, Khawla BALILI, Meriem HMAICHAT, Kawtar BRINSI, Rabab CHOUCHOUH, Amina GZAIL, Meriem DAIMI.

A tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à toutes, longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect. Merci pour tous les moments formidables qu'on a partagé.

A mes amies et collègues. A tous mes enseignants

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect et je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité.

A tous ceux et celles qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Que cette thèse, qui vous est dédiée, soit le gage de mes profonds sentiments de respect, de remerciements et l'expression de mes sincères souhaits de bonheur.



REMERCIEMENTS



A notre Maître Et Président de thèse :

Pr. BOUSKRAOUI Mohamed

*Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech,
Professeur d'enseignement supérieur en pédiatrie à la FMPM
Chef du service de pédiatrie A au CHU Mohammed VI de Marrakech*

Nous sommes très sensibles au grand honneur et au privilège que vous nous faites en acceptant avec bienveillance de présider le jury de ce travail de thèse.

Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous.

Vous êtes l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession.

La clarté de vos connaissances ainsi que votre compréhension à l'égard des étudiants m'inspirent une grande admiration.

Veillez trouver, cher Maître, dans ce modeste travail l'expression de ma haute considération et mon profond respect.

A notre Maître et Rapporteur de thèse :

Pr. RADA Noureddine

Professeur de pédiatrie au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Je vous remercie de la confiance que vous avez portée en moi pour effectuer ce travail.

Je vous remercie de l'avoir dirigé, je vous remercie pour votre présence et disponibilité malgré vos nombreuses occupations, pour votre sympathie dont je fus témoin.

Votre amabilité, votre compétence, vos qualités humaines et professionnelles m'inspirent une admiration et un grand respect.

Je vous remercie infiniment, cher Maître, pour avoir consacré à ce travail votre temps précieux et de m'avoir guidée avec rigueur et bienveillance tout au long de sa réalisation.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de mon profond respect et mes remerciements les plus sincères.

A notre Maître et Juge de thèse :

Pr. TASSI Noura

*Professeur des maladies infectieuses et Chef de service des maladies infectieuses au
CHU Mohammed VI de Marrakech.*

*Nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous avez fait en témoignant un vif
intérêt pour ce travail et en acceptant de siéger parmi notre honorable jury.*

*Vos hautes qualités humaines et professionnelles, cher professeur, suscitent notre
profonde admiration et notre grand respect.*

Vous nous avez reçu en toute circonstance avec sympathie et bienveillance.

*Veillez trouver ici, cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude et nos vifs
remerciements.*

A notre Maître et Juge de thèse :

Pr. BOURROUS Mounir

*Professeur de pédiatrie et Chef de service des urgences pédiatriques au CHU
Mohammed VI de Marrakech.*

*Vous nous avez honoré d'accepter avec grande sympathie de siéger parmi notre jury de
thèse.*

*Vous représentez l'exemple du professeur aux grandes qualités humaines et
professionnelles.*

Serviable et débordant de gentillesse, vous avez toujours été accessibles aux étudiants.

Vous êtes pour nous un exemple à suivre.

*Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde
admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.*

A tout le personnel de santé de l'hôpital mère-enfant ;

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin dans la réussite de ce travail.



ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations

AC :	Anticorps
AES :	Accident d'exposition au sang
BCG :	Bacille de Calmette et Guérin
CD4 :	Cluster de différenciation 4 (Lymphocyte T CD4)
CHU :	Centre hospitalier universitaire
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PCR :	Polymerase chain reaction (réaction en chaîne par polymérase)
PTME :	Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH :	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
SIDA :	Syndrome de l'immunodéficience acquise
TARV :	Traitement antirétroviral
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine



PLAN



INTRODUCTION.....	1
MATERIELS ET METHODES.....	4
I. Type d'étude.....	5
II. Lieu et durée de l'étude.....	5
III. Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	5
IV. La méthode de recueil.....	5
V. Les variables étudiées.....	6
VI. L'analyse des données.....	6
RÉSULTATS.....	7
I. Caractéristiques socioprofessionnelles.....	8
1. Répartition des personnels selon le sexe et l'âge.....	8
2. Répartition des personnels selon la fonction, le service et l'ancienneté professionnelle...	9
II. Connaissances sur le VIH/SIDA de l'enfant.....	10
1. Connaissance de la prévalence du VIH au Maroc en fin 2018.....	10
2. Connaissance des signes évocateurs du VIH chez l'enfant.....	11
3. Connaissance de la classification clinique du VIH chez l'enfant selon l'OMS.....	12
4. Connaissance de la transmission mère-enfant (TME) du VIH.....	12
5. Connaissance des autres modes de transmission du VIH chez l'enfant.....	13
6. Connaissance du test de confirmation de l'infection à VIH chez l'enfant.....	13
7. Connaissance de la période d'initiation des TARV chez l'enfant.....	14
8. Connaissance du dépistage du VIH chez la femme enceinte au Maroc.....	14
9. Connaissance du taux de TME du VIH en absence de PTME du VIH.....	15
10. Connaissance du taux de TME du VIH en cas de PTME du VIH.....	15
11. Connaissance de la prise en charge du nouveau-né de mère séropositive.....	16
12. Connaissance des traitements antirétroviraux.....	16
13. Connaissance de la gratuité des TARV au Maroc.....	17

14. Connaissance de la prophylaxie au Cotrimoxazole.....	18
15. Connaissance de la vaccination chez le nouveau-né infecté par le VIH.....	18
III. Attitudes et pratiques des personnels face au VIH de l'enfant.....	19
1. Formation reçue en PTME.....	19
2. Risque de contracter un VIH par AES.....	19
3. Connaissance des circonstances favorisant un AES.....	20
4. Connaissance des mesures de prévention des AES.....	21
5. Utilisation des moyens de protection contre les AES.....	21
6. Antécédent d'AES.....	22
7. Déclaration de l'AES.....	22
8. Nécessité de déclaration des AES.....	23
9. Comportement des personnels face à un AES.....	23
10. Comportement du personnel soignant face à un enfant infecté par le VIH.....	24
11. Avertissement des parents de l'enfant avant d'effectuer une sérologie VIH.....	25
12. Isolement des enfants séropositifs (en hospitalisation).....	26
13. Information de l'entourage et des structures d'accueil (crèches, écoles, assistantes maternelles) du statut de l'enfant.....	26
14. Réalisation d'un dépistage et d'un counseling pré/post test.....	27
IV. Avis du personnel pour améliorer la prise en charge du VIH.....	28
1. Besoin en formation sur la prise en charge du VIH.....	28
2. Suggestions.....	28
DISCUSSION ET COMMENTAIRES.....	29
CONCLUSION.....	56
ANNEXES	58
RÉSUMÉ.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....	70



INTRODUCTION



Le VIH/SIDA reste toujours un problème majeur de santé publique dans le monde caractérisé par une mortalité importante (jusqu'ici près de 33 millions de décès) et une fréquence élevée, ainsi environ 38 millions de personnes ont été infectés à la fin de 2019.

Un traitement antirétroviral (TAR) à vie a été reçu par 68 % des adultes et 53 % des enfants vivants avec le VIH dans le monde en 2019, mais tout le monde n'a cependant pas encore accès aux tests de dépistage, au traitement et aux soins [1].

En effet le SIDA pédiatrique constitue une préoccupation majeure. Le nombre d'enfant de moins de 15 ans infectés par le VIH dans le monde est estimé à 1.8 millions [2]. La majorité des enfants vivants avec le VIH ont été contaminés par leur mère pendant la grossesse, l'accouchement et au cours de l'allaitement [1].

Au Maroc 21.000 personnes vivent avec le VIH (enfants et adultes) [3] dont 1.200 enfants sont nés avec le VIH depuis le début de l'épidémie [4].

Un plan stratégique national de lutte contre le sida 2017–2021 est adopté ayant pour objectifs la réduction de 75% des nouvelles infections, de 50% des décès et l'élimination de la transmission du VIH de la mère à son enfant [3]. Cependant, le nombre des cas diagnostiqués tardivement reste encore élevé malgré la diminution observée [5]. Ce retard diagnostique est à l'origine d'une morbi-mortalité importante, des nouvelles contaminations, et de l'augmentation des dépenses de santé.

Le centre hospitalier universitaire Mohammed VI, plus particulièrement le service de pédiatrie et maladies infectieuses est le principal centre référent de prise en charge de l'infection VIH chez l'enfant à Marrakech où les personnels de santé de divers profils jouent un rôle important. Ainsi, ils doivent être bien informés pour pouvoir diagnostiquer l'infection à VIH plus précocement et au moindre signe évocateur.

Notre étude avait pour but d'évaluer au sein de l'hôpital mère-enfant du CHU Mohammed VI de Marrakech, le niveau des connaissances des personnels de santé, leurs attitudes et leurs pratiques vis-à-vis du VIH/SIDA de l'enfant et de déterminer leurs besoins en matière de formation sur le VIH/SIDA.



MATERIELS

ET METHODES



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive auprès des personnels de santé, portant sur les connaissances, les attitudes et les pratiques relatives au VIH/SIDA chez l'enfant.

II. Lieu et durée de l'étude :

Notre enquête a été réalisée au sein de l'hôpital mère-enfant du CHU Mohammed VI de Marrakech, du 03 février au 15 mars 2020.

III. Les critères d'inclusion et d'exclusion :

1. Les critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude tout le personnel de santé : médecins, chirurgiens, infirmiers et sages-femmes de l'hôpital mère-enfant présents au moment de l'enquête et ayant donné leur consentement libre et volontaire pour participer à l'enquête.

2. Les critères d'exclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Tout personnel sanitaire refusant de participer à cette enquête ;
- Tout personnel absent au moment de l'étude.

IV. La méthode de recueil :

Les données ont été collectées à travers un questionnaire individuel anonyme « annexe ».

Le questionnaire comportait 30 questions –dont la majorité est de type fermé– a été distribué aux médecins, chirurgiens, infirmiers et sages-femmes, pour remplissage dans leurs services de fonction, après avoir clairement exposés les objectifs de l'étude.

V. Les variables étudiées :

- Caractéristiques socioprofessionnelles (âge, sexe, catégorie professionnelle et ancienneté dans le service) ;
- Connaissances sur le VIH/SIDA de l'enfant (prévalence, stades OMS, signes évocateurs, modes transmission, transmission mère-enfant, moyens de prévention, diagnostic, prise en charge, TARV) ;
- Attitudes et pratiques des personnels (comportement face à l'enfant infecté par le VIH, AES, dépistage et counseling).

VI. L'analyse des données :

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide de l'Excel 2016, et du logiciel SPSS version 19.



RÉSULTATS



I. Caractéristiques socioprofessionnelles :

1. Répartition des personnels selon le sexe et l'âge :

Sur les 113 agents de santé participants à cette étude, 70 sont de sexe féminin (soit 61.95 %) et 43 sont de sexe masculin (soit 38.05%).

Le sexe ratio est de 1.63 en faveur des femmes.

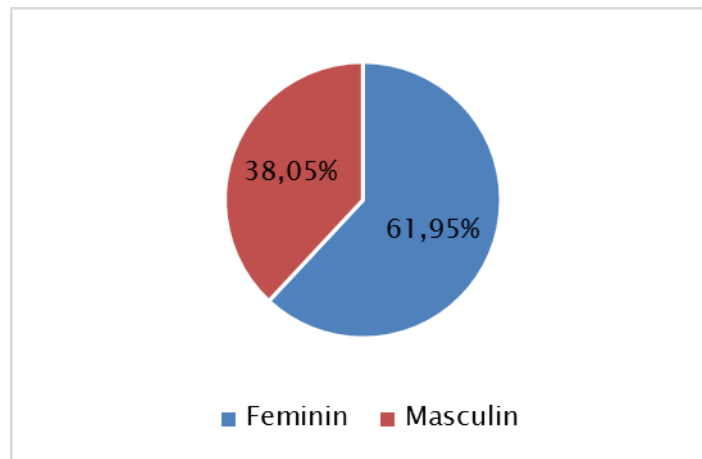


Figure 1 : Répartition des personnels selon le sexe.

L'âge moyen est de 31.88 ans +/- 5.76 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge [30-39 ans] (soit 59,29%).

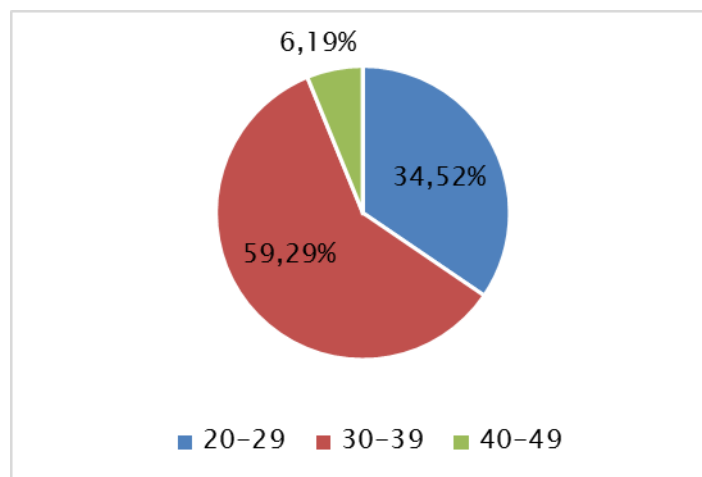


Figure 2 : Répartition des personnels selon l'âge.

2. Répartition des personnels selon la fonction, le service et l'ancienneté professionnelle :

Notre population étudiée se compose de 45 infirmiers (soit 39,82%), 30 médecins (soit 26,55%), 24 chirurgiens (soit 21,24%) et 14 sages-femmes (soit 12,39%).

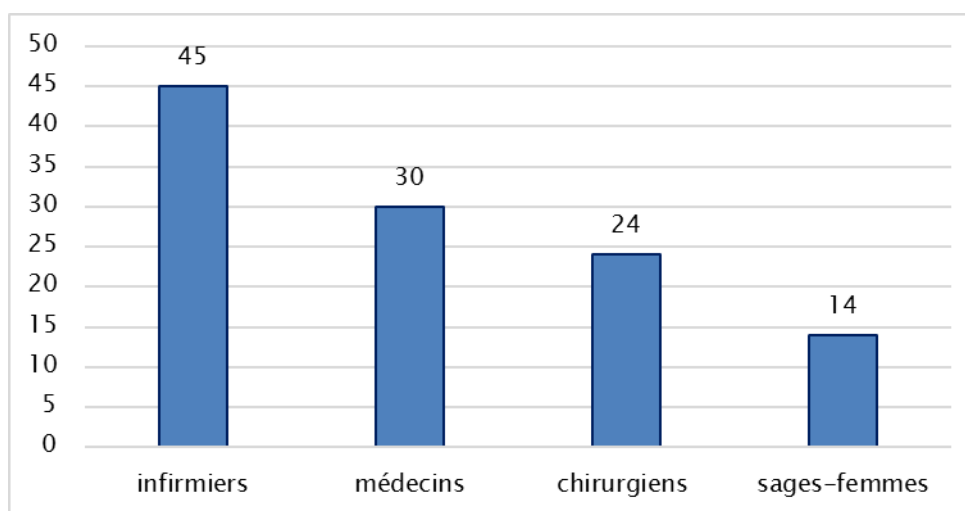


Figure 3 : Répartition des personnels selon la catégorie professionnelle.

Parmi le personnel interrogé, 36 (soit 31,85%) exercent dans le service de pédiatrie, 29 (soit 25,66%) exercent dans le service de gynécologie, 27 (soit 23,89%) exercent dans le service de néonatalogie et 21 (soit 18,58%) exercent dans le service de chirurgie infantile (Tableau I).

Tableau I : Répartition des personnels selon le service d'exercice.

Service	Effectif	Pourcentage
Gynécologie-obstétrique	29	25,66%
Néonatalogie	27	23,89%
Pédiatrie A	19	16,81%
Pédiatrie B	17	15,04%
Chirurgie infantile B	11	9,73%
Chirurgie infantile A	10	8,85%
Total général	113	100,00%

Concernant l'ancienneté professionnelle, 45,13% des interrogés ont 5 ans au moins d'ancienneté, 16,81% ont 4 ans d'ancienneté, 15,04% ont 1 an d'ancienneté, 12,39% ont 3 ans d'ancienneté et 10,62% ont 2 ans d'ancienneté.

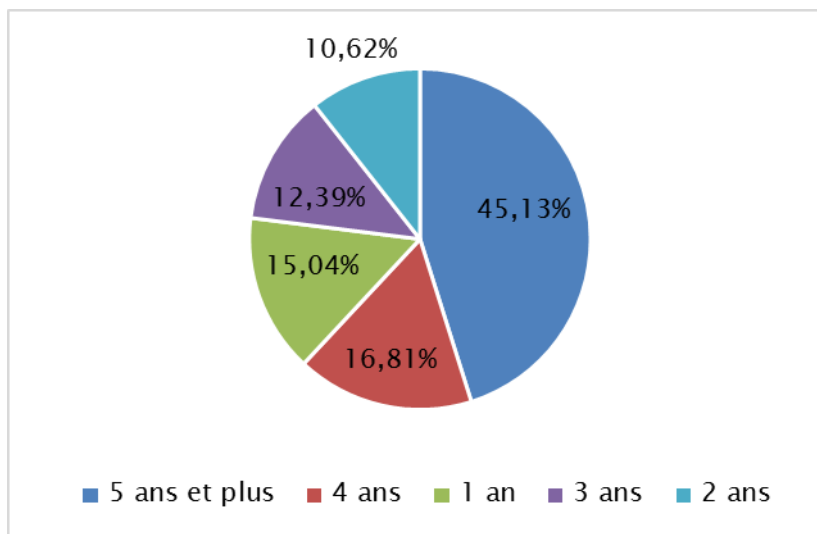


Figure 4 : Répartition des personnels selon leur ancienneté dans le service.

II. Connaissances sur le VIH/SIDA de l'enfant :

1. Connaissance de la prévalence du VIH au Maroc en fin 2018 :

La majorité des enquêtés (soit 66,37%) ignoraient la prévalence du VIH au Maroc.

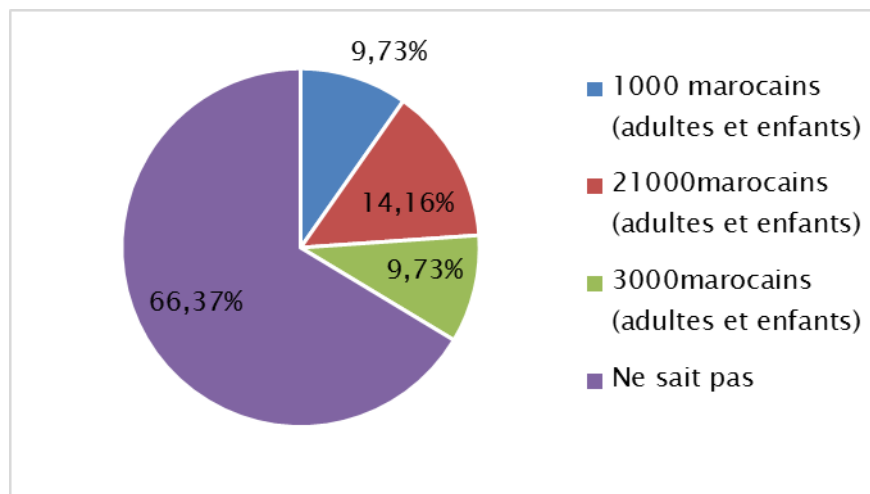


Figure 5 : Connaissance de la prévalence du VIH au Maroc.

2. Connaissance des signes évocateurs du VIH chez l'enfant :

Interrogés sur les signes évocateurs d'une infection à VIH de l'enfant, la majorité des enquêtés ont cité les diarrhées chroniques (81.42%), la fièvre prolongée (78.76%), la candidose récidivante (69.03%) et les poly adénopathies (59.29%), alors que seulement 48.67% des enquêtés ont mentionné la tuberculose, 30.09% ont cité le retard staturopondéral et 18.58% ont cité les tumeurs.

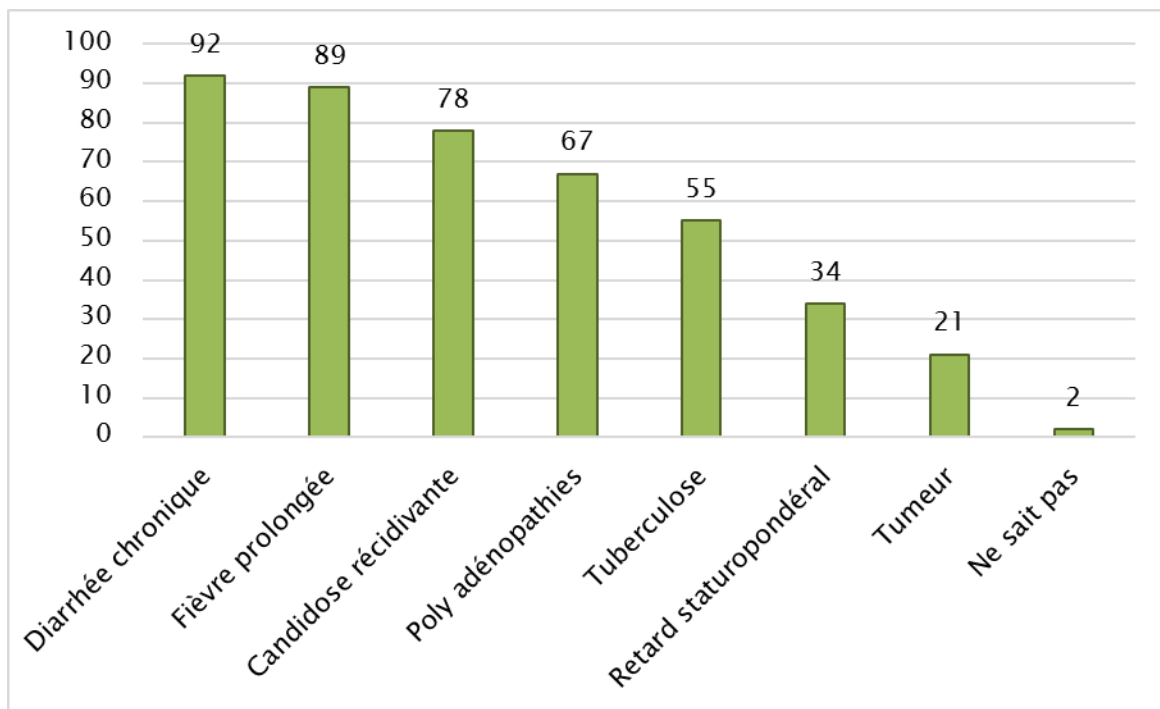


Figure 6 : Connaissance des signes évocateurs du VIH chez l'enfant.

3. Connaissance de la classification clinique du VIH chez l'enfant selon l'OMS :

Le VIH chez l'enfant est classé en 3 stades cliniques selon 46,02% des enquêtés, en 4 stades selon 23,01%, en 2 stades selon 15,93% et en 5 stades selon 1 enquêté.

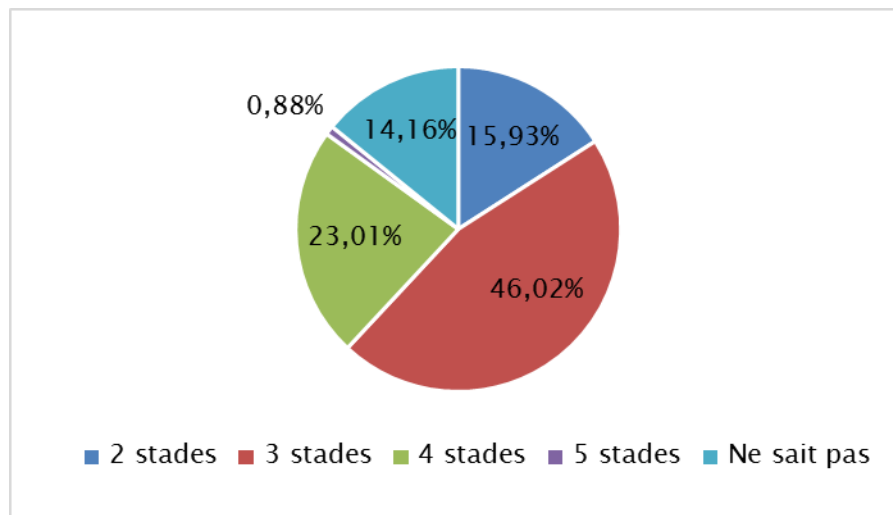


Figure 7 : Connaissance de la classification du VIH chez l'enfant selon l'OMS.

4. Connaissance de la transmission mère-enfant du VIH :

La transmission mère-enfant du VIH se fait au cours de l'accouchement selon 75 enquêtés (soit 66,3%), au cours la grossesse selon 63 enquêtés (soit 55,7%), au cours l'allaitement selon 38 enquêtés (soit 33,6%) et au cours du travail selon 21 enquêtés (soit 18,5%).

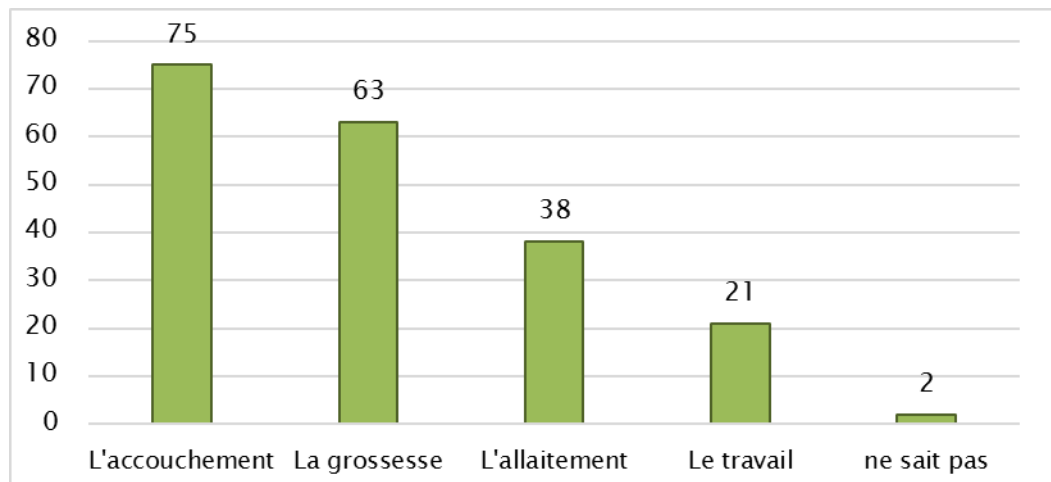


Figure 8 : Connaissance de la transmission mère-enfant du VIH.

5. Connaissance des autres modes de transmission du VIH chez l'enfant :

Concernant les autres modes de transmission du VIH à l'enfant (la transmission horizontale), vient en tête la transfusion sanguine (93,8%) suivie du matériel souillé par le virus (86,73%) et l'abus sexuel (84,96%). Alors que 7,08% des personnels ont cité les piscines et les toilettes communes, 6,19% ont cité la piqûre d'insecte, 1 enquêté a cité la toux et 1 enquêté a cité le contact physique.

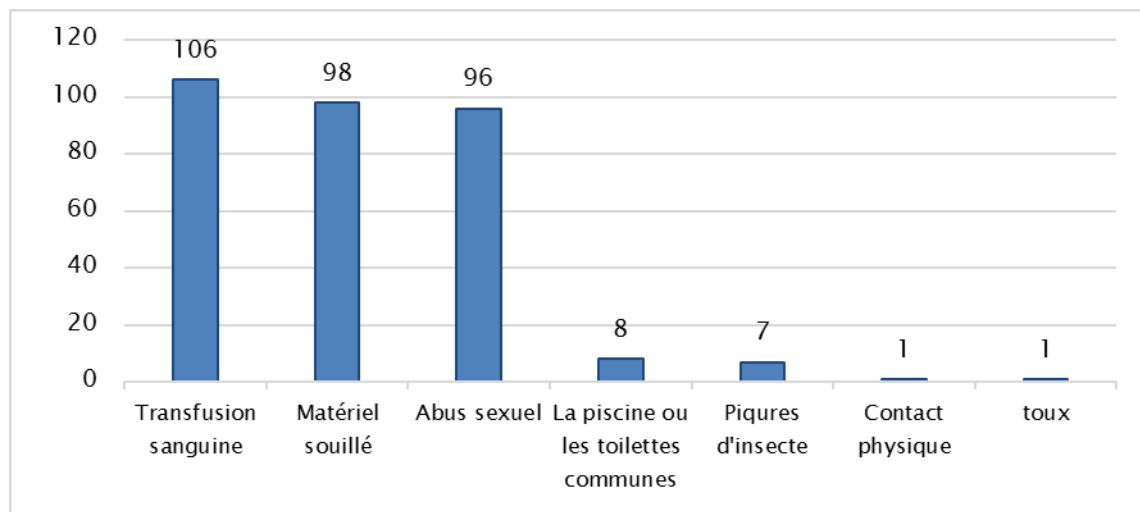


Figure 9 : Connaissance des autres modes de transmission du VIH chez l'enfant.

6. Connaissance du test de confirmation de l'infection à VIH chez l'enfant :

Parmi les enquêtés, 46 (soit 40,7%) ont répondu que la PCR est le test de confirmation du VIH chez l'enfant <18 mois, 32 (soit 28,31%) ont cité les AC viraux pour l'enfant >18 mois, alors que 47 (soit 41,59%) des personnels n'ont pas connu la réponse.

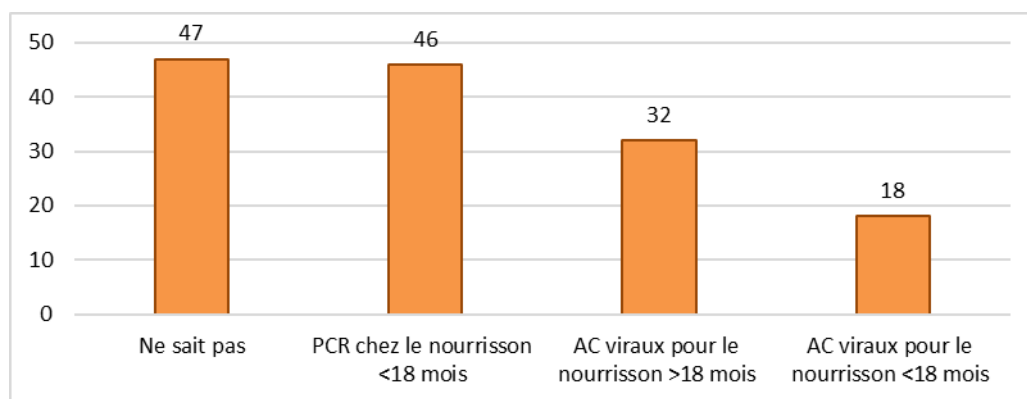


Figure 10 : Connaissance du test de confirmation de l'infection à VIH chez l'enfant.

7. Connaissance de la période d'initiation des TARV chez l'enfant :

Le traitement ARV devrait être administré chez tous les enfants quel que soit le taux des CD4 ou le stade OMS selon 43 enquêtés (soit 38,05%), seulement chez les enfants > 5ans avec $CD4 \leq 500$ selon 17 enquêtés (soit 15,04%), et seulement chez les enfants symptomatiques selon 9 enquêtés (soit 7,97%). Alors que 44 enquêtés (soit 39,82%) n'ont pas connu la période d'initiation des TARV chez l'enfant.

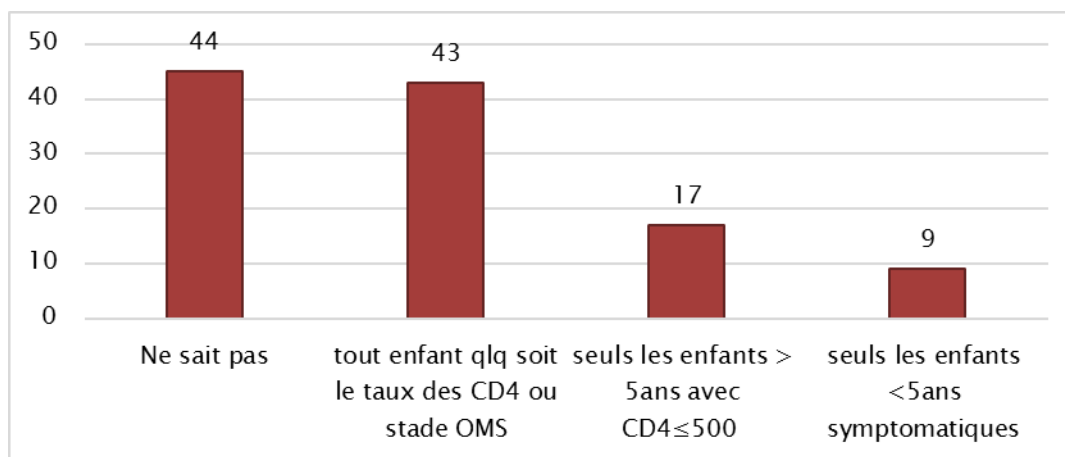


Figure 11 : Connaissance de la période d'initiation des TARV chez l'enfant.

8. Connaissance du dépistage du VIH chez la femme enceinte au Maroc :

Le dépistage de l'infection à VIH chez la femme enceinte au Maroc n'est pas systématique selon 53,98% des enquêtés, par contre il est systématique selon 45,13% enquêtés.

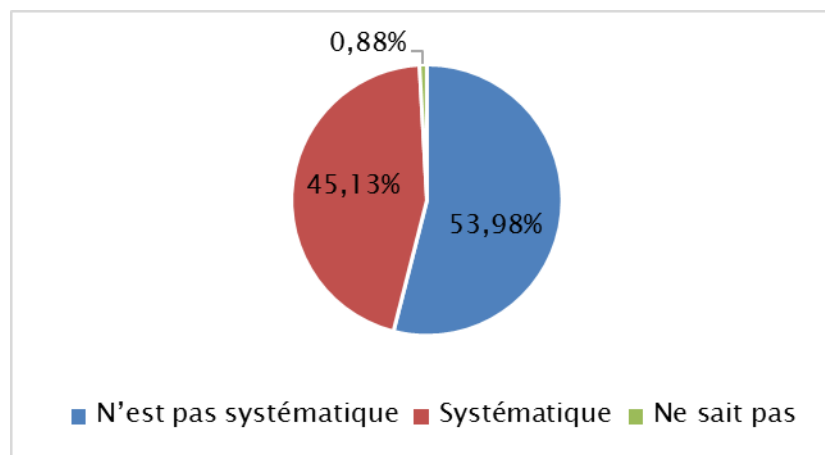


Figure 12 : Connaissance du dépistage de l'infection à VIH chez la femme enceinte au Maroc.

9. Connaissance du taux de TME du VIH en absence de PTME du VIH :

Le taux de TME du VIH en absence d'une PTME (prévention de la transmission mère-enfant) du VIH est estimé à [5-15%] selon 3 enquêtés (soit 2,65%), [15-45%] selon 16 enquêtés (soit 14,16%), [45-75%] selon 28 enquêtés (soit 24,78%), [75-100%] selon 52 enquêtés (soit 46,02%), alors que 14 enquêtés (soit 12,39%) n'ont pas pu estimer ce taux de transmission.

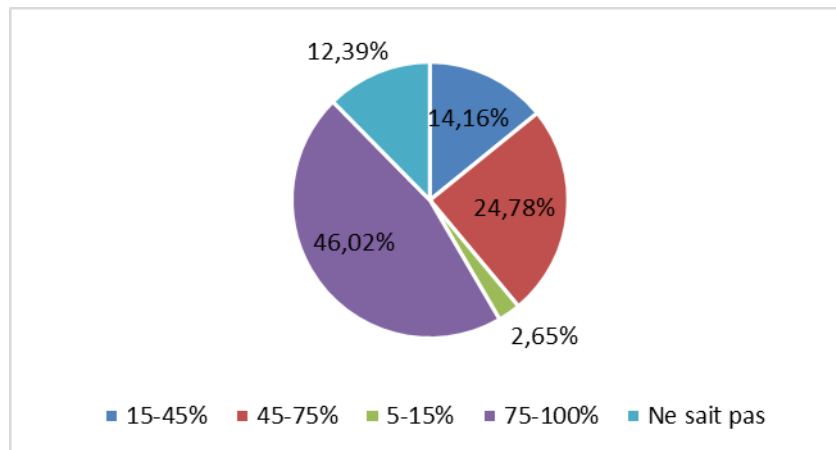


Figure 13 : Connaissance du taux de TME du VIH sans PTME.

10. Connaissance du taux de TME du VIH en cas de PTME du VIH :

Le taux de TME du VIH en cas de PTME est estimé à <1% selon 40,71% des enquêtés, [5-10%] selon 27,43% des enquêtés, [10-15%] selon 13,27% des enquêtés, [15-20%] selon 6,19% des enquêtés.

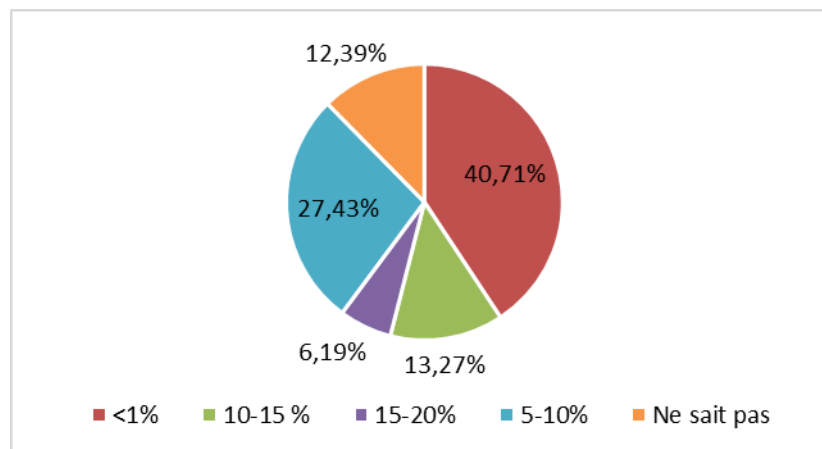


Figure 14 : Connaissance du taux de TME en cas de PTME.

11. Connaissance de la prise en charge du nouveau-né de mère séropositive :

La prise en charge du nouveau-né de mère séropositive consiste à une contre-indication à l'allaitement maternel selon 58,41% des enquêtés, un diagnostic de l'infection ou de non infection à VIH selon 47,79% des enquêtés, une prophylaxie ARV pendant 4 à 6 semaines selon 47,79% des enquêtés et une évaluation de l'adaptation à la vie extra-utérine selon 40,71% des enquêtés.

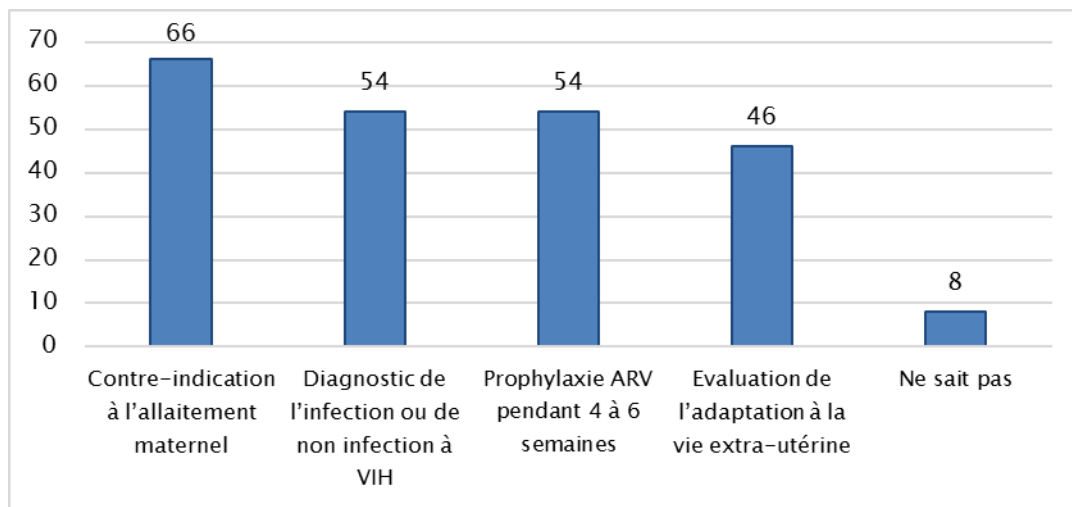


Figure 15 : Connaissance de la prise en charge du nouveau-né de mère séropositive.

12. Connaissance des traitements antirétroviraux :

Dans notre travail, 89 des personnels interrogés (soit 78,76%) ignoraient les TARV disponibles au Maroc.

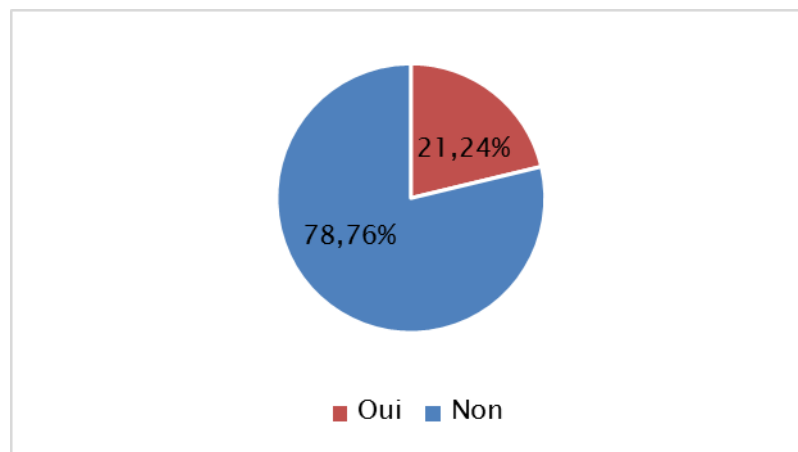


Figure 16 : Connaissance des TARV.

Respectivement 89,38% et 92,04% des praticiens enquêtés n'ont pas été à mesure de citer au moins 2 molécules et 2 classes thérapeutiques des TARV.

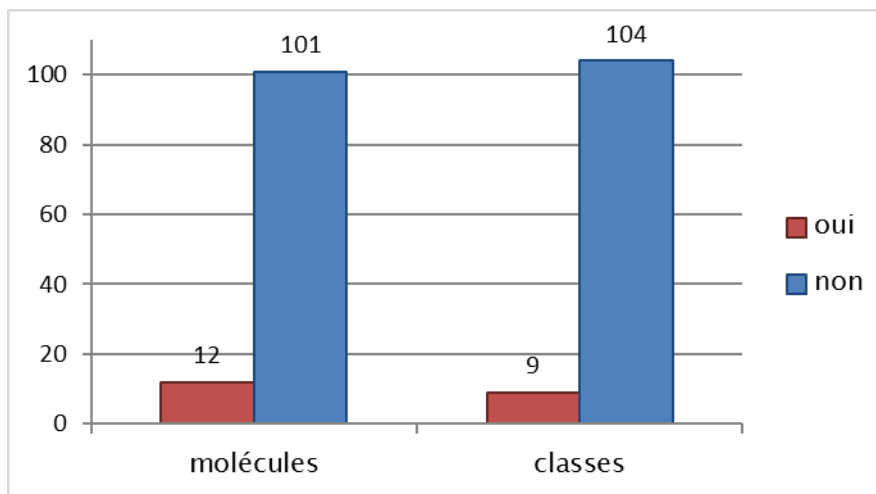


Figure 17 : Connaissance des molécules et classes des TARV.

13. Connaissance de la gratuité des TARV au Maroc :

Le traitement antirétroviral est gratuit selon 89 enquêtés (soit 78,76%), sur ordonnance selon 21 enquêtés (soit 18,58%) et non disponible selon 1 enquêté.

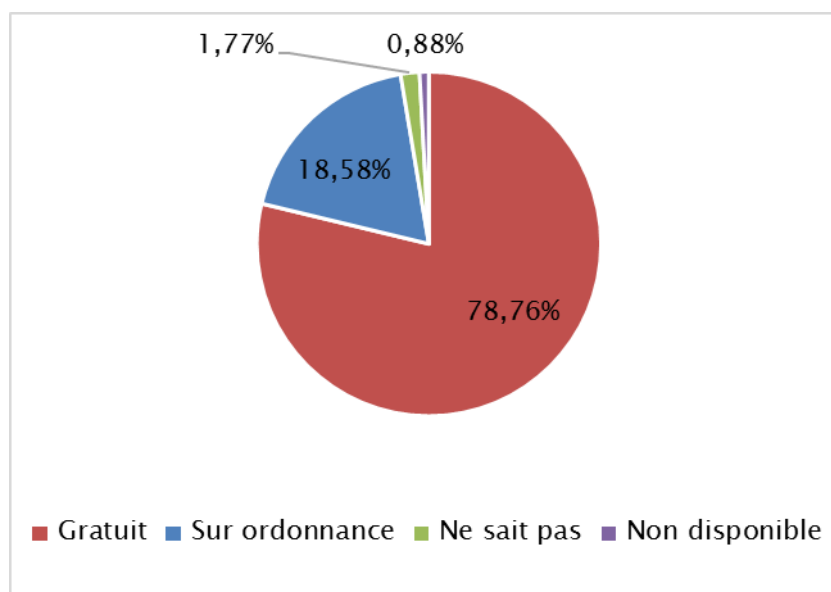


Figure 18 : Connaissance de la gratuité des TARV au Maroc.

14. Connaissance de la prophylaxie au Cotrimoxazole :

Parmi les participants, 76 (soit 67,26%) n'ont pas connu la prophylaxie au Cotrimoxazole.

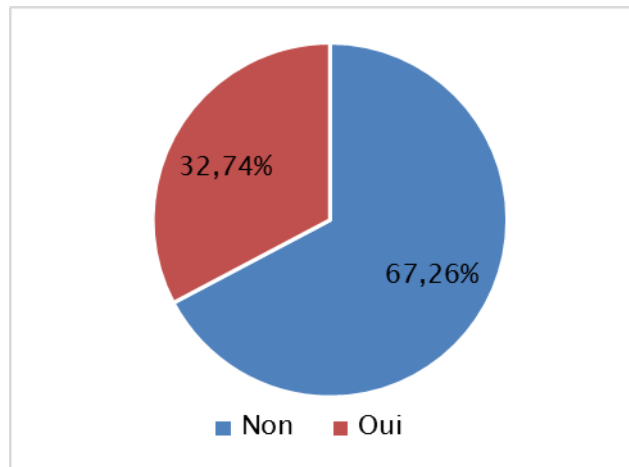


Figure 19 : Connaissance de la prophylaxie au Cotrimoxazole.

15. Connaissance de la vaccination chez le nouveau-né infecté par le VIH :

Le BCG est indiqué chez l'enfant infecté par le VIH selon 35 enquêtés (soit 30,97%) et contre indiqué selon 59 enquêtés (soit 52,21%). Le vaccin de l'hépatite B chez l'enfant séropositif est indiquée selon 56 enquêtés (soit 49,56%) et contre indiqué selon 42 enquêtés (soit 37,17%).

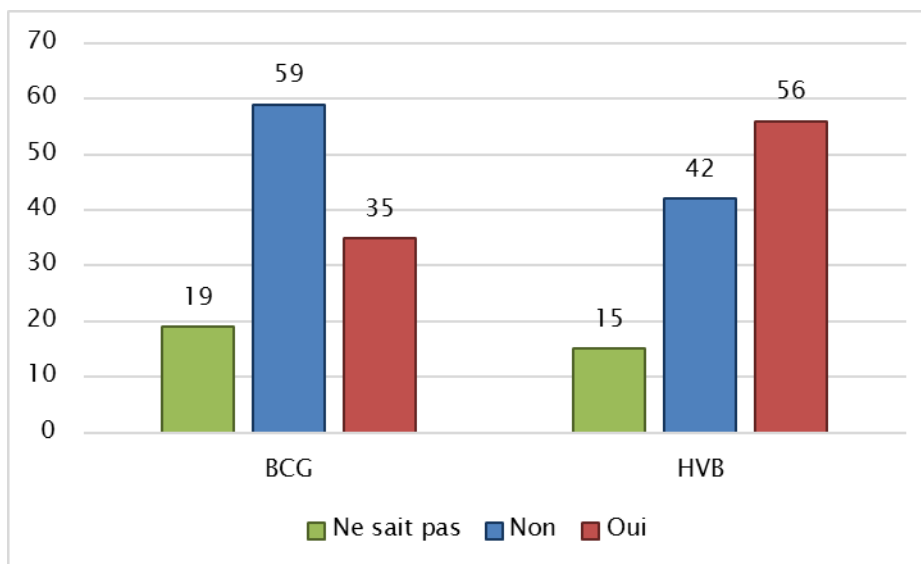


Figure 20 : L'indication de la vaccination chez le nouveau-né séropositif.

III. Attitudes et pratiques des personnels face au VIH de l'enfant :

1. Formation reçue en PTME :

Seulement 9 prestataires (soit 7,96%) ont reçu une formation en matière de PTME du VIH.

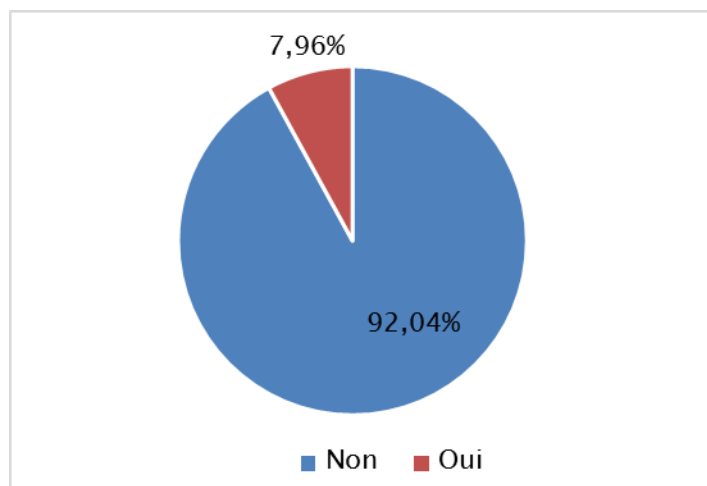


Figure 21 : Formation reçue en PTME.

2. Risque de contracter un VIH par AES :

Plus la moitié des enquêtés (59,29%) ont constaté qu'au cours de leurs activités quotidiennes, il y'a un risque élevé de contracter un VIH par AES, 26,55% des enquêtés ont constaté un risque moyen et 12,39% des enquêtés ont constaté un risque faible.

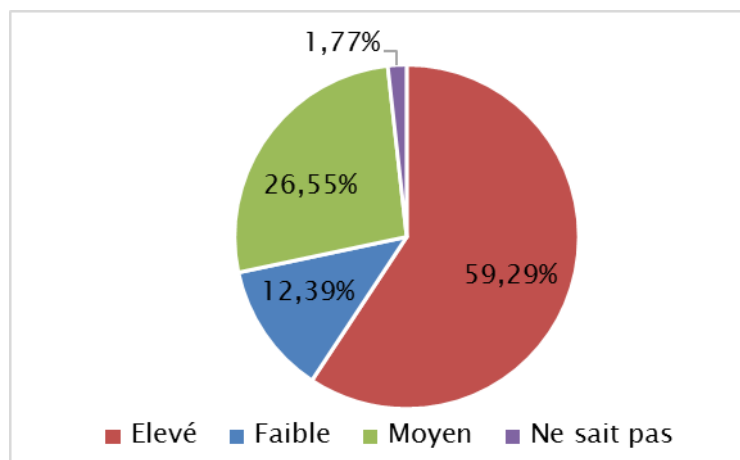
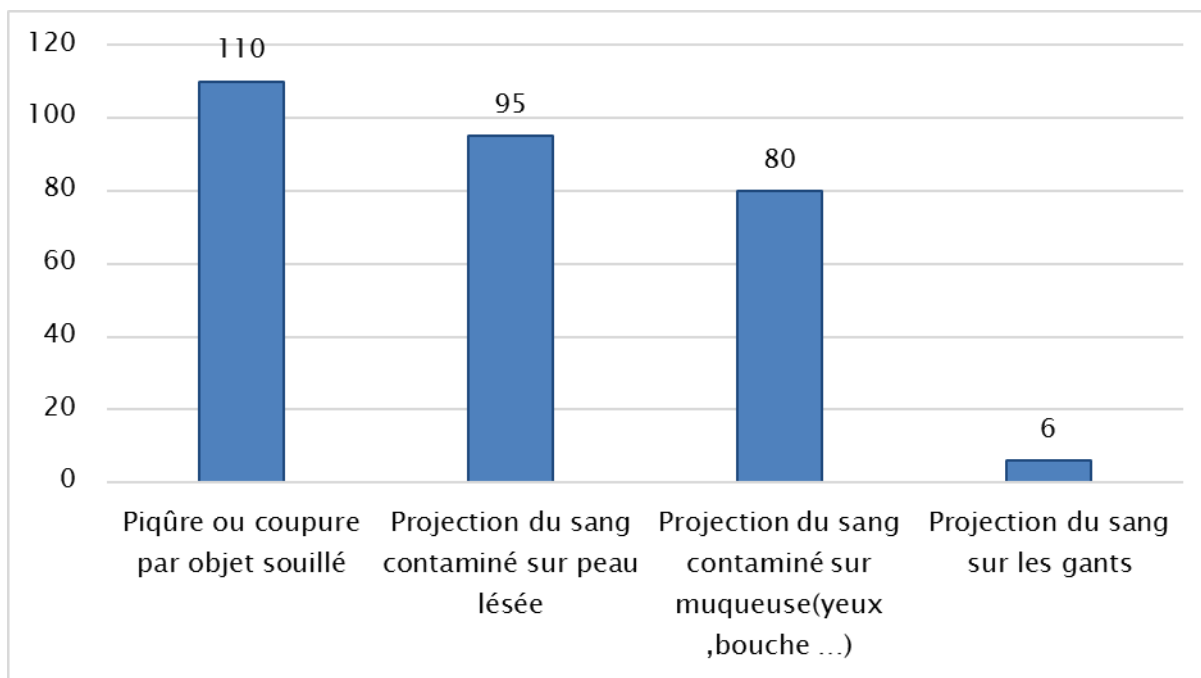


Figure 22 : Le risque de contracter un VIH par AES.

3. Connaissance des circonstances favorisant un AES :

Interrogés sur les circonstances favorisant un AES, la majorité des prestataires ont cités : la piqûre ou coupure par objet souillée (97,35%), la projection du sang contaminé sur peau lésée (84,07%), la projection du sang contaminé sur muqueuse (70,80%). Alors que 5,31% des



prestataires ont cité la projection du sang sur les gants comme mécanisme de survenue d'AES.

Figure 23 : Les circonstances favorisant un AES.

4. Connaissance des mesures de prévention des AES :

Le Port des gants est le moyen de protection contre les AES le plus cité par les prestataires interrogés (56,64%) (Tableau II)

Tableau II : Connaissance des moyens de protection contre les accidents d'exposition au sang.

Les moyens de protection	Effectif	Pourcentage
Porter des gants	64	56,64%
Porter des lunettes de protection, masques	25	22,12%
Utiliser les conteneurs adaptés aux objets tranchants	15	13,27%
Ne jamais recapuchonner les aiguilles	12	10,62%
Respecter les règles d'asepsie	9	7,96%
Couvrir les lésions cutanées	7	6,19%

5. Utilisation des moyens de protection contre les AES :

La majorité des personnels enquêtés (81,42%) utilisent les moyens de protection contre les AES.

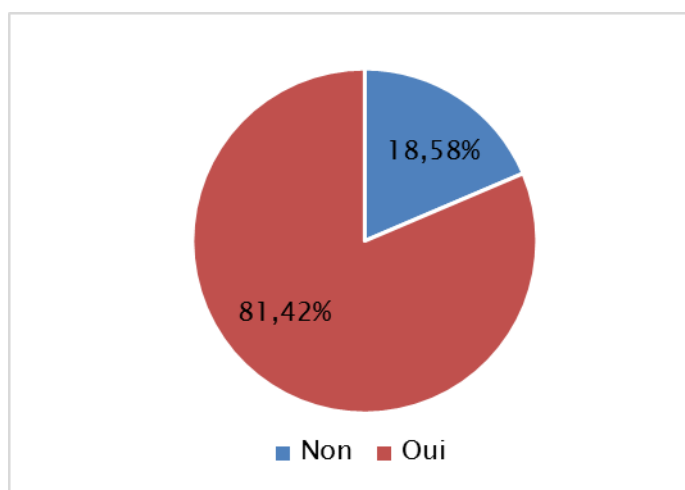


Figure 24 : Utilisation des moyens de protection contre les AES.

6. Antécédent d'AES :

Parmi le personnel soignant interrogé, 69,03% ont eu un AES, contre 30,97% qui n'ont jamais eu d'AES.

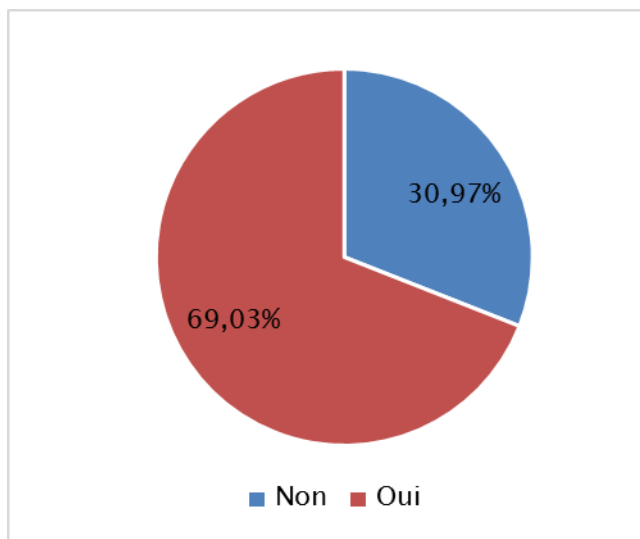


Figure 25 : Antécédent d'AES.

7. Déclaration de l'AES :

Parmi les personnels enquêtés qui ont eu un AES, 79,49% n'ont pas déclaré cet accident.

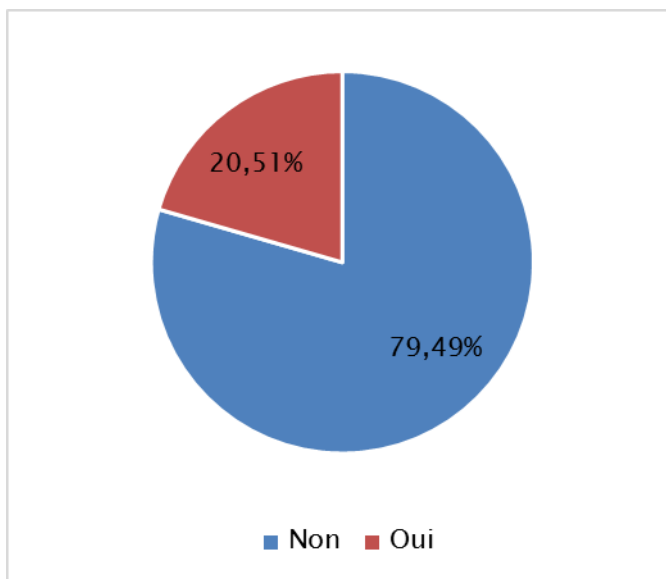


Figure 26 : Déclaration de l'AES.

8. Nécessité de déclaration des AES :

La majorité des répondants (83,19%) estiment que tout AES doit être déclaré, contre 14,16 % des répondants qui pensent le contraire.

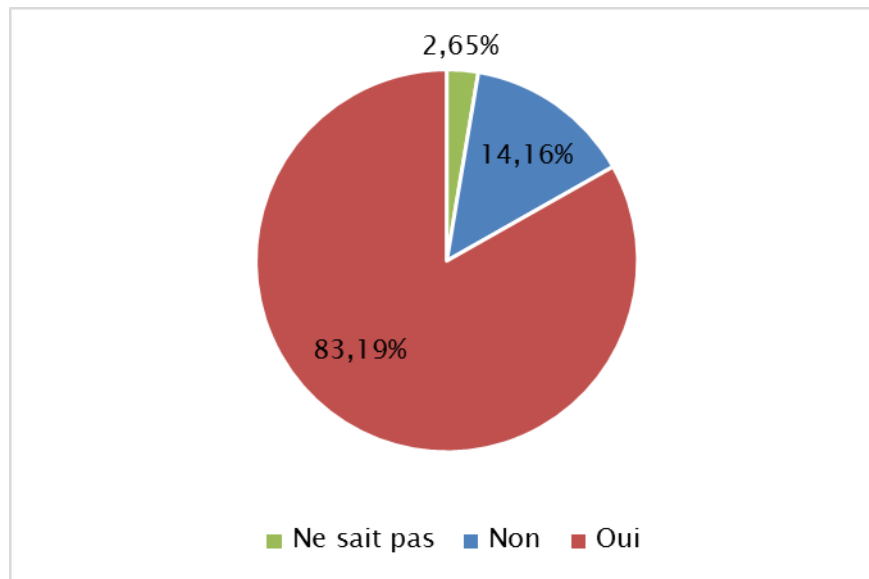


Figure 27 : Nécessité de déclaration des AES.

9. Comportement des personnels face à un AES :

Pour le premier comportement face à un AES, 70 enquêtés (soit 61,95 %) ont déclaré qu'il faut interrompre le soin, 18 (soit 15,93%) pensent qu'il faut faire saigner la plaie, alors que 63 (soit 55,75%) ont déclaré qu'il faut nettoyer immédiatement la plaie à l'eau et au savon.

Concernant la désinfection de la plaie, 16 enquêtés (soit 14,16 %) ont cité qu'il faut appliquer l'eau de javel pur, contre 61 enquêtés (soit 53,98 %) qui préconisent plutôt d'appliquer l'eau de javel (1/10) et 55 enquêtés (soit 48,67 %) pour la désinfection de la plaie à l'alcool à 70° ou à la Bétadine.

La majorité des prestataires de santé (97 soit 85,84%) ont signalé qu'il faut contacter un médecin référent.

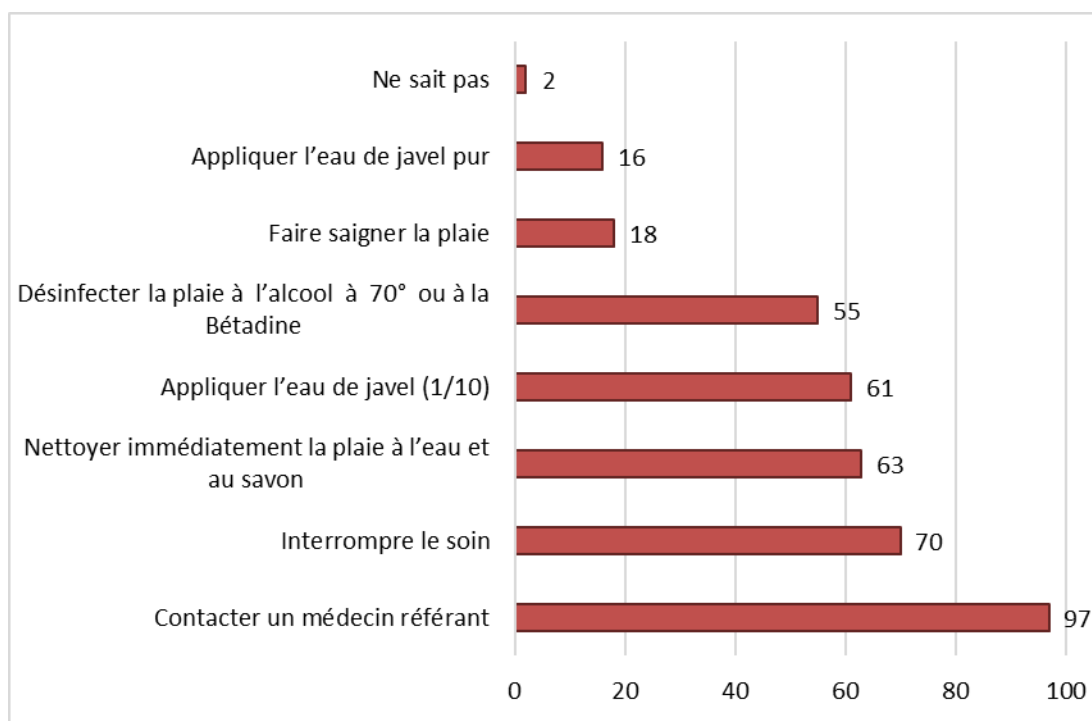


Figure 28 : Comportement du personnel soignant face à un AES.

10. Comportement du personnel soignant face à un enfant infecté par le VIH :

Interrogés sur leurs comportements face à un enfant infecté par le VIH, la majorité des prestataires de santé interrogés ont mentionné la nécessité de :

- Traiter/soigner (85,84%) ;
- Eduquer (81,41%) ;
- Soutenir (61,95%) ;

Par ailleurs, 2 prestataires ont exprimé la peur, 1 prestataire a exprimé l'absence de motivation et 1 prestataire a exprimé le refus de soins.

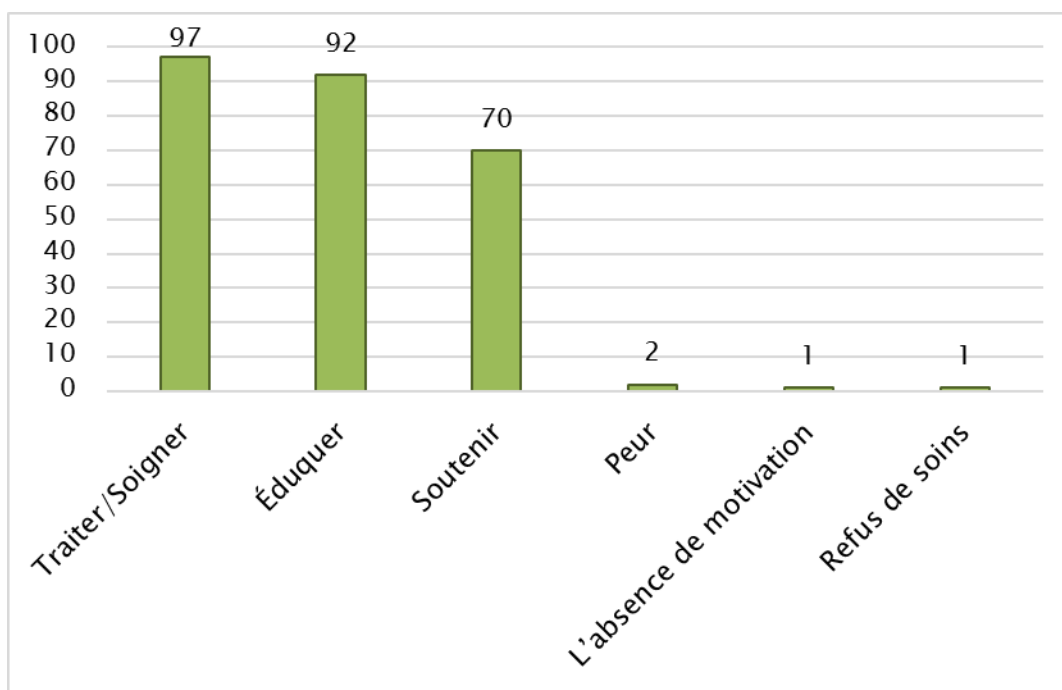


Figure 29 : Comportement du personnel soignant face à un enfant VIH positif.

11. Avertissement des parents de l'enfant avant d'effectuer une sérologie VIH :

La majorité des répondants (87,61%) ont jugé nécessaire l'avertissement des parents de l'enfant avant d'effectuer une sérologie VIH.

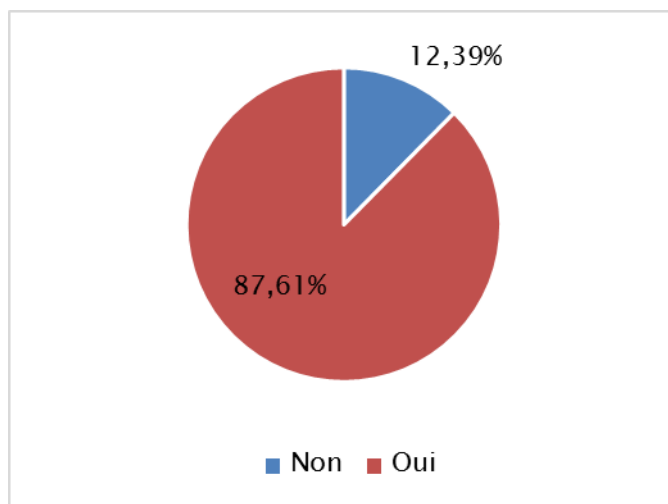


Figure 30 : Nécessité d'avertir les parents avant d'effectuer une sérologie VIH.

12. Isolement des enfants infecté par le VIH (en hospitalisation) :

Près d'un quart des répondants (23,89 %) pensent que l'isolement des enfants séropositifs est obligatoire, tandis que 76,11% pensent le contraire.

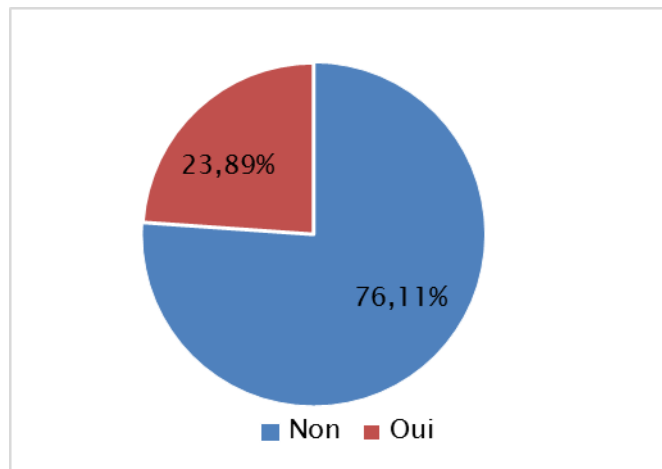


Figure 31 : Avis des personnels sur l'isolement des enfants séropositifs en intra hospitalier.

13. Information de l'entourage et des structures d'accueil (crèches, écoles, assistantes maternelles...) du statut de l'enfant :

Parmi les personnels de santé enquêtés, 67,26% ont signalé que le droit au secret doit être respecté, contre 30,09% qui ont déclaré que l'information de l'entourage et des structures d'accueil du statut de l'enfant est nécessaire.

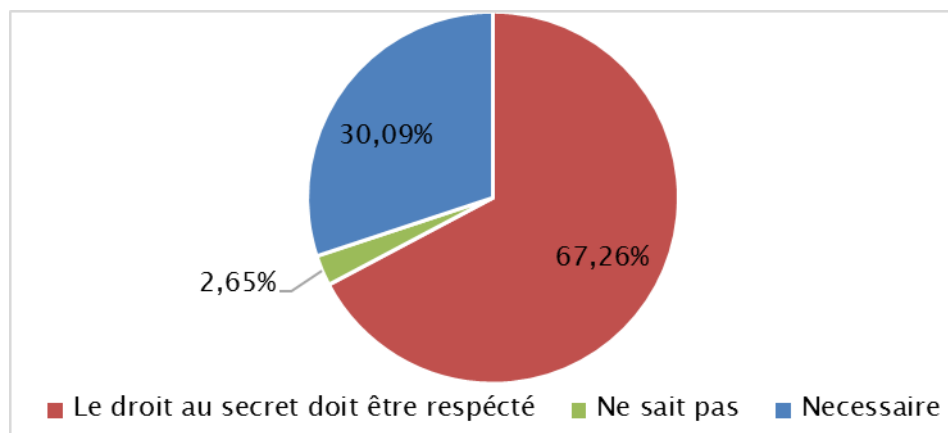


Figure 33 : Avis des personnels sur l'information des structures d'accueil du statut de l'enfant.

14. Réalisation d'un dépistage et d'un counseling pré/post test :

Près d'un quart des prestataires de santé (24,78%) ont déclaré avoir déjà fait un dépistage du VIH chez un enfant séropositif.

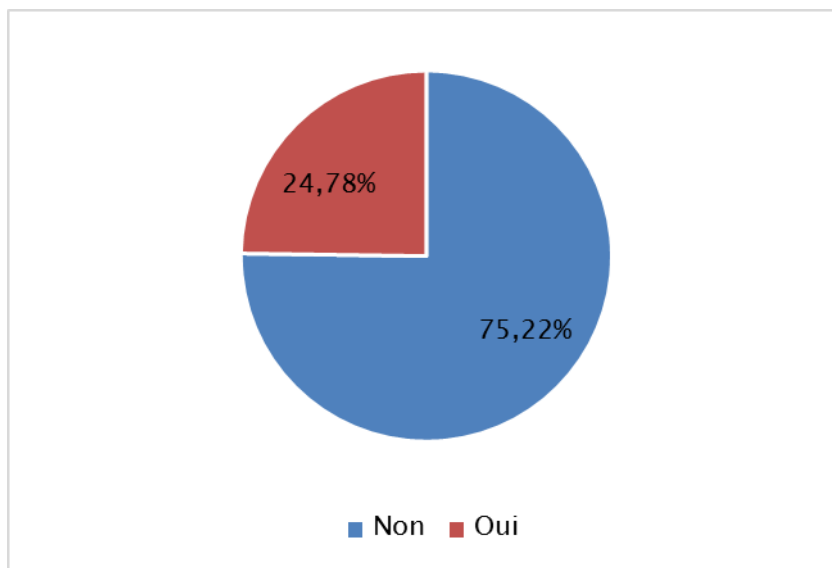


Figure 34 : Réalisation d'un dépistage du VIH chez un enfant séropositif.

Parmi les personnels de santé qui ont dépisté un enfant infecté par le VIH, 57,14% ont fait un counseling pré et post test, contre 42,86% qui ne l'ont pas fait.

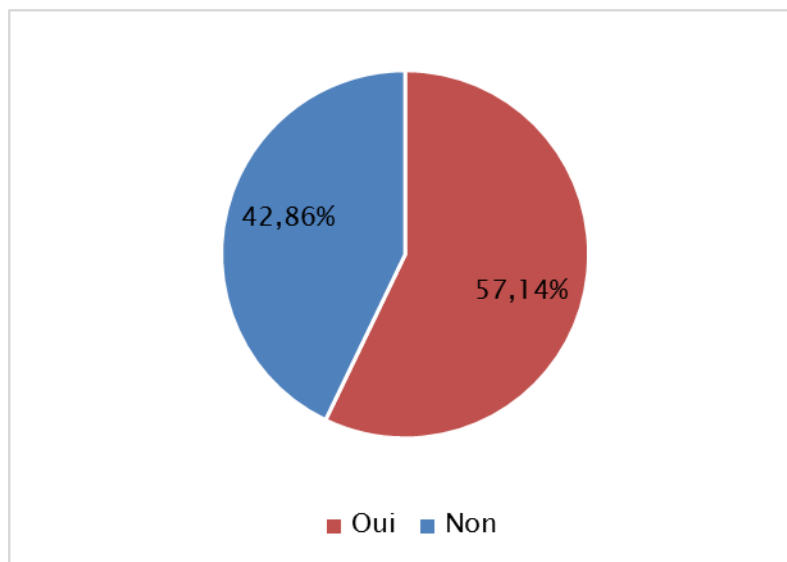


Figure 35 : Réalisation d'un counseling pré/post test.

IV. Avis du personnel pour améliorer la prise en charge du VIH :

1. Besoin en formation sur la prise en charge du VIH :

Presque la totalité des personnels enquêtés (98,23%) souhaitent avoir une formation sur la prise en charge du VIH.

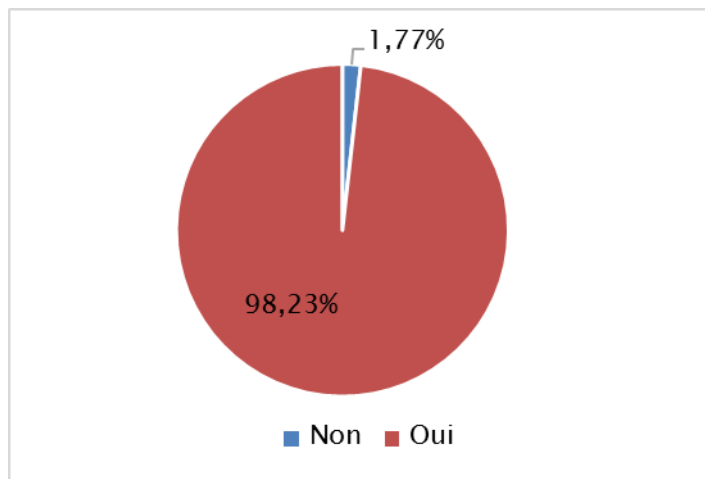


Figure 36 : Besoin en formation sur la prise en charge du VIH.

2. Suggestions :

Les prestataires enquêtés suggèrent avoir des formations sur le VIH et la prise en charge des PVVIH dans leurs services de travail, l'approvisionnement des tests rapides, des fiches techniques et des protocoles simplifiés sur la prise en charge du VIH.



DISCUSSION ET

COMMENTAIRES



Cette étude que nous avons menée auprès des personnels de santé de l'hôpital mère-enfant du CHU Mohammed VI, avait pour but de décrire leurs connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis au VIH/SIDA de l'enfant.

L'étude a été réalisée dans les services de pédiatrie, néonatalogie, chirurgie infantile et de gynécologie-obstétrique. Dans chaque structure, les prestataires de soins présents le jour de l'enquête, ayant accepté de se prêter au questionnaire anonyme, remplissant les critères d'inclusion ont été interrogés.

Sur un total de 153 personnels prévus, 113 ont accepté d'être enquêté, 4 ont refusé d'y participer, 36 était absents ou indisponibles au moment de l'enquête, soit un taux de participation de 73.86%. Ce résultat est supérieur à 58% trouvé par CISSE B dans une étude des connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH chez les agents de santé de la ville de Gao [6] et à 68,9% retrouvé par SANGARE B dans une étude des connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH chez les praticiens hospitaliers du CHU Gabriel Touré [7].

I. Caractéristiques socioprofessionnelles :

1. Répartition des personnels selon le sexe :

Dans notre série, nous trouvons une prédominance féminine avec une proportion de 61.95%. Ce résultat est supérieur à 54,8% observée dans la série de CISSE B [6] et Inférieur à 72.2% observée dans la série de NKWABONG et al. [8].

Contrairement au résultat de Sangaré B qui rapporte une majorité masculine (74,19%) [7] et à celui de TASSENG Y qui est de 80,2% [9].

2. Répartition des personnels selon l'âge :

Notre population étudiée est jeune, 59,29 % sont âgés entre 30-39 ans avec un âge moyen de 31.88 ans \pm 5.76 ans. Ce taux est proche à celui de AGHAMOLAEI T et al. qui est de 31,3 \pm 7,3 ans [10], inférieur à celui de TASSENG Y, qui rapporte une moyenne d'âge de 36 \pm 9 ans [9] et supérieur à celui de CISSE B A [6] et à celui du SANGARE B [7] qui est de 27 \pm 5 ans.

3. Répartition des personnels selon la catégorie professionnelle :

Le personnel paramédical (infirmiers et sages-femmes), constitue 52,21% de notre population avec une prédominance des infirmiers soit 39,82%, AGHAMOLAEI T et al. rapportent aussi une prédominance des infirmiers soit 63,2% des enquêtés [10].

Par contre, les médecins représentent la catégorie professionnelle la plus importante dans la série du SANGARE B (41,13%) [7], et dans l'étude du TASSENG Y (72,8%) .

Pour étudier la relation entre les connaissances et la catégorie professionnelle, nous avons regroupé les bonnes réponses à toutes les questions sur le VIH chez l'enfant (score de connaissance) et on a calculer la moyenne du score de connaissance du groupe médical et paramédical (Tab. III) :

Tableau III : corrélation entre score de connaissance et catégorie professionnelle :

Catégorie professionnelle		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Sig. (p-value)
Score de connaissance	Paramédical	59	8,12	2,093	,290	,000
	Médical	54	11,00	3,067	,443	

Une différence de connaissance a été observée, entre le personnel médical et le personnel paramédical, cette différence est fortement significative statistiquement ($p < 0.05$), les médecins semblent avoir une meilleure connaissance que les personnels paramédicaux. Ce résultat est similaire à celui trouvé par HENTGEN V et al. à Madagascar [11] à celui trouvé par ESSIE D et al. à Brazzaville [12] et à celui trouvé par ARISEGI S et al. à Sokoto [13].

Ce résultat reflète l'intérêt d'intégrer le personnel paramédical (infirmiers, sages-femmes) dans les formations de prise en charge de l'infection à VIH.

4. Répartition des personnels selon le service :

Les prestataires des services de pédiatrie, gynéco-obstétrique, néonatalogie et de chirurgie infantile jouent un rôle très important dans le dépistage, le diagnostic et le traitement du VIH/SIDA de la mère et de l'enfant. Il est donc indispensable pour ces prestataires d'avoir une connaissance suffisante sur cette maladie.

Dans notre série, 31.85% des prestataires de soins enquêtés faisant partie du personnel du service de pédiatrie, 25,66% en service de gynécologie, 23,89% en service de néonatalogie et 18,58% en service de chirurgie infantile.

L'échantillon de notre étude (73.86%) représente la majorité du personnel soignant de l'hôpital mère-enfant du CHU Mohammed VI.

5. Répartition des personnels selon l'ancienneté dans le service :

Dans notre série, 54,87% des enquêtés ont moins de 5 ans d'ancienneté dans le service, et 45,13% des enquêtés ont une ancienneté de plus de 5 ans.

Pour déterminer la présence ou l'absence d'une relation significative entre l'ancienneté professionnelle et les connaissances des prestataires enquêtés, nous avons eu recours au test de corrélation (Tableau IV) :

Tableau IV : corrélation connaissances-ancienneté :

Expérience professionnelle	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Sig. (p-value)
score de connaissance de	< 5ans	62	10,20	3,159	,008
	≥ 5 ans	51	8,64	2,497	

Il existe une différence de connaissance statistiquement significative entre les prestataires avec une ancienneté <5ans et les prestataires avec une ancienneté >5ans.

Il a été démontré que le score de connaissances diminue significativement avec l'ancienneté professionnelle ($p < 0.05$), contrairement au résultat de ESSIE D et al. [12] et à celui de AISHAT U et OLUBUNMI A [14] qui montrent que les personnels avec plus d'ancienneté semblaient avoir une meilleure connaissance.

Cela peut s'expliquer par le manque de formation et de formation continue sur le VIH de nos personnels de santé.

II. Connaissance sur le VIH/SIDA de l'enfant :

1. Connaissance de la prévalence du VIH au Maroc :

Au Maroc, 21000 personnes vivent avec le VIH (adultes et enfants) en fin 2018 [4].

Seulement 14,16% du personnel enquêté ont connu la prévalence du VIH au Maroc, 66,37% ont déclaré ne pas le savoir. Ce résultat est inférieur à celui de USMAN A et AYINDE O à l'État d'Oyo qui trouvent que 48.6% des prestataires ont pu estimer la prévalence du VIH dans la population générale [14] et à celui de OLARINOYE A à Ilorin qui est de 33,6% [15]. Supérieur à 10,7% rapporté par NKOLE à Lusaka [16].

Dans l'étude de ESSIE D menée à Brazzaville, aucun prestataire ne connaissait l'estimation de la séroprévalence du VIH chez les gestantes 24,5% avaient avancé un chiffre inexact et 75,5% n'ont pas pu estimer cette séroprévalence [12].

2. Connaissance des signes évocateurs du VIH chez l'enfant :

Le diagnostic de l'infection à VIH/SIDA chez l'enfant est orienté par la clinique et confirmé par les examens biologiques. Les signes cliniques évocateurs d'une infection pédiatrique à VIH sont variés (tableau V) et classés en 3 groupes selon les critères suivants :

- Affections communes aux enfants infectés ou non par le VIH ;
- Affections fréquentes chez les enfants infectés par le VIH et rares chez les non infectés ;
- Affections très spécifiques de l'infection à VIH.

Tableau V : Les signes cliniques évocateurs d'une infection pédiatrique à VIH [10].

Affections très spécifiques de l'infection à VIH	Affections fréquentes au cours du VIH et rares chez les enfants non infectés	Affections fréquentes chez les enfants VIH + et VIH -
<ul style="list-style-type: none"> -Pneumonie à Pneumocystis -Candidose œsophagienne - Cryptococcose extrapulmonaire - Infection invasive à Salmonella -Pneumopathie lymphoïde interstitielle -zona touchant plus d'un dermatome -Sarcome de Kaposi -Lymphome -Encéphalopathie multifocale progressive 	<ul style="list-style-type: none"> -Infections bactériennes sévères, particulièrement si récurrentes -Muguet persistant ou récurrent -Hypertrophie bilatérale non douloureuse des parotides -Adénopathies généralisée en dehors de la région inguinale -Hépatosplénomégalie (en dehors des zones d'endémie palustre) -Fièvre persistante et/ou récurrente -Troubles neurologiques -zona touchant un seul dermatome -Dermatose généralisée persistante ne répondant pas au traitement 	<ul style="list-style-type: none"> -Otite chronique ou récurrente avec écoulement de l'oreille -Diarrhée persistante ou récurrente -Pneumonie sévère -Tuberculose -Bronchectasie - Retard de croissance - Marasme

Interrogés sur les symptômes qui peuvent être liés à l'infection au VIH chez l'enfant, la majorité des enquêtés ont cités les diarrhées chroniques (81.42%), la fièvre prolongée (78.76%), la candidose récidivante (69.03%), et les poly adénopathies (59.29%).

Cependant, une proportion plus faible des prestataires a cité la tuberculose (48,67%), le retard staturo-pondéral (30,09%) et les tumeurs (18,58%).

Cette étude a montré la nécessité d'une meilleure connaissance des symptômes liés au VIH par les professionnels de santé, à titre d'exemple la tuberculose, surtout que la prévalence des coïnfections TBK-VIH reste encore élevée dans notre contexte, et le test du VIH ne se fait pas systématiquement pour les patients tuberculeux à la recherche du VIH. Il faut donc sensibiliser les agents de santé pour renforcer le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux.

3. Connaissance de la classification OMS du VIH chez l'enfant :

La classification pédiatrique de l'OMS en stades cliniques est le système international le plus couramment utilisé qui classe en stades cliniques la gravité de l'infection à VIH chez l'enfant. Elle s'applique aux nourrissons et aux enfants et répartit l'infection à VIH en quatre catégories (Tableau VI) [17].

**Tableau VI : Classification pédiatrique en stades cliniques de l'OMS de l'infection à VIH (OMS
 2010).**

Stade 1	<ul style="list-style-type: none"> • Asymptomatique • Adénopathie généralisée persistante
Stade 2	<ul style="list-style-type: none"> • Hépatosplénomégalie persistante inexplicquée • Infection extensive par un virus responsable de l'apparition de verrues (au niveau du visage, couvrant plus de 5% de la surface du corps ou responsable de modifications morphologiques disgracieuses) • Éruptions papulaires prurigineuses • Infections mycosiques des ongles • Érythème gingival linéaire • Infection extensive à virus du papillome humain ou molluscum contagiosum (couvrant plus de 5% de la surface du corps ou au niveau du visage) • Ulcérations buccales récurrentes (plus de 2 épisodes en 6 mois) • Hypertrophie persistante et inexplicquée des parotides • Zona • Infections récurrentes ou chroniques des voies respiratoires hautes : Otite moyenne, otorrhée, sinusite, angine (au moins un épisode au cours des 6 derniers mois)
Stade 3	<ul style="list-style-type: none"> • Malnutrition modérée inexplicquée (-2 DS ou -2 Z scores) ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement habituel • Diarrhée persistante inexplicquée (14 jours ou plus) • Fièvre persistante inexplicquée supérieure à 37,5°C (intermittente ou constante) pendant plus de 1 mois • Candidose buccale persistante (après les 6 premières semaines de vie) • Leucoplasie chevelue de la bouche • Tuberculose ganglionnaire • Tuberculose pulmonaire • Pneumonies sévères récurrentes d'origine bactérienne présumée (épisode en cours et au moins un autre épisode au cours des 6 derniers mois) • Gingivite/périodontite aiguë nécrotique ulcéralive • Pneumopathie interstitielle lymphoïde symptomatique • Pathologie pulmonaire chronique associée au VIH, y compris la bronchiectasie • Anémie (<8 g/dl), neutropénie (<500 cellules/mm³) ou thrombopénie (<50 000/mm³) inexplicquée
Stade 4	<ul style="list-style-type: none"> • Émaciation sévère inexplicquée ou malnutrition sévère inexplicquée (moins de 3 DS, selon la définition des lignes directrices de l'OMS sur la PCIME) ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement habituel

- Pneumonie à Pneumocystis
- Infections sévères récurrentes d'origine bactérienne présumée, par ex. : empyème, pyomyosite, infection osseuse ou articulaire, méningite, mais ne comprenant pas les pneumonies (épisode en cours et au moins un autre épisode au cours des 6 derniers mois)
- Infection chronique par le virus de l'herpès oro-labiale, cutanée ou viscérale (quel que soit le site) (d'une durée supérieure à 1 mois)
- Tuberculose extrapulmonaire
- Sarcome de Kaposi
- Candidose œsophagienne (ou candidose trachéale, bronchique ou pulmonaire)
- Toxoplasmose du système nerveux central (SNC) (après la période néonatale)
- Encéphalopathie à VIH
- Infection à CMV ; rétinite à CMV ou infection à CMV d'un autre organe, débutant après l'âge de 1 mois
- Cryptococcose extrapulmonaire, y compris la méningite
- Toute mycose endémique disséminée (histoplasmosse extrapulmonaire, coccidiomycose)
- Cryptosporidiose chronique avec diarrhée
- Isosporidiose chronique
- Infection mycobactérienne non tuberculeuse disséminée
- Fistule rectale acquise associée au VIH
- Lymphome non Hodgkinien cérébral ou à cellules B
- Leucoencéphalopathie multifocale progressive
- Cardiomyopathie ou néphropathie liée au VIH

Seulement 23,01% des personnels interrogés ont connu la classification OMS du VIH chez l'enfant. Ce résultat est plus proche à celui de CISSE B qui est de 25% [6].

4. Connaissance de la TME du VIH (transmission verticale) :

On parle de transmission du VIH de la mère à l'enfant, lorsqu'une mère séropositive transmet le VIH à son enfant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement [18].

Dans notre travail, une faible proportion des enquêtés (10,62%) ont cité tous les modes de TME du VIH (la grossesse, le travail, l'accouchement et l'allaitement). Ce résultat est inférieur à celui trouvé par DIABY A qui est de 58,51% [19].

La majorité de nos prestataires (66,3%) ont cité l'accouchement comme mode de TME du VIH. Ce résultat est supérieur à celui rapporté par THERESA N (45%) [16], inférieur à celui trouvé

par ARISEGI S (70,5%) [13] à celui de SADOH A et al. (88.4%) [20] et à celui de SOM P et al. (96%) [21]. Plus de la moitié de nos enquêtés (55,7%) ont cité la grossesse, résultat inférieur à celui trouvé par ARISEGI S et al. (71,4%) [13] et à celui rapporté par HESKETH T et al. (98%) [22]. Alors que 18,5% de nos enquêtés ont cité le travail comme mode de TME du VIH, résultat inférieur à 80% trouvé par OKIKE O et al. [23], et seulement un tiers de nos enquêtés (33,6%) ont connu le rôle de l'allaitement maternel dans la contamination de l'enfant par le VIH, le même résultat est observé dans la série de HENTGEN V et al. [11], supérieur à 25% rapporté par HAFJEJEE F et al. [24] et à 19% rapporté par NKOLE T [16] et inférieur à 62,7% trouvé par ARISEGI S et al. [13], à 57% trouvé par HESKETH T et al. [22], à 77,1% trouvé par SADOH A et al.[20] et à 76,8% trouvé par SOM P et al. [21].

Le personnel soignant doit avoir un bon niveau de connaissance de tous les modes de TME du VIH pour assurer une prise en charge optimale de la mère et de son enfant et intervenir activement dans l'élimination de la TME.

5. Connaissance des autres modes de transmission du VIH chez l'enfant (transmission horizontale) :

Une grande proportion de nos enquêtés ont connu les modes possibles de transmission du VIH à l'enfant (en dehors de la transmission mère-enfant) : 93,8% ont cité la transfusion sanguine, résultat proche à 96% rapporté par HESKETH T et al. [22], 86,73% de nos enquêtés ont cité le matériel contaminé par le virus, résultat supérieur à 4% rapporté par DJADOU K [25], et enfin 84,96% de nos enquêtés ont cité l'abus sexuel, résultat supérieur à 13% trouvé dans la série de DJADOU K [25].

Cependant, une faible proportion de nos enquêtés pensent que les piscines et les toilettes communes (7,07%), la piqûre d'insecte (6,19%), la toux et le contact physique (0,89%) sont des modes de transmission du virus. ARISEGI S rapporte dans sa série que 14,9% des prestataires interrogés pensaient que l'infection à VIH est transmissible de la mère au bébé par contact physique [13], HESKETH T et al. rapporte que 22% des enquêtés pensaient que la piqûre d'insecte

est une voie de transmission du VIH [22], de même, ADEBAJO S rapporte dans sa série que 15,7% des enquêtés pensaient que le VIH pouvait également être transmis par des piqûres d'insectes [26].

Il y'a une bonne connaissance des modes de transmissions du VIH à l'enfant (autres que la TME), mais il y'a encore des informations erronées qu'il faut corriger chez le personnel de santé et qui peuvent être à l'origine d'une stigmatisation de l'enfant infecté.

6. Connaissance du test de confirmation de l'infection à VIH chez l'enfant :

Pour le nouveau-né et le nourrisson de moins de 18 mois, l'infection à VIH ne peut être confirmée qu'en ayant recours à la PCR VIH. Le test rapide, l'ELISA et le Western blot (WB) VIH peuvent être positifs du fait du passage placentaire des AC anti-VIH de la mère infectée par le VIH, mais ne signent pas l'infection du nouveau-né. Pour le nourrisson de plus de 18 mois et l'enfant, le test rapide, l'ELISA et WB retrouvent toute leur valeur diagnostique à l'instar de l'adulte [5] .

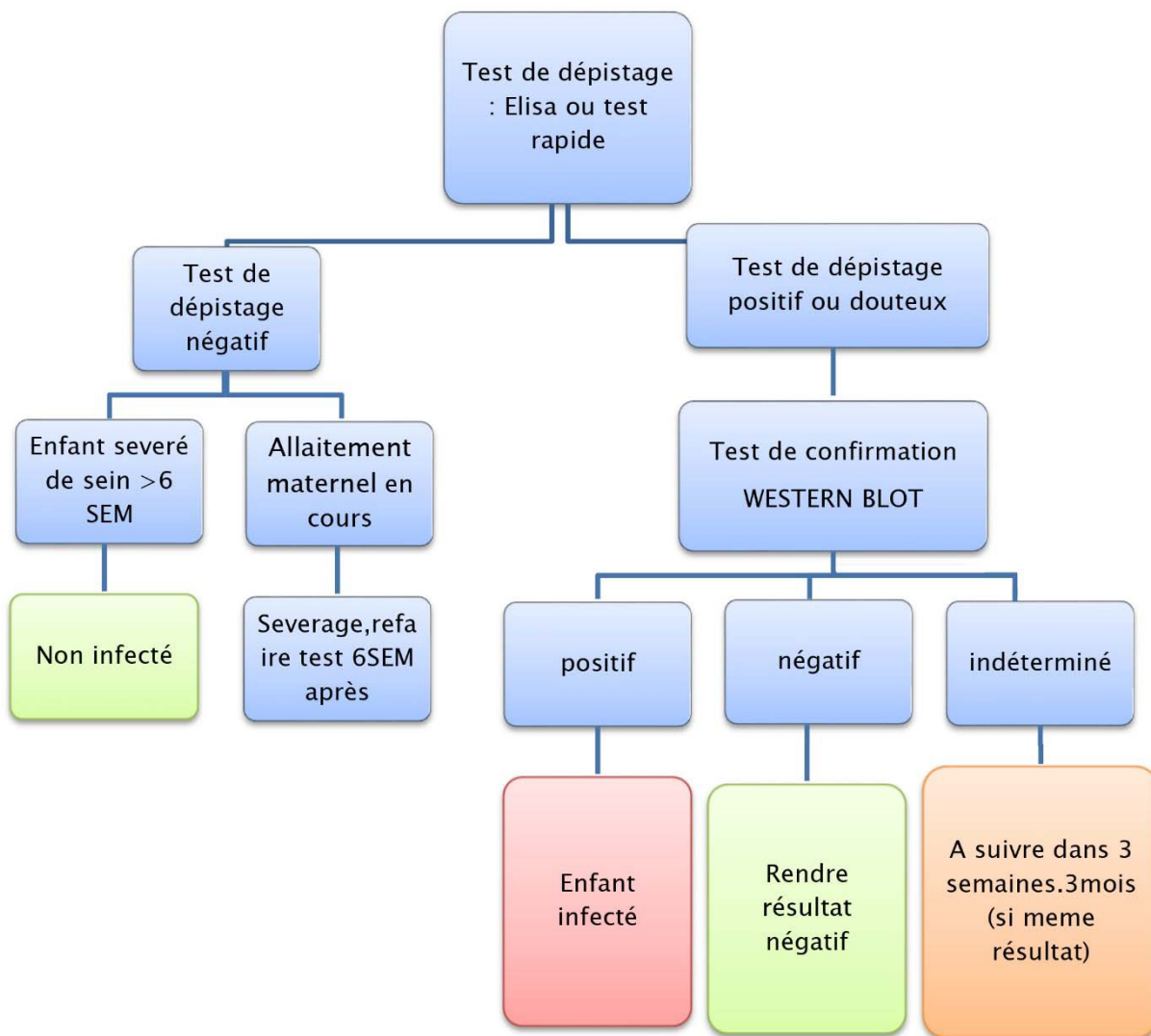
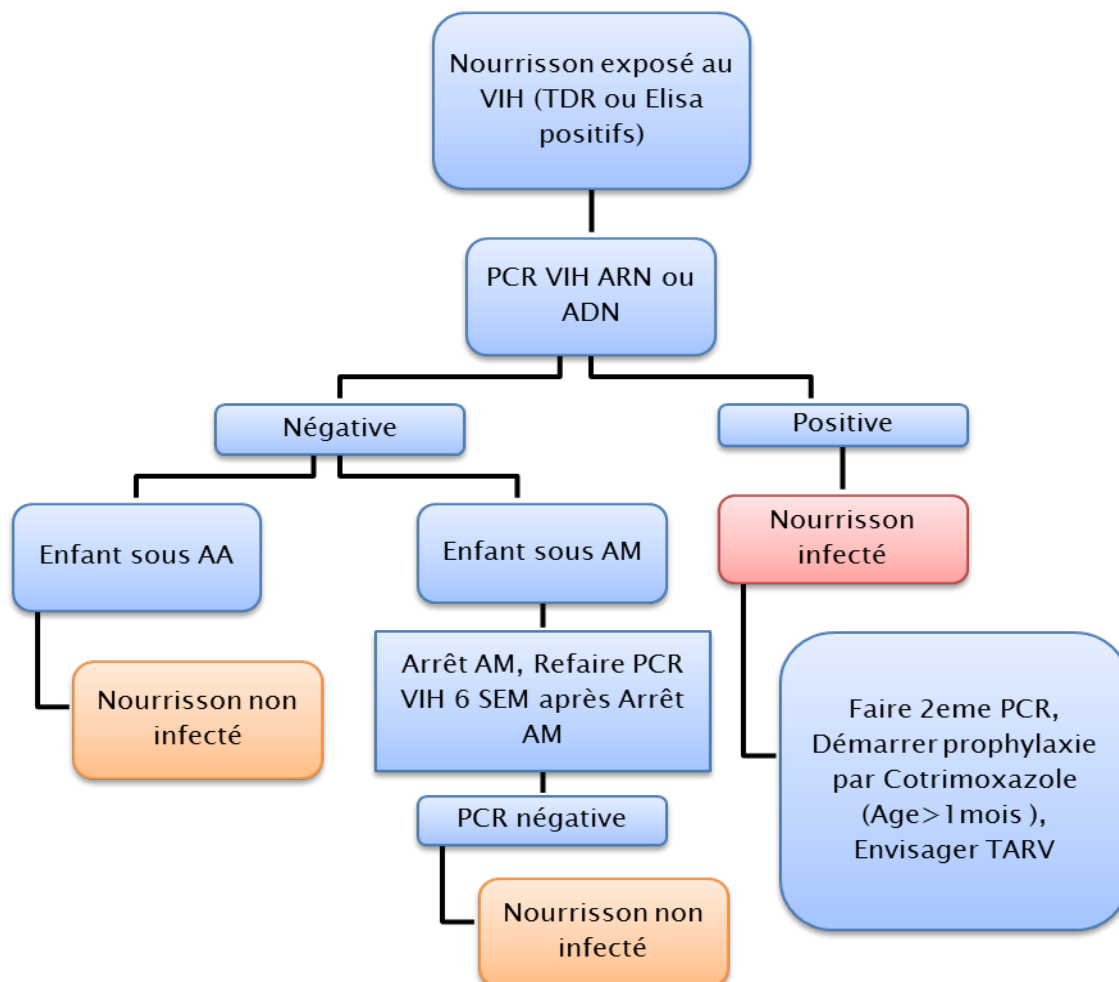


Figure 37 : Algorithme de diagnostic VIH chez l'enfant <18mois.



AM : allaitement maternel ; AA : allaitement artificiel.

Figure 38 : Algorithme de diagnostic du VIH chez l'enfant >18mois.

Dans notre série, 41,59% des prestataires interviewés ont trouvé la bonne réponse concernant le diagnostic précoce du VIH chez le nouveau-né <18 mois de mère séropositive, qui consiste à utiliser la méthode d'amplification génique (PCR). Ce résultat est proche à 44 % rapporté par DJADOU K et al. [25] et supérieur à 25,86% trouvé par DIABY A [19], et seulement 28,31% de nos prestataires ont cité les AC viraux pour le nourrisson >18 mois, résultat proche à 28,18% trouvé par DIABY A [19] inférieur à 77 %trouvé par DJADOU K et al. [25] et à 72,6% trouvé par ASHIPA T [27].

Ce groupe a besoin d'être informé sur l'algorithme de diagnostic du VIH chez l'enfant.

7. Connaissance de la période d'initiation des TARV chez l'enfant :

Les nouvelles recommandations de l'OMS préconisent une mise en route du TARV chez tous les adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH, indépendamment de leur numération des CD4 et du stade de la maladie [28].

Dans notre étude, 38,05% des enquêtés ont affirmé que le traitement antirétroviral devrait être administré chez tous les enfants quel que soit le taux des CD4 ou stade OMS. Ce résultat est inférieur à 93% rapporté par AWAMBENG [29]. Cependant 23,01% de nos enquêtés ont cité des réponses erronées et 39,82% ignoraient la période d'initiation des TARV chez l'enfant.

Ces professionnels de santé ont besoin d'actualiser leurs connaissances sur le protocole révisé de prise en charge du VIH chez l'enfant.

8. Connaissance du dépistage de l'infection à VIH chez la femme enceinte au Maroc :

Un dépistage du VIH effectué dès que possible au cours de la grossesse permet à la femme enceinte vivant avec le virus de bénéficier de moyens de prévention, d'un traitement et de soins, ainsi que d'intervention susceptibles de réduire le risque de transmission à l'enfant. L'OMS recommande de proposer des services de dépistage du VIH aux femmes enceintes dans le cadre d'une approche de conseil et de dépistage du VIH à l'initiative du prestataire [30].

Au Maroc, à l'instar d'autres pays, le dépistage à l'initiative du personnel de santé a été mis en place. Actuellement, le test doit être systématiquement proposé chez la femme enceinte [5].

Dans notre étude, 45,13% des prestataires ont affirmé que le dépistage des femme enceintes est systématique, ce résultat est inférieur à 87,2% rapporté par ESSIE D [12] et à 58% rapporté par BHUSHAN V ET CUSHMAN L [31].

9. Connaissance du taux de TME du VIH en absence de PTME :

En l'absence d'interventions, les taux de transmission mère-enfant vont de 15 à 45% [17].

Seulement 14,16% des prestataires ont répondu correctement à la question concernant le taux de transmission du VIH de la mère à son enfant en absence d'une PTME.

Ce résultat est inférieur à celui rapporté par AWAMBENG à Bamenda qui est de 68% [29] à celui rapporté par HENTGEN V à Madagascar (moins d'un quart des personnes interrogées a répondu correctement à la fréquence de la transmission mère - enfant du VIH pendant la grossesse) [11]. Alors qu'il est supérieur à 8,6% rapporté par THERESA N à Lusaka [16].

10. Connaissance du taux de TME du VIH en cas de PTME :

Les objectifs du plan national de l'élimination de la transmission mère-enfant consistent à assurer le dépistage du VIH et de la syphilis à 90 % des femmes enceintes, le traitement et le suivi à 95 % des femmes enceintes séropositives à la syphilis et offrir la prophylaxie antirétrovirale à 95 % des mères infectées par le VIH et à leurs nouveau-nés [4].

Les données de l'EPF (l'Enquête périnatale française) montrent que le risque de transmission est proche de zéro lorsque le traitement antirétroviral a été débuté avant la grossesse et si la charge virale est < 50 copies/ml lors de l'accouchement), ainsi, grâce notamment aux traitements ARV, le taux de TME du VIH en France métropolitaine est passé à 0,3 % sur la période 2010-2015 (contre 15-20 % en l'absence de traitement) [32].

Au Maroc, le taux de transmission mère-enfant du VIH est passé de 20% en 2008 à 8% en 2018, cela veut dire qu'il faut plus des efforts pour atteindre l'objectif d'impact du plan national qui consiste à réduire le taux de TME du VIH à moins de 2% [4].

Dans notre série, selon 40,71% des prestataires, le taux de TME en cas d'une PTME est estimé à : <1%. Cela indique qu'il faut sensibiliser le personnel de santé à l'importance de la PTME.

11. Connaissance de la prise en charge du nouveau-né de mère séropositive :

Lorsqu'on s'occupe d'un nouveau-né dont la mère est VIH positive, on doit toujours s'occuper du nouveau-né comme de n'importe quel autre nouveau-né, en accordant une attention particulière aux mesures de prévention de l'infection [33].

Cette prise en charge consiste à administrer au nouveau-né dans les heures qui suivent la naissance un antirétroviral selon les recommandations du Ministère de la Santé pour la PTME de l'infection à VIH : soit Zidovudine (AZT) seul pendant 4 semaines, soit trithérapie en prévention renforcée x 6 semaines, si risque élevé de TME. Etant donné le risque de transmission de l'infection à VIH par le lait maternel (5 à 20%), l'allaitement maternel est contre indiqué pour les femmes VIH positives et ce en conformité avec les recommandations nationales pour la PTME [33].

Une recherche directe du VIH par PCR est recommandée chez le nouveau-né de mère VIH positive la première semaine sur sang périphérique. Si elle est négative, une 2ème PCR sera réalisée à 4-6 semaines de vie [5].

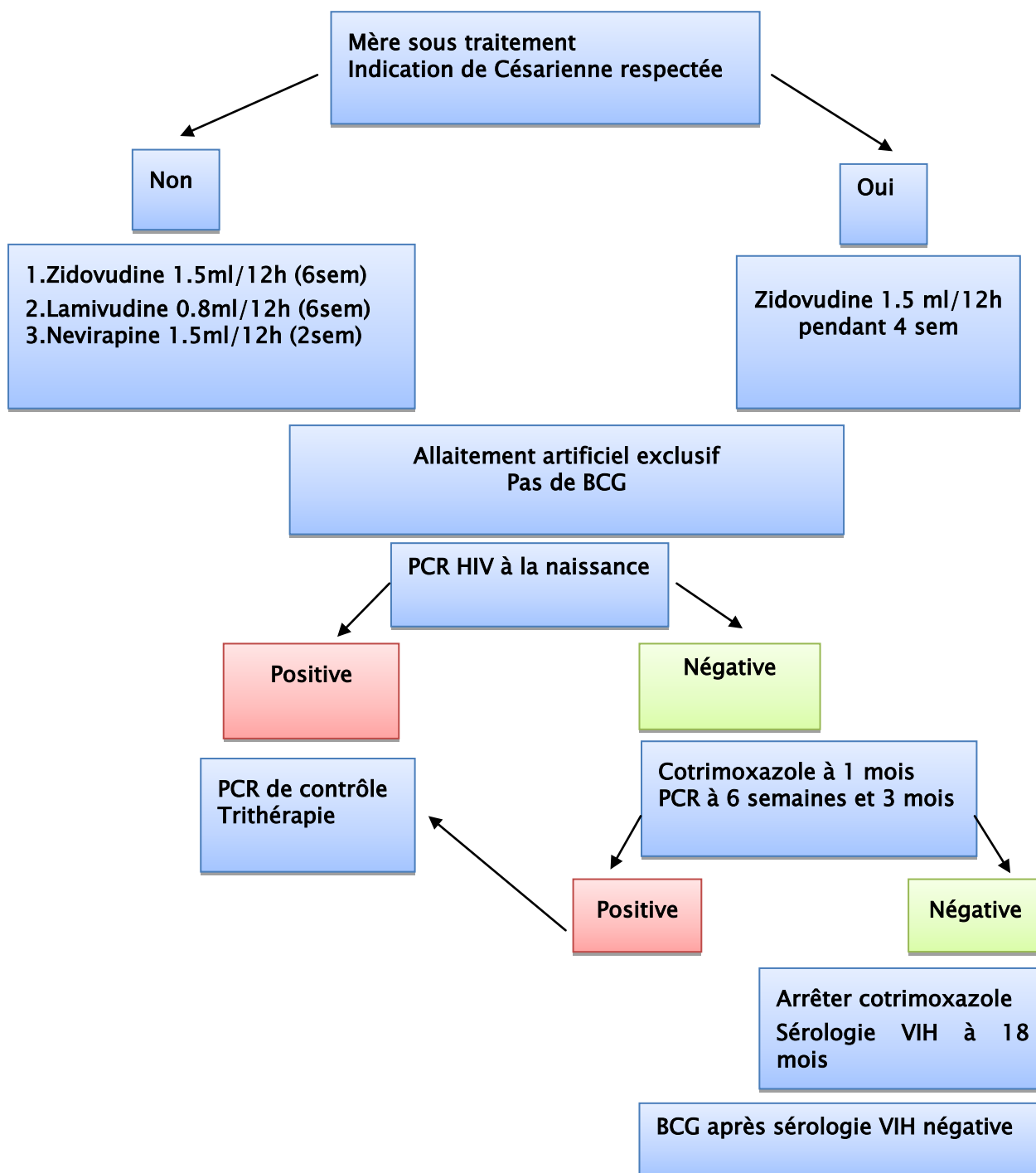


Figure 38 : Algorithme de prise en charge du nouveau-né de mère séropositive pour le VIH.

Dans notre travail, la prise en charge du nouveau de mère séropositive consiste à une contre-indication de l'allaitement maternel selon 58,41% des prestataires, un diagnostic de l'infection ou de non infection à VIH selon 47,79%, une prophylaxie ARV pendant 4 à 6 semaines selon 47,79% et une évaluation de l'adaptation à la vie extra-utérine 40,71%, Ce groupe doit bénéficier d'une formation sur le protocole de prise en charge du VIH chez l'enfant selon les recommandations du ministère de la santé.

12. Connaissance des TARV au Maroc :

Dans notre enquête, 21,24% des personnels interrogés ont indiqué qu'ils connaissent les TARV disponibles au Maroc, cependant, peu d'enquêtés :10,62% étaient capables de citer au moins 2 molécules des ARV, résultat proche à celui rapporté par CISSE B qui est de 13,5% [6], inférieur à 25,90% rapporté par TASSENG Y [9] et seulement 7,96% de nos enquêtés étaient capables de citer au moins 2 classes thérapeutiques des ARV, résultat inférieur à 17,3% rapporté par CISSE B [6] et à 40,70% rapporté par TASSENG Y [9].

Cette insuffisance de connaissance des TARV peut s'expliquer par le manque de formation continue des prestataires sur le VIH et sa prise en charge. Le VIH est une pathologie comme les autres, tous les personnels de santé sont concernés par cette prise en charge et doivent avoir des connaissances suffisantes à propos de ce sujet.

13. Connaissance de la gratuité des TARV au Maroc :

En Mai 2015, le Maroc a adopté l'approche « Tester- Traiter » qui consiste à traiter toute PVVIH diagnostiquée, indépendamment de son statut immunologique, cette approche assure un accès gratuit au traitement antirétroviral et au suivi biologique.

Le nombre de PVVIH recevant un traitement antirétroviral a été multiplié par plus de 4, évoluant de 3205 à 13 641 entre 2010 et 2018, soit une augmentation de la couverture de 19% à 65% en 2018 [3]. En fin 2020, le nombre d'enfant sous TARV dépasse 800 enfants [34].

Dans notre travail, la majorité des enquêtés (78,76%) ont affirmé que le traitement ARV est gratuit. Mais le succès du traitement antirétroviral repose sur l'observance. Elle est nécessaire d'insister sur le renforcement de l'éducation thérapeutique pour réduire la mortalité et diminuer le risque de résistance aux TARV.

14. Connaissance de la prophylaxie au Cotrimoxazole :

La prophylaxie par le cotrimoxazole est recommandée pour les nourrissons, les enfants et les adolescents infectés par le VIH, indépendamment de leur état clinique et immunologique.

Elle est recommandée aussi chez les nourrissons exposés au VIH dès 4 à 6 semaines après la naissance et devrait être poursuivie jusqu'à l'élimination de l'infection par le VIH au moyen d'un test de dépistage du VIH adapté à l'âge pour établir le diagnostic définitif après cessation complète de l'allaitement [28].

Le cotrimoxazole est actif contre la pneumonie, la toxoplasmose cérébrale, certains types de diarrhée, le paludisme et les infections bactériennes sévères (streptocoque pneumoniae, haemophilus influenzae, salmonella, staphylocoque doré sensible à la méticilline, et de nombreux bacilles à gram négatif).

Dans notre série, 67,26% des agents n'ont pas connu la prophylaxie au cotrimoxazole. Il est indispensable d'informer les personnels de santé sur l'importance de la prophylaxie par le cotrimoxazole dans la prévention des infections liées au VIH/SIDA et dans la réduction de la morbidité et de la mortalité chez les nourrissons et les enfants vivant avec le VIH ou exposés au VIH.

15. Connaissance de la vaccination du nouveau-né séropositif :

Le BCG ne sera pas administré au nouveau-né jusqu'à preuve de sa non contamination par le VIH. La preuve de non contamination ne pourra être faite qu'au cours du suivi du nouveau-né par des analyses codifiées selon les directives nationales [33]. La mention de contre-indication

temporaire du BCG doit apparaître (au crayon) sur le carnet de santé et doit être effacée après ce diagnostic [32].

La vaccination contre l'hépatite virale B est recommandée dans les 72 heures après la naissance, ainsi que les autres vaccins et supplémentation en vitamines du programme national d'immunisation [33].

Dans notre étude, la vaccination contre l'hépatite B est indiquée selon 49,56% des enquêtés, le BCG est contre indiqué selon 52,21% des enquêtés.

La mise à jour des connaissances concernant le protocole de la vaccination de l'enfant infecté par le VIH est recommandée pour ce groupe.

III. Attitudes et pratiques des personnels face au VIH de l'enfant :

1. Formation reçue en PTME (prévention transmission mère-enfant) :

Dans notre série, la plupart des professionnels de santé interrogés (92,04%) n'ont jamais reçu une formation sur la PTME et seulement 8% d'entre eux l'ont déjà eu, ce résultat est inférieur à 25% rapporté par ESSIE D et al. à Brazzaville [12], à 20% rapporté par OLARINOYE A et al. à Ilorin [15], à 62,6% rapporté par ARISEGI S et al. à Sokoto [13], à 76 % rapporté par DJADOU K et al. à Togo [25], à 45,7% rapporté par HORTENCE F et al. à Yaoundé [35] et à 14.8% rapporté par BOAKYEAB D et MAVHANDU A à Ghana [36].

On dénote que la formation en PTME doit être élargie afin d'assurer un dépistage précoce des femmes enceintes ou en âge de procréation, d'accroître le taux de PTME du VIH et de fournir un traitement, des soins et un soutien approprié aux femmes séropositives et à leurs enfants.

2. Risque de contracter un VIH par AES :

Les accidents d'exposition au sang se définissent par un contact accidentel avec du sang ou un liquide contaminé par du sang, lors d'une effraction cutanée par coupure ou piqûre ou d'une projection sur une muqueuse ou une peau lésée.

Dans notre enquête, 59,29% des répondants ont constaté un risque élevé de contracter un VIH par AES au cours de leurs exercices.

Dans d'autres études, les professionnels de santé estiment pour la majorité un risque élevé de contamination par VIH au cours de leurs pratiques professionnelles : 63% en Inde rurale [37], 84,6% à Fès [38] , 72,1% en Afrique du Sud [39], 89% en Serbie [40] et 71,8% en Égypte [41].

3. Connaissance des circonstances favorisant un AES :

Les actes à risque d'AES sont bien connus par la majorité de nos enquêtés, à savoir la piqûre ou coupure par objet souillée (97,35%), le contact d'une peau lésée avec du sang (84,07%) et la projection du sang contaminé sur muqueuse (70,80%).

Ces principaux mécanismes de survenue d'AES sont retrouvés dans d'autres études dans la littérature : [6, 12, 42, 43, 44].

4. Connaissance des moyens de protection contre les AES :

Tous les personnels de santé, sont exposés au risque de contact avec le sang contenant des agents viraux, bactériens, fongiques ou parasitaires. Les virus de l'Immunodéficience humaine ou des hépatites B et C constituent l'essentiel de ce risque. D'où la nécessité de respecter les mesures de précautions standard pour la prévention des AES.

Dans notre série, le port des gants est le moyen de protection contre les AES le plus cité par les prestataires enquêtés (56,64%), suivi du port des lunettes et masques de protection (22,12%), l'utilisation des conteneurs adaptés aux objets tranchants (13,27%), évitement du recapuchonnage des aiguilles (10,62%), protection des lésions cutanées (6,19%) et triage des déchets hospitaliers (4,42%).

Les prestataires interrogés ont besoin d'être bien informé sur les moyens de prévention des AES.

5. Utilisation des moyens de prévention des AES :

La majorité du personnel enquêté (81,42%) déclare utiliser les moyens de protection contre les AES.

Dans une étude menée dans l'hôpital régional EL IDRISSI de la région de Gharb au Maroc, seul 20% des soignants ont déclaré l'utilisation régulière des moyens de prévention [45]. En Serbie, 70% des travailleurs de la santé se protégeaient régulièrement en utilisant des barrières appropriées (gants, lunettes et masque) [46], à Sicily, 79% des enquêtés utilisaient régulièrement des gants [47], à Bamako 98,5% des enquêtés utilisaient des moyens de protection lors des soins [42], alors que, 18,58% de nos enquêtés n'utilisent aucun moyen de prévention. Ce groupe mérite d'être sensibiliser sur les risques de contamination intra-hospitalière et l'importance de la prévention des AES.

6. Prévalence des AES :

Parmi les prestataires enquêtés, 69,03% ont déjà eu un AES, résultat inférieur à 85% trouvé dans une étude menée en chine [48], identique à 69,30% trouvé dans l'étude menée à la région d'El Gharb au Maroc [45], proche à 64% trouvé à Ankara [49] et à 60% enregistré dans une étude antérieure sur l'accident d'exposition au sang au CHU Marrakech [43]. D'autre étude rapportent un chiffre un peu inférieur, 42.4% à Fès [38], 53,7% à Botswana [50], 50% à Monténégro [51], 57,6% en Serbie [40], 33,8% en Éthiopie [52] et 47,21 % à Bamako [44].

7. Nécessité de déclaration des AES :

Dans notre enquête, la majorité des prestataires (83,19%) ont affirmé que de la déclaration des AES est obligatoire, dans d'autres études la majorité des prestataires enquêtés considèrent que tout AES doit faire l'objet d'une déclaration : 84,5% à rabat [53], 93,4% à Marrakech, [43] et 97,3% en France [54].

8. Déclaration de l'AES :

Malgré que la majorité des prestataires enquêtés ont affirmé la nécessité de déclaration des AES, seulement 20,51% AES ont déclaré leurs accidents, résultat proche de 25,6% rapporté par EL GAZZAR à Rabat [53], de 26,21% rapporté par AZZOUZI Y et al. dans la région d'el Gharb Maroc [45], d'autres études rapportent aussi un chiffre un peu inférieur : 34% en Tanzanie [55] 38% à Botswana [56], 33,86% à Bamako [44] , contre 67% trouvé à Ankara [49].

La sous déclaration des AES devient un problème courant dans les milieux de soins à travers le monde. Cette sous déclaration ne permet pas une connaissance de la situation épidémiologique des AES au milieu du travail et empêche une évaluation du risque réel de contamination par VIH ou HVB /HVC et donc une prise en charge rapide et adéquate de la victime de l'AES.

9. Mesures appliquées suite à l'AES :

Après une exposition accidentelle à un liquide biologique potentiellement infecté par le VIH ou par un des virus des hépatites (VHB ou VHC), il existe un certain nombre de mesures visant à diminuer la probabilité d'infection. Ces mesures comportent les premiers soins à réaliser, une évaluation du risque d'infection, la possibilité d'un traitement et la surveillance biologique de la personne exposée.

Conduite à tenir en cas d'accident exposant au sang [57] :

- En cas de pique, blessure :
 - Ne pas faire saigner ;
 - Nettoyage immédiat de la zone cutanée lésée à l'eau et au savon puis rinçage ;
 - Antiseptie avec dérivé chloré (Dakin ou eau de Javel à 2,6% de chlore actif dilué au 1/5) ou polyvidone iodée en solution dermique ou à défaut, alcool à 70° (au moins 5 min).

- En cas de contact direct du liquide biologique sur peau lésée :
 - Mêmes protocoles de nettoyage et d'antisepsie de la zone atteinte que précédemment
- En cas de projection sur muqueuses et yeux :
 - Rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique (au moins 5 minutes).
- Prendre rapidement un avis médical : contacter un médecin référent.

Lors de notre enquête, 61,95 % des personnels soignant ont déclaré qu'il faut interrompre le soin et 55,75% ont cité le lavage à l'eau et au savon. Quant à la désinfection, le taux des réponses justes était de 48,67 %. Alors que 15,93% pensent qu'il faut faire saigner la plaie, une mesure qui est déconseillée.

Il est important de contacter rapidement le médecin référent en cas d'AES pour évaluer l'intérêt d'une prophylaxie antirétrovirale précoce, cette mesure a été citée par la majorité de nos enquêtés (85,84%). Cela implique la nécessité d'organiser des formations continues sur les AES.

10. Comportement face à un enfant VIH positif :

Une stratégie nationale spécifique sur les droits humains liés au VIH, mettant l'accent sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination a été élaborée et mise en œuvre avec l'implication du conseil national des droits de l'Homme [58]. Elle vise un changement au niveau de la société et des services de manière à réduire les attitudes négatives, les refus de traitements et les discriminations envers les personnes vivant avec le VIH et les populations clés plus exposées aux risques d'infection [59].

La majorité des prestataires de soins dans notre série ont montré un comportement favorable face à un enfant VIH positif, 85,84% ont signalé la nécessité de traiter et de soigner les enfants séropositifs, et 81,41% ont signalé la nécessité d'éduquer les enfants séropositifs. D'autres études publiées rapportent aussi des bonnes attitudes des prestataires de santé face aux patients séropositifs au VIH : ([60],[36],[48],[61]).

Alors que seulement 1,76% de nos enquêtés ont exprimé la peur, 1 enquêté a exprimé l'absence de motivation et 1 enquêté a exprimé le refus de soins. Dans d'autres études les prestataires ont déclaré un refus de soins des patients positifs pour le VIH [62], [20], [52] .

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant (Tableau VII) :

Tableau VII : attitudes des prestataires face à un patient séropositif au VIH :

Les séries	Traiter/soigner	éduquer	peur	Refus de soins
La chine : [48]	80%	-	47%	-
Malaysia : [61]	83%	-	-	-
Ghana : [36]	90,5%	-	-	-
Madagascar[60]	-	60%	-	-
Jordanie [62]	-	-	75,2%	84%
L'état d'Ogun [20]	-	-	-	13%
Éthiopie [52]	-	-	-	97,2%
Notre série	85,84%	81,41%	1,76%	0,88%

11. Avertissement des parents avant d'effectuer un test de dépistage du VIH à leurs enfants :

Chez un enfant symptomatique, la réalisation d'un test de dépistage devra se faire après avoir contacté et consulté la personne qui s'occupe de l'enfant. Le consentement du parent ou de la personne qui s'occupe de l'enfant doit toujours être demandé en préalable au dépistage [15].

Au cours de notre travail, 87,61% des personnels ont déclaré la nécessité d'avertir les parents avant d'effectuer une sérologie VIH. Dans l'étude menée par OGA M et al. en Côte d'Ivoire, 12% du personnel de soins pédiatriques ont déclaré qu'ils avaient effectué ou prescrit un test VIH au moins une fois à un patient sans son consentement [63], dans une autre étude menée à New York par BHUSHAN V et CUSHMAN L, les trois quarts de l'échantillon pensent que les nouveau-nés à risque de VIH devraient être dépistés même si le consentement maternel n'est pas donné [31].

12. Avis des personnels sur l'isolement les enfants séropositifs :

Selon les précautions universelles, ce n'est pas nécessaire d'isoler les patients séropositifs sauf s'ils ont la tuberculose ou d'autres infections nécessitant un isolement [64].

Dans notre série, près d'un quart des répondants (23,89 %) pensent qu'il faut traiter isolement les enfants séropositifs. Ce résultat est supérieur à 16,9% rapporté par TRAORE B à Bamako [42], proche à 20% rapporté par HENTGEN V et al. à Madagascar [11], et inférieur à 78% mené par KERMODE M et al. en Inde [37] à 66% mené par KEVER RT à l'état de Borno[65], à 62,4% rapporté par FAKHER M en Égypte [41] et à 34,7% rapporté par ADEBAJO S et al. à l'état de Lagos [26]. Dans l'étude menée par AGHAMOLAEI T et al. à Iran, 52% étaient fortement en accord et 36% étaient en accord avec l'isolement des personnes vivants avec le VIH / SIDA dans un hôpital ou une clinique séparé [10]. En Arabie saoudite, 12% des infirmières et 6% des médecins ont affirmé que tous les patients atteints du SIDA étaient censés être en isolement aérien [66].

13. Information de l'entourage et des structures d'accueil (crèches, écoles, assistantes maternelles...) du statut de l'enfant :

Au cours de notre travail, 67,26% des personnels enquêtés ont signalé que le droit au secret doit être respecté, contre 30,09% des prestataires qui pensent que l'information de l'entourage et des structures d'accueil du statut de l'enfant est nécessaire.

Il n'existe aucune nécessité d'informer les membres d'une structure d'accueil de l'état sérologique de l'enfant, puisqu'il n'existe pas de mesure particulière à prendre ni pour l'enfant ni pour son entourage. Il est souhaitable d'informer le médecin traitant, après accord des parents, sur le suivi de l'enfant à la fois pour le bon déroulement des vaccinations mais aussi pour l'éventuel repérage à long terme d'évènements cliniques inhabituels, une information ne peut être donnée qu'avec l'accord des parents ou du responsable légal et en accord avec l'enfant s'il est informé et en âge de décider ; cette recommandation s'applique aussi au médecin scolaire [32], ainsi, le Code pénal marocain protège le droit à la vie privée et à la confidentialité. Il régit l'utilisation des secrets qui sont confiés aux agents de santé, en

interdit la publicité, et prévoit des sanctions pour ceux qui révèlent ces informations sans autorisation [59] .

Il est indispensable d'informer les agents de santé sur le droit des enfants à la confidentialité sur leur état de santé.

14. Réalisation d'un dépistage et d'un counseling pré/post test :

Le processus du dépistage comporte 5 étapes importantes étroitement liées [67]. La succession des différentes étapes dans l'ordre chronologique est représentée dans la figure ci-dessous :



Figure 46 : Les différentes étapes du test VIH.

La confidentialité doit être assurée tout au long du processus du dépistage.

Dans la culture anglo-saxonne, le terme de "counseling" est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter [68] c'est une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face.

Dans notre série 24,78% du personnel ont déclaré avoir déjà fait un dépistage du VIH à un enfant, parmi eux 57,14% ont fait un counseling pré ou post test, ce résultat est inférieur à celui d'OLARINOYE A et al. qui est de 95.5% [15], à celui de OGA M et al. qui est de 79% [63] et à celui de TRAORE B qui rapporte que 90,8% faisaient un counseling avant de donner la sérologie [42], proche de 61,5% rapporté par CISSE B [6] et du résultat de TASSENG Y qui rapporte que les counseling pré test et post test étaient effectués par respectivement 62,3% et 47,7% du personnel enquêté [9] .

Alors que 42,86% de nos enquêtés n'ont pas fait de counseling. Cela témoigne qu'une proportion non négligeable des dépistages est réalisée sans counseling. Des formations en counseling s'avèrent nécessaires afin de préparer l'enfant ou ses titulaires au diagnostic ainsi d'accroître les taux de dépistage précoce du VIH chez l'enfant.

IV. Avis du personnel pour améliorer la prise en charge du VIH :

La quasi-totalité (98,23%) du personnel interrogé a souhaité avoir une formation sur le VIH/SIDA.

L'intérêt à bénéficier de formation sur le VIH apparaît important pour tous les personnels de santé, y compris les personnels paramédicaux qui jouent un rôle fondamental dans la prise en charge de cette maladie par la réalisation des prélèvements et des tests de dépistage, l'administration et la distribution des traitements et l'éducation thérapeutique, cela suppose une bonne intégration dans ces formations afin d'améliorer cette prise en charge des enfants infectés par le VIH et de lutter contre la stigmatisation.



CONCLUSION



Les prestataires de santé jouent un rôle capital dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge du VIH, le niveau des connaissances et les pratiques du personnel soignant influence la qualité de cette prise en charge, d'où la nécessité de déceler les insuffisances, de sensibiliser et de bien former les prestataires de santé.

Notre étude a démontré que les agents de santé de l'hôpital mère-enfant du CHU Mohammed 6 ont besoin d'être informé sur les problèmes de prévention de la TME du VIH et d'améliorer leurs connaissances et leurs comportements en ce qui concerne :

- Les circonstances de découverte du VIH
- La PTME du VIH
- L'algorithme de diagnostic du VIH chez l'enfant
- Le protocole thérapeutique de l'infection rétrovirale chez l'enfant
- La prise en charge de l'enfant de mère séropositive
- Le protocole de la vaccination de l'enfant séropositif
- La prophylaxie au Cotrimoxazole
- Le counseling pré et post test
- Les moyens de prévention des AES et la conduite à tenir en cas d'AES.

Il est indispensable d'initier des formations continues et des programmes de sensibilisations pour améliorer les savoirs et les pratiques du personnel de santé car le taux des nouvelles infections pédiatriques au sein du CHU Mohammed VI est en augmentation et le diagnostic de l'infection au VIH se fait souvent tardivement.



ANNEXES



FICHE D'ENQUETE

Merci d'avance pour votre participation à cette étude portant sur « connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH/SIDA chez l'enfant des personnels de santé au sein du CHU Marrakech » (Ce questionnaire est anonyme)

Sexe : Masculin Féminin
 Age : 20-29 ans 30-39 ans 40-49 ans 50 ans et plus
 Catégorie : Chirurgien Médecin Sage-femme Infirmier(e)
 Service :
 Ancienneté dans le service : 1an 2ans 3ans 4ans 5ans et plus

1. CONNAISSANCE SUR le VIH/SIDA et la prise en charge.

1. La prévalence du VIH au Maroc à la fin du 2018 est estimée à :

21000 marocains (Adultes, enfants)	30000 marocains (Adultes, enfants)	10000 marocains (Adultes, enfants)	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Quels sont selon vous les signes évocateurs du VIH chez un enfant ?

Fièvre prolongée	Retard staturo-pondéral	poly adénopathies	Diarrhées chroniques	Tumeurs	Candidoses récidivantes	tuberculose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. L'infection au VIH de l'enfant est classée en combien de stade selon l'OMS ?

Deux stades	Trois stades	Quatre stades	Cinq Stades	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. On parle de transmission mère-enfant du VIH (Trans. Verticale) lorsqu'une mère séropositive transmet le VIH à son enfant pendant :

La grossesse	Le travail	L'accouchement	L'allaitement	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Quelles sont selon vous les autres modes de transmission du VIH à l'enfant ?

Matériel souillé	Toux	Transfusion sanguine	Piqures d'insecte	Abus sexuel	Contact physique	La piscine ou les toilettes communes	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. La confirmation de l'infection à VIH chez le Nourrisson/petit enfant repose sur :

Ac viraux chez le nourrissons <18mois	Ac viraux chez le nourrissons >18mois	PCR chez nourrissons <18mois	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Quand faut-il commencer un traitement ARV (antirétroviral) chez un enfant séropositif ?

seuls les enfants <5ans symptomatiques	seuls les enfants > 5ans avec CD4 ≤ 500	Tout enfant quel que soit CD4 ou stade OMS	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Le dépistage de l'infection à VIH chez la femme enceinte au Maroc :

Systematique	N'est pas systematique	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En absence de traitement ARV le taux de la transmission du VIH de la mère à son enfant peut aller de :

5-15%	15-45%	45-75%	75-100%	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Qu'il est le taux de transmission mère-enfant du VIH en cas de traitement ARV bien mené pendant la grossesse et prophylaxie de l'enfant ?

<1%	5-10%	10-15 %	15-20%	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. La prise en charge d'un nouveau-né de mère séropositive consiste à :

Evaluation de l'adaptation à la vie extra-utérine	Contre-indication à l'allaitement maternel	Diagnostic de l'infection ou de non infection à VIH	Prophylaxie ARV pendant 4 à 6 semaines	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Connaissez-vous les traitements ARV au Maroc ?

Oui	Non	Si oui	Citez 2 classes d'ARV :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Citez 2 molécules appartenant à chacune des classes citées ?
		

12. Le traitement ARV au Maroc :

Gratuit	Sur ordonnance	Non disponible	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Connaissance de la prophylaxie au Cotrimoxazole ?

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

14. La vaccination d'un nouveau-né séropositif :

Le BCG est indiqué	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Le Vaccin contre l'hépatite B est indiqué	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

II. ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL DE SANTE FACE AU VIH :

15. Formation reçue en PTME (prévention transmission mère-enfant) :

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

16. Selon vous le risque de contracter un VIH par AES (accident d'exposition au sang) est :

Elevé	Moyen	Faible	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Quelles sont les circonstances favorisant un AES ?

Projection du sang contaminé sur muqueuse (yeux ,bouche ...)	Piqûre ou coupure par objet souillée	Projection du sang sur les gants	Projection du sang contaminé sur peau lésée
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Quels sont selon vous les moyens de protection contre les accidents d'exposition au sang ?

.....

19. Utilisez-vous les moyens de prévention des AES lors des soins ?

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

20. Vous avez déjà eu un accident d'exposition au sang ?

Oui	Non	SI oui ↓	Avez-vous déclaré cet accident ?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

21. La déclaration de l'accident est-elle obligatoire ?

Oui	Non	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Que ferez-vous en cas d'accident d'exposition au sang d'un patient PVVIH ?

Interrompre le soin	Faire saigner la plaie	Nettoyer immédiatement la plaie à l'eau et au savon	Appliquer l'eau de javel pur	Appliquer l'eau de javel (1/10)	Désinfecter la plaie à l'alcool à 70° ou à la Bétadine	Contacter un médecin référent	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Que ferez-vous face un enfant avec VIH/SIDA ?

Peur	Soutenir	Absence de motivation	Refus de soins	Éduquer	Traiter /soigner
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Faut-il avertir les parents de l'enfant avant d'effectuer une sérologie VIH ?

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

25. Faut-il isoler les enfants séropositifs (en intra hospitalier) ?

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

26. L'information de l'entourage et des structures d'accueil (crèches, écoles, assistantes maternelles...) du statut de l'enfant est :

Nécessaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Le droit au secret doit être respecté	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

27. Avez-vous déjà dépisté un enfant ?

Oui	Non	SI oui ↓	Avez-vous fait un counseling pré/post test(parents)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

III. AVIS DU PERSONNEL POUR AMELIORER LA prise en charge DU VIH

28. Souhaitez-vous avoir une formation sur la prise en charge du VIH ?

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

29. Que suggérez-vous pour étendre la prise en charge du VIH à tous les services ?

.....



RÉSUMÉS



Résumé

Introduction : À l'instar de nombreux pays, le Maroc est confronté au fléau du VIH. Notre objectif à travers ce travail était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques ainsi que les besoins de formation du personnel de santé en matière du VIH/SIDA chez l'enfant.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique auprès des personnels de santé de l'hôpital mère-enfant du CHU Mohammed VI de Marrakech, menée du 03 février au 15 mars 2020. Les données ont été collectées à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme après consentement libre des participants.

Résultats : Au total, 113 professionnels de santé ont été interrogés. La majorité était de sexe féminin (61,95 %), l'âge moyen était de 31,88 ans \pm 5,76 ans. Plus de la moitié des prestataires avaient moins de 5 ans d'ancienneté dans le service (54,87%). Le personnel infirmier était le plus représenté (39,82%) dans notre enquête.

La majorité des enquêtés n'ont pas connu la prévalence du VIH au Maroc (66,37%). Les stades cliniques du VIH chez l'enfant selon l'OMS sont connus par seulement 23,01% des prestataires. Le travail et l'accouchement sont reconnus respectivement par seulement 18,5% et 33,6% des personnels enquêtés comme voie de TME du VIH. Les prestataires interviewés ont des défaillances sur le diagnostic du VIH chez l'enfant <18 mois par PCR avec 41,59% des réponses justes et sur le diagnostic du VIH chez l'enfant >18 mois par sérologie VIH avec 28,31% des réponses justes.

Seul 38,05% des prestataires ont connu la période d'initiation du TARV chez l'enfant. La proposition du dépistage du VIH chez la femme enceinte n'est pas systématique selon 53,98% des enquêtés. Seul 14,16% ont connu le taux de TME du VIH en absence d'une PTME et seul 40,71% ont connu le taux de TME en présence d'une PTME.

Il existe un besoin de formation sur la prise en charge du nouveau-né de mère séropositive. 89,3% et 92,04% des prestataires n'ont été pas à la mesure de citer respectivement

au moins 2 molécules et 2 classes thérapeutiques des TARV. 67,26% des personnels ignoraient la prophylaxie au Cotrimoxazol. Seul 7,96% ont reçu une formation sur la PTME du VIH.

Plus de la moitié des soignants (59,29%) ont exprimé avoir un risque élevé de contracter un VIH par AES. Parmi les interrogés, 69,03% ont eu un AES au cours de leur travail, mais seul 20,51% ont déclaré cet accident malgré qu'ils ont affirmé que la déclaration des AES est obligatoire (83,19%). La conduite à tenir en cas d'AES semble être insuffisamment connue.

La majorité des prestataires ont exprimé un comportement favorable face à un enfant séropositif au VIH.

Parmi les soignants qui ont réalisé un dépistage du VIH chez un enfant, 57,14% n'ont pas fait de counseling pré ou post test. Le besoin de formation sur le VIH est partagé par tout le personnel.

Notre étude a montré que les médecins et les agents de santé qui avaient passé moins de 5 ans dans le service étaient plus susceptibles d'avoir une bonne connaissance sur le VIH chez l'enfant.

Conclusion : La présente étude attire l'attention sur l'importance des actions d'information et de formations continues sur le VIH au profit de l'ensemble du personnel soignant de l'hôpital mère-enfant du CHU Mohammed 6.

Abstract

Introduction: Like many other countries, Morocco is as well facing the scourge of HIV. The objective of this work is to assess the knowledge, attitudes and practices as well as the training needs of healthcare workers regarding HIV / AIDS in children.

Materials and Methods: We carried out a cross-sectional study with a descriptive and analytical aim among the healthcare staff of the Mother-and-Child Hospital of the Mohamed VI University Hospital of Marrakesh over the period from February 3rd to March 15th 2020. The data were collected using an anonymous self-completed questionnaire after free consent of the participants.

Results: A total of 113 health professionals responded to the questionnaire. The majority of them were females (61.95%) and the average age was 31.88 ± 5.76 years. More than half of the respondents had less than 5 years of seniority in the department (54.87%). Nurses were the most represented worker category (39.82%) in our survey.

The majority of the respondents did not know the prevalence of HIV in Morocco (66.37%). The WHO stages of HIV in children were known by only 23.01% of the participants. Labor and delivery were recognized by only 18.5% and 33.6% of staff, respectively, as a route of mother-to-child transmission (MTCT) of HIV. The surveyees had deficient information about the diagnosis test of HIV in children less than 18 months old, which is PCR, with 41.59% of correct answers as well as the diagnosis test in children more than 18 months old, which is HIV serology, with only 28.31% of correct answers.

Only 38.05% of the participants were aware of the antiretroviral therapy (ART) initiation period in children. Offering HIV testing in pregnant women was not systematic according to 53.98% of respondents. Only 14.16% knew the rate of MTCT of HIV in the absence of prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) and only 40.71% were aware of MTCT rate in the presence of PMTCT.

There is a need for training in managing newborns born to HIV-positive mothers. In fact, 89.3% and 92.04% of respondents were unable to cite at least 2 molecules and 2 therapeutic classes of ART, respectively. 67.26% of participants have no knowledge of Cotrimoxazol prophylaxis. Only 7.96% have received training in PMTCT of HIV.

More than half of caregivers (59.29%) believed to have a high risk of contracting HIV from accidental exposure to blood (AEB). Among those questioned, 69.03% had had an AEB at work, but only 20.51% reported them despite affirming that reporting AEBs is obligatory (83.19%). Actions to be taken in case of an AEB seem to be insufficiently known.

The majority of providers have expressed supportive behavior towards an HIV-positive child.

Among caregivers who had tested a child for HIV, 57.14% did not do pre- or post-test counseling. The need for training in HIV is shared by all staff.

Our study showed that doctors and health workers who had spent less than 5 years in the department were more likely to have good knowledge about HIV in children.

Conclusion: This study draws attention to the importance of information and continuous education on HIV for the benefit of all healthcare staff of the Mother-and-child Hospital of the Mohamed VI University Hospital.

ملخص

مقدمة: تشكل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية قضية من قضايا الصحة على الصعيد الوطني والعالمي، هدفنا من خلال هذا العمل هو تقييم المعارف والمواقف والممارسات، وكذلك جرد الاحتياجات التدريبية لمهنيي الصحة فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز لدى الأطفال.

أدوات ومناهج الدراسة: قمنا بدراسة مقطعية، ذات طبيعة وصفية وتحليلية لدى مهنيي الصحة بمستشفى الأم والطفل بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش، أجريت في الفترة ما بين 3 فبراير إلى 15 مارس 2020، تم جمع المعلومات باستخدام استمارات ذاتية لم يسم أصحابها بعد موافقة حرة للمشاركين.

النتائج: شارك في هذه الدراسة 113 مستجوبا، غالبيتهم من الإناث (61.95 في المائة)، وكان متوسط العمر هو 31.88 ± 5.76 سنة، ما يزيد عن نصف المشاركين لديهم أقل من 5 سنوات من الأقدمية في الخدمة (54.87 في المائة)، شكل الممرضون الفئة الأكثر تمثيلاً في استطلاعنا (39.82 في المائة).

غالبية الذين تم استجوابهم لم يتمكنوا من معرفة نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في المغرب (66.37 في المائة)، نسبة قليلة فقط من المهنيين (23.01 في المائة) تمكنوا من معرفة المراحل السريرية للفيروس عند الأطفال حسب منظمة الصحة العالمية.

أشار فقط (18.5 في المائة) و (33.6 في المائة) إلى دور المخاض ثم الولادة في انتقال العدوى من الأم إلى الطفل.

إن المستوى المعرفي للمستجوبين يبدو ضئيلاً فيما يتعلق بتشخيص فيروس نقص المناعة البشرية لدى الأطفال، حيث أشار (31.28 في المائة) فقط من المهنيين إلى التشخيص الإيجابي على الأمصال للأطفال فوق 18 شهرا بينما أشار (41.59 في المائة) فقط إلى التشخيص عن طريق تفاعل البوليميراز بالنسبة للأطفال دون سن 18 شهرا.

تمكن فقط (38.05 في المائة) من مهنيي الصحة من معرفة فترة بدء تلقي العلاج المضاد لفيروس نقص المناعة البشرية للأطفال.

يعتبر الكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية عند النساء الحوامل إجراءً غير منهجي حسب (53.98 في المائة) من المستجوبين، تمكن فقط (14.16 في المائة) من الأشخاص من معرفة معدل انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل

في غياب الوقاية، وتمكن (40.7 في المائة) فقط من معرفة معدل انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل مع اتخاذ إجراءات للوقاية من الانتقال العمودي للفيروس.

يحتاج مهنيو الصحة المستجوبون إلى تكوين يتعلّق برعاية الأطفال المولودين من أمهات مصابات بالفيروس. لم يتمكن (89.3 في المائة) و (92.04 في المائة) من المستجوبين من معرفة جُزئيين وفئتين على التوالي على الأقل من العلاج المضاد للفيروسات القهقرية. كما لم يتمكن (67.26 في المائة) منهم من معرفة الوقاية بالكوتريموكسازول.

فقط (7.96 في المائة) تلقوا تدريباً حول الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل.

أعرب أكثر من نصف مقدمي الرعاية (59.29 في المائة) عن وجود مخاطر عالية للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أثناء مزاوله عملهم. تعرض (69.03 في المائة) لحادث تعرّض للدم، لكن (20.51 في المائة) منهم فقط من أعلنوا عن هذا الحادث بالرغم من إقرارهم بضرورة الإعلان عن حوادث التعرّض للدم (83.19 في المائة).

يبدو أن ما يجب القيام به في حالة حادث التعرّض للدم غير معروف بشكل كاف من قبل المستجوبين.

أعرب غالبية المستجوبين عن سلوك جيد تجاه الطفل المصاب بفيروس نقص المناعة البشرية.

(57.14 في المائة) من مقدمي الرعاية الصحية الذين قاموا باختبار الكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية

عند طفل مصاب لم يقوموا باستشارات قبل أو بعد الاختبار. أعرب غالبية المستجوبين عن حاجتهم إلى تداريب حول فيروس نقص المناعة البشرية.

أظهرت دراستنا أن الطاقم الطبي ومهنيي الصحة ذوي أقدمية أقل من 5 سنوات لهم معرفة جيدة بفيروس نقص المناعة البشرية لدى الأطفال أكثر من غيرهم.

الخلاصة: تلقت هذه الدراسة إلى أهمية التداريب المستمرة حول فيروس نقص المناعة البشرية لصالح جميع

مهنيي الصحة بمستشفى الأم والطفل بالمركز الاستشفائي الجامعي بمراكش.



BIBLIOGRAPHIE



1. Organisation mondiale de la santé.

VIH/sida. [30 novembre 2020]. Disponible sur : (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>) .

2. ONUSIDA.

Fiche d'information 2020_dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida.
Disponible sur : (<https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>)

3. Ministère de la santé Maroc.

Situation épidémiologique et progrès de la riposte au Sida niveau national.
Disponible sur :

(<https://www.sante.gov.ma/Documents/2019/VIH/Situation%20%C3%A9pid%C3%A9miologique%20et%20progr%C3%A8s%20de%20la%20riposte%20au%20Sida.pdf>)

4. Ministère de la santé Maroc.

Plan national d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale.
Disponible sur :

(<https://www.sante.gov.ma/Documents/2019/VIH/Plan%20national%20d%E2%80%99%C3%A9limination%20de%20la%20transmission%20m%C3%A8re-enfant%20.pdf>)

5. Ministère de la santé Maroc.

Guide national du dépistage à visée diagnostic de l'infection à VIH ; Novembre 2019.
Disponible sur : (<https://www.sante.gov.ma/Publications/Guides-Manuels/Pages/default.aspx>)

6. Cisse B.

Connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH chez les agents de santé de l'hôpital, du CSREF et des CSCOM de la ville de Gao.
Faculté de Pharmacie (FAPH) de Bamako 2018.

7. Sangare B.

Connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH chez les praticiens hospitaliers du CHU Gabriel Touré.
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako 2014.

8. Nkwabong E, Nguel R M, Kamgaing N and Keddi Jippe A S.

Knowledge, attitudes and practices of health personnel of maternities in the prevention of mother-to-child transmission of HIV in a sub-Saharan African region with high transmission rate: some solutions proposed.

BMC Pregnancy and Childbirth 2018, vol. 18, no. 227, pp.1-6.

9. Tasseng Y.

Connaissances, attitudes et pratiques des praticiens hospitaliers sur la prise en charge du VIH au CHU du point G.

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako 2013.

10. Aghamolaei T, Tavafian S · Hasani L, Zare S

Attitudes of Healthcare Providers towards Patients with HIV/AIDS in Bandar Abbas IRAN.

Arch Iranian Med 2009, vol.12, no.3, pp. 298 - 301.

11. Hentgen V. Jaureguiberry S. Ramiliarisoa A. Andrianantoandro V, Belec M.

Knowledge, attitude and practices of health personnel with regard to HIV/AIDS in Tamatave (Madagascar).

Bull Soc Pathol Exot 2002, vol.95, no.2, pp.103-108.

12. Mbou Essie DE, Ndziessi G, Ndinga H, Niama A, Mpandzou GA, Oyere G, Ibara JR.

Preventing mother to child transmission of HIV: knowledges attitude and practices of antenatal care providers in Talangai health district (Brazzaville).

Health Sci. Dis 2020, vol.21, no.2, pp 118-122.

13. Arisegi S.A, Awosan K.J, Abdulsamad H, Adamu A.H, Isah M.B and Mora S.

Knowledge and Practices Regarding Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV among Health Workers in Primary Healthcare Centers in Sokoto, Nigeria.

International STD Research& Reviews 2017, vol.6, no.3, pp 1-9.

14. Aishat U and Olubunmi A

Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV/AIDS: Perception of Health Care Workers in Rural Areas of Oyo State.

Hindawi Publishing Corporation Scientifica vol.16, no.7, pp.1-5.

15. Olarinoye AO, Adesina KT, Adesiyun OO, EzeokeGG, Ijaiya MA.

Knowledge and practices of PMTCT among health care providers in private hospital in ilorin, nigeria. Trop J Obstet Gynaecol 2014, vol.31, no.1, pp.39-49.

16. Nkole T.

Knowledge, Attitudes and Practices on Prevention of Mother to Child transmission of HIV among Health Care Providers at the University Teaching Hospital and in Lusaka Urban Clinics.

17. Manuel sur le sida Pédiatrique en Afrique.

Disponible sur : https://www.anecca.org/wp-content/uploads/2017/12/FR-HIV-in-Africa_web.pdf

18. OMS 2016.

Transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Disponible sur : <https://www.who.int/hiv/topics/mtct/fr/>

19. Diaby A.

Connaissance attitude et pratique des prestataires de soins sur la prévention de la transmission mère - enfant du VIH dans les sites PTME de la commune VI du district de Bamako.

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie 2018.

20. Sadoh AE, Fawole AO, Sadoh WE, Ladimeji AO, and Sotiloye OS.

Attitude of health-care workers to HIV/AIDS.

Afr J Reprod Health 2006, Vol.10, No.1, pp.39-46.

21. Som P, Bhattacharjee S, Guha R, Basu M, Datta S.

A Study of Knowledge and Practice among Nurses Regarding Care of human immunodeficiency virus Positive Patients in Medical College and Hospitals of Kolkata, India.

Annals of Nigerian Medicine 2015, Vol.9, no.1, pp.15–19.

22. Hesketh T, Duo L, Li H, Tomkins AM.

Attitudes to HIV and HIV testing in high prevalence areas of: Informing the introduction of voluntary counselling and testing programmes.

Sex Transm Infect 2005, vol.81, pp.108–112.

23. Okike O, Jeremiah I, Akani C.

Knowledge, Attitude and Practice of General Medical Practitioners in Port Harcourt Towards the Prevention of Mother–To–Child Transmission of HIV.

The Nigerian Health Journal 2011, vol. 11, no 3, pp.79–82.

24. Haffejee F, Ports KA, Mosavel M.

Knowledge and attitudes about HIV infection and prevention of mother to child transmission of HIV in an urban, low income community in Durban, South Africa: Perspectives of residents and health care volunteers.

Health SA Gesondheid 2016, Vol.21, pp.171–178.

25. Djadou KE, Koffi KS, Saka B, Tépé EM, Vinyo DK, Tatagan–Agbi K.

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.

Med Trop 2011, vol.71, No.6, pp. 608–612.

26. Adebajo SB, Bamgbala AO, Oyediran MA.

Attitudes of health care providers to persons living with HIV/AIDS in Lagos State, Nigeria.

Afr J Reprod Health 2003, vol.7, no.1, pp.103–12.

27. Ashipa T, Ofili A.N, Onakewhor J, Adejumo AO.

Health Workers' Knowledge of Preventing Mother-To-Child Transmission of HIV in Benin City, Edo State, Nigeria.

Journal of Community Medicine and Primary Health Care. Vol.29, no.1, pp.1-10.

28. Lignes directrices unifiées Relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour Le traitement et la prévention de l'infection à VIH-Dernières informations.

Novembre 2015.

Disponible sur : <https://www.who.int/hiv/pub/arv/policy-brief-arv-2015/fr/>

29. Awambeng DN.

knowledge, attitude and practice of healthcare providers on PMTCT of HIV in Bamenda health district.

The journal of Medicine and Health Sciences 2015. Disponible sur :
[_____](#)).

30. OMS.

Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH juillet 2015.

Disponible sur : (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/>)

31. Bhushan V & Cushman LF.

Paediatric AIDS: Selected attitudes and behaviours of paediatricians in New York City hospitals.

AIDS Care 1995, vol.7, no.1, pp.27-34.

32. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH.

Désir d'enfant et grossesse. Mai 2018.

Ce document est disponible sur : (<https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>)

33. Prise en charge intégrée des problèmes du nouveau-né 2016.

Disponible sur :

34. Ministère de la santé Maroc.

Situation épidémiologique du VIH chez l'enfant. Novembre 2020.

35. Hortence FJ, Achille NN, Jovanny FT, Florent FY, Robinson M.

Knowledge, attitudes and practices of labor room providers about prevention of mother to child transmission of HIV in district hospitals and health centers of Yaoundé.

Health Sci. Dis 2016, vol.17, no.4, pp.47-52.

36. Boakyeab DS, Mavhandu Mudzusic AH.

Nurses knowledge, attitudes and practices towards patients with HIV and AIDS in Kumasi, Ghana.

International Journal of Africa Nursing Sciences 2019.

Doi: [org/10.1016/j.ijans.2019.05.001](https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.05.001)

37. Kermode M, Holmes W, Langkham B, Thomas MS & Gifford S.

HIV-related knowledge, attitudes & risk perception amongst nurses, doctors & other healthcare workers in rural India.

Indian J Med Res 2005, 122(3):258-64.

38. Mourabiti H.

Connaissances et attitudes des personnels de santé du CHU Hassan II de FES vis-à-vis les Accidents d'Exposition au Sang.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, thèse n° : 220/2017.

39. 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.

Journal of advanced nursing 2009, vol.65, no.5, 1061-1073.

40. Kocić B, Petrović B, Bogdanović D, Jovanović J, Nikić D, Nikolić M.

Professional risk, knowledge, attitudes and practice of health care personnel in Serbia with regard
to HIV and AIDS. http://www.widate.gov.ma/Documents/2018/01/Guid_PEC_NNE_Hopital_11Nov17.pdf

Cent Eur J Public Health 2008,16 (3): 134-137.

41. Fakher MH, Mahmoud SR, Khalf3 FR.

Knowledge and Attitudes of Health Care Team towards AIDS Patients at Assiut Fever Hospital.

Scientific Nursing Journal 2020. Vol.8, No.21, pp. (46 -66).

42. Traore DB.

Accident d'exposition au sang (cas VIH/sida) chez le personnel sanitaire de la commune v du
district de Bamako.

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako 2008.

43. Moguena SD, Bouskraoui M.

Evaluation de l'état de connaissances des infirmiers en matière des accidents d'exposition au sang
(AES) Marrakech.

Faculté de Médecine et de Pharmacie Marrakech 2010. Thèse n° 118.

44. Tiago J.

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel médical impliqué dans les soins de base au
CHU du point g face aux accidents d'exposition au sang.

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako, 2014.

45. Azzouzi Y, EL Bakkali M, Khadmaoui A, Thami Ahami AO, and Hamama S.

Occupational exposure to blood among health-care workers: knowledge, attitude, practice and
prevention of the Gharb region in Morocco.

International Journal of Innovation and Applied Studies 2014. vol.7, no.2, pp. 557-570.

46. Jovic–Vranes A, Jankovic S, Vukovic D, Vranes B and Miljus D.

Risk perception and attitudes towards HIV in Serbian health care workers.
Occup Med 2006, vol.56, no.4, pp.275–278.

47. Marranzano M, Ragusa R, Platania M, Faro G, Coniglio MA.

Knowledge, attitudes and practices towards patients with HIV/AIDS in staff nurses in one university hospital in Sicily.
Epidemiology, Biostatistics and Public Health 2013, vol.10, no.1, pp. 1–6.

48. Wu Q, Xue XF, Shah D, Zhao J, Hwang LY, and Zhuang G.

Knowledge, Attitude, and Practices Regarding Occupational HIV Exposure and Protection among Health Care Workers in China: Census Survey in a Rural Area.
J Int Assoc Provid AIDS Care 2016, vol.15, no.5, pp. 363–369.

49. Azap A, Ergönül O, Memikoğlu KO, Yeşilkaya A, Altunsoy A, Bozkurt GY, Tekeli E.

Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey.
Am J Infect Control 2005, vol.33, no.1, pp.48–52.

50. Bareki P, Tenego T.

Assessment of knowledge, attitudes and practices of HIV post exposure prophylaxis among the doctors and nurses in Princess Marina Hospital, Gaborone: a cross–sectional study.
Pan African Medical Journal 2018, vol.30, no.233, pp.1–11.

51. Cvejanov–Kezunović L, Mustajbegović J, Milošević M and Čiviljak R.

Occupational exposure to blood among hospital workers in Montenegro.
Arh Hig Rada Toksikol 2014, vol.65, no.3, pp.273–280.

52. Habib E, Baye F, Awole S, Abebe MS.

Assessment of knowledge, attitude & practice of health professionals towards post exposure prophylaxis of HIV/AIDS in Woldia General Hospital, Woldia, North-Eastern Ethiopia.

International Journal of Healthcare Technology and Management 2018, vol.8, no.1, pp.1-10.

53. El Guazzar A.

Les accidents d'exposition au sang à l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V : connaissances, attitudes et pratiques du personnel infirmier Année 2008.

Thèse doctorat médecine, Rabat ; 2009, n°92.

54. Asseray n, Alfandari s, Vandebussche C, Guery B, Parent K, Georges H, Leroy O.

Analyse des pratiques et connaissances sur les accidents d'exposition au sang.

Méd Mal Infect.1998 ; 28 :612-7.

55. Lahuerta M, Selenic D, Kassa G, Mwakitoshia G, Hokororo J, Ngonyani H, et al.

Reporting and case management of occupational exposures to blood-borne pathogens among healthcare workers in three healthcare facilities in Tanzania.

J Infect Prev 2016, vol. 17, no. 4, pp. 153-160.

56. Kassa G, Selenic D, Lahuerta M, Gaolathe T, Liu Y, Letang G, Courtenay-Quirk C et al.

Occupational exposure to bloodborne pathogens among health care workers in Botswana: Reporting and utilization of postexposure prophylaxis.

Am J Infect Control 2016, vol.44, no. 8, pp. 879-885.

57. Le Groupe d'Étude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES).

Que faire en cas d'AES - GERES [Cité 18 nov. 2019].

Disponible sur : (<https://www.geres.org/que-faire-en-cas-daes/>)

58. Journée mondiale de lutte contre le sida 2017 : Réalisations et perspectives. Zéro stigmatisation, 100% dignité.

Ce document est disponible sur :

(<https://www.sante.gov.ma/Documents/2017/11/JMS%202017%20BROCHURE%20fr.pdf>)

59. Stratégie nationale sur les Droits Humains et le VIH/Sida 2018–2021.

Ce document est disponible sur :

<https://www.sante.gov.ma/Publications/GuidesManuels/Pages/default.aspx>

60. Randriatsarafara F.

Attitude discriminatoire du professionnel de santé vis-à-vis de personnes vivantes avec le virus de l'immunodéficience humaine à Antananarivo.

Rev Med Madagascar 2012, vol.2, no 1, pp 95–104.

61. Knussen C, and Niven CA.

HIV/AIDS and health care workers: contact with patients and attitudes towards them.

Psychol Health 1999, vol. 14, no. 3, pp.367–378.

62. Hassan Z, & Wahsheh M.

Knowledge and Attitudes of Jordanian Nurses towards Patients with HIV/AIDS: Findings from a Nationwide Survey.

Issues in Mental Health Nursing, vol. 32, no. 12, pp. 774–784.

63. Oga MA, Ndongki C, Brou H, Salmon A, Bosse–Amani C, Timite–Konan M, Leroy V.

Attitudes and Practices of Health Care Workers Toward Routine HIV Testing of Infants in Côte d'Ivoire.

J Acquir Immune Defic Syndr 2011; 57: S16–S21.

64. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

LE MANUEL MSD. Version pour professionnels de la santé.

Disponible sur : (<https://www.msdmanuals.com/fr/professional>)

65. Kever RT, Mohammed EF, Martins SD, Afolabi O and Bulama KU.

Knowledge, attitudes and practices of nurses on prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of human immuno-deficiency virus (HIV) in State Specialist Hospital, Maiduguri, Borno State.

International Journal of Nursing and Midwifery 2016, vol.8, no.2, pp. 12-17.

66. Al-Owais A, Al-Abdullah MS, Al-Othman AF.

Knowledge and Attitude of Health Care Workers Toward Human Immunodeficiency Virus Infection in King Abdulaziz Medical City.

Advances in Infectious Diseases 2015, vol.5, no.2, pp 87-93 .

67. Guide de dépistage de l'infection à VIH dans la région du Maghreb ; Mars 2018.

Disponible sur :

(<https://www.alcs.ma/1366-guide-de-depistage-de-linfection-a-vih-dans-la-region-du-maghreb>).

68. VIH counseling.

Les bases du counseling.

Disponible sur : (<http://counselingvih.com/fr/definition/definitions.php>)

قسم الطيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي،

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها، في كل الظروف والأحوال، باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر محورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد، لل صالح والطالح والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان.. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختا لكل زميل في المهنة الطبية، متعاونين على البر والتقوى. وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

**معارف ومواقف وممارسات مهنيي الصحة بالمركز
الاستشفائي الجامعي بمراكش اتجاه فيروس نقص المناعة
البشرية/الإيدز لدى الأطفال**
الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/03/31
من طرف

السيدة **فاطمة بنعريشة**
المزودة في 29 نونبر 1993 بإنزكان
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

الطفل- فيروس نقص المناعة البشرية- السيدا- معارف-مواقف -ممارسات- مهنيي الصحة

اللجنة

الرئيس

م. بوسكراوي

السيد

أستاذ في طب الأطفال

المشرف

ن. راضي

السيد

أستاذ في طب الأطفال

الحكام

ن. الطاسي

السيدة

أستاذة في الأمراض التعفنفة

م. بوالروس

السيد

أستاذ في طب الأطفال