



Article Original

Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH : Connaissances et Attitudes des Personnels du District Sanitaire de Talangai (Brazzaville)

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

*^o Mbou Essie D.E, * Ndziessi G, *^oH Ndinga, * Niama A, * Mpandzou GA, ^o Oyere G, * Ibara J R.

RÉSUMÉ

Introduction. La Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) demeure un défi majeur de santé publique au Congo, car les taux de dépistage du VIH et de traitement antirétroviral chez la femme enceinte restent bas : 21% et 19%. L'étude vise l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des personnels de CPN et d'accouchement afin d'améliorer le dépistage du VIH chez les femmes enceintes dans le district sanitaire de Talangai. **Méthodes.** Enquête transversale multicentrique menée dans le district sanitaire de Talangai en mars 2016 ; 94 personnels interrogés sur leur CAP sur la PTME. -La connaissance des personnels sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant et les moyens de la PTME a été catégorisée en : niveau acceptable et non acceptable ; la proposition de test de dépistage aux patientes en : « systématique à toute patiente » et « non systématique ». Le CHI2 ou de Fisher a servi à comparer les proportions avec p fixé à $p < 0,05$. **Résultats.** 14,9% des personnel avaient un niveau de connaissance de la PTME acceptable, proportion significativement plus élevée chez les médecins ($p=0,001$). La participation à une formation sur la PTME n'a pas influencé le niveau de connaissance. Soixante-deux virgule huit pourcent des personnels oubliaient de prescrire le test VIH, 26,6% affirmaient prescrire ce test à toute gestante. La prescription du test était liée au grade médecin ($p=0,001$) et une ancienneté de 6 ans ou plus ($p=0,01$). **Conclusion.** La majorité avait une connaissance non acceptable sur la PTME, la proposition du test de dépistage du VIH aux gestantes non systématique. Les formations n'ont pas eu d'impact sur la connaissance en PTME. L'amélioration de connaissance et d'attitudes sur la PTME est nécessaire.

ABSTRACT

Background. In Congo transmission mother to child of HIV is a main public health issue. The rate of antenatal testing and antiretroviral treatment for pregnant women is 21 and 19 percent, lower than other countries like Zambia or Botswana. To arise up the scale of antenatal HIV testing of pregnant women the care health providers need good knowledge, attitudes, and practices. The study aimed to assess the level of knowledge, attitudes, and practices on preventing mother to child transmission of HIV, among maternal health care providers. **Method.** This was a transversal multicentric study performed in Talangai health district. Ninety- four antenatal care providers were interviewed about their knowledge, attitudes and practices about mother to child transmission of HIV and its prevention include HIV testing pregnant women. The level of knowledge was qualified as "acceptable" or "non-acceptable". The evaluation of practice was based on HIV test prescription; the two answers were "to each pregnant" or "sometimes". **Results.** Only 14,5% of antenatal care providers had an "acceptable level" of knowledge on MCT of HIV, "acceptable" level of knowledge was most frequent among gynecologists than midwives ($p=0,001$). Attending to seminary or lecture focused on prevention of MCT of HIV was not associated to a greater knowledge score. Twenty-six-point nine percent systematically prescribe the HIV testing (vs 73,4%). Most of them were a gynecologist or had at least 6 years as professional duration. **Conclusion.** The most antenatal care providers had a poor level of knowledge of MCT of HIV. Prescription HIV testing was not systematically done for each pregnant. Knowledge level was not linked to attending to MCT of HIV formation. Increasing the antenatal HIV testing while antenatal care needs to implement the effective actions in Talangai health district as relevant seminars, providing the HIV-test settings.

* Faculté des sciences de la santé/Université Marien Ngouabi.
^oService de gynécologie-obstétrique/Hôpital de Talangai.

Auteur correspondant

MBOU ESSIE DARIUS ERYX,
Gynécologue-obstétricien/MPH
développement des RH Santé /
Intervention en promotion de la
Santé.

Tel (00242)05489667/068241945

Mail :

eryxdarius40@gmail.com/dariuseryx42@gmail.com

Mot- clés : PTME. VIH. CAP. CPN.
Brazzaville.

Keys-words: MCT. HIV-testing.
Knowledge attitudes and Practices.
Antenatal-care. Brazzaville.

INTRODUCTION

L’Afrique sub-saharienne reste la région la plus touchée par la pandémie du VIH/SIDA avec 70% de toutes les personnes vivant avec VIH (1,2). Certains pays comme le Botswana, Ghana, Namibie et la Zambie sont déjà parvenus à fournir des médicaments antirétroviraux à 90% des femmes enceintes vivant avec le VIH, avec une nette réduction du taux de transmission du VIH de la mère à l’enfant entre 2009 et 2012 (3). Le Congo n’enregistre pas des progrès en matière de couverture de services de prévention antirétrovirale pour les femmes enceintes et leurs bébés : seules 21% des femmes enceintes ont été dépistées pour le VIH ; 19% des femmes enceintes séropositives ont bénéficié d’un traitement antirétroviral (ARV) (5) avec moins de 50% de couverture (3). La consultation prénatale représente l’opportunité d’offrir des services de prévention antirétrovirale aux femmes enceintes et leurs futurs bébés en vue d’atteindre la cible « Zéro nouvelle infection à VIH chez les enfants et leurs mères sont en vie et en bonne santé » de la stratégie de l’ONUSIDA 2016-2021 (4). Un rapport d’évaluation de la PTME au Congo en 2014 rapporte que seules. Ce qui contraste avec des taux de consultation prénatale (CPN) et d’accouchement en établissement de santé atteignant respectivement 93% et 99% à Brazzaville (6,7). Cette étude qui visait de déterminer le niveau de connaissance des personnels de santé sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant (PTME) et d’Identifier les facteurs associés à la connaissance de la PTME et à la prescription du test de dépistage du VIH aux parturientes et accouchées récentes par les personnels de santé.

PATIENTS ET MÉTHODES

Ce travail est une enquête transversale descriptive basée sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (C.A.P) des personnels de CPN et d’accouchement relatives à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant. Elle s’est déroulée de février à mars 2016 dans les 4 centres de santé publiques fonctionnels du district sanitaire de Talangaï : Fleuve Congo, Maman Mboulé, Marien Ngouabi, Intendance et la maternité de référence. Le district sanitaire de Talangaï dessert un quart de la population de Brazzaville (recensement général de la population et de l’habitat au Congo/2009). L’effectif du personnel chargé d’accouchement et de CPN a été de 110 agents dans la période de l’étude. En tout 94 (85,4%) agents répondants ont été recrutés (questionnaire complètement rempli sur les items : connaissance sur la PTME et la demande du test de dépistage du VIH chez les patientes). Ces personnels ont été interrogés à travers un questionnaire non standardisé contenant des questions sur : la connaissance des modalités de transmission du VIH de la mère à l’enfant et les moyens de sa prévention, l’estimation et l’appréciation de la séroprévalence au Congo, l’attitude et la pratique de prescription du test aux femmes enceintes.

Quatre groupes de variables ont été étudiées : (i) les caractéristiques principales (grade, ancienneté, et

participation à une formation continue sur la PTME). (ii) Les connaissances de la PTME ont porté sur la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au Congo, les modalités de la TME et les moyens de la PTME. Elle a été classée en deux modalités : « acceptable » dès que le personnel a évoqué la contamination transplacentaire et sanguine lors de l’accouchement d’une part et le rôle du traitement ARV pendant la grossesse et au nouveau-né dès l’accouchement d’autre part. Elle a été « non acceptable » le cas échéant.

(iii) Les attitudes ont porté sur la croyance en une obligation légale de proposer le test de dépistage du VIH aux gestantes. L’attitude était « bonne » quand le personnel était « convaincu de l’obligation légale de prescrire le test » le cas échéant elle était « mauvaise ».

(iv) La pratique a porté sur l’affirmation de la proposition du test de dépistage du VIH aux gestantes. Les motivations y relatives ont été ensuite recherchées. A partir de la question « Prescrivez-vous le test systématiquement à toute femme qui vient en CPN ? ». La pratique était considérée « bonne » si la réponse était à « toute femme » et « mauvaise » pour toute autre réponse à savoir : parfois, souvent ou jamais.

Les données ont été codées et saisies dans le logiciel Epi info 3.5.4. Les mesures récapitulatives habituelles ont été calculées. Pour comparer les proportions de variables qualitatives le test de chi-2 a été utilisé ou le test exact de Fisher en cas d’effectif inférieure à cinq. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

RESULTATS

Caractéristiques principales du personnel

Les caractéristiques principales des personnels sont résumées dans le tableau 1; la moyenne de l’ancienneté était de 7ans (extrêmes 0 et 22 ans), celle du nombre de participation à une formation sur la PTME par individu a été de 2,3 (extrêmes 1 et 10).

Tableau 1 : Caractéristiques principales des personnels(N=94)

	n	%
Centre de santé		
Maternité de référence	44	46,8
Fleuve Congo	07	7,5
Mama Mboulé	13	13,8
Marien Ngouabi	24	25,5
Intendance	06	6,4
Grade/profession		
Médecin	07	7,5
Sage-femme	77	81,9
Autres	10	10,6
Ancienneté		
6 ans +	52	55,3
0-5ans	42	44,7
Participation à un séminaire/Formation sur la PTME		
A déjà participé	23	24,5
N’a jamais participé	71	75,5

Niveau de connaissance de la PTME.

Parmi les 94 agents de santé aucun ne connaissait l’estimation de la séroprévalence du VIH chez les

gestantes au Congo : 24,5% avaient avancé un chiffre inexact et 75,5% déclaraient ne pas le savoir. Seuls 17% l'avaient jugée très élevée, pour le reste elle était peu élevée ou faible.

Connaissances des modalités de la TME et des moyens de la PTME.

Respectivement 100% et 98,9% des personnels savaient qu'une mère infectée pouvait transmettre le VIH à son futur bébé et que le prévenir était possible. Pour les modalités de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et ses moyens de prévention, 14,9% avaient une connaissance acceptable, elles ont évoqué la contamination pendant la grossesse, l'accouchement et l'administration des ARV en pré partum et au nouveau-né.

Le niveau de connaissance sur la PTME a été comparé en fonction du : grade, ancienneté et la participation à une formation sur la PTME. La proportion du personnel avec une connaissance acceptable de la PTME était significativement importante chez les médecins (tableau 2. p=0,001).

Tableau 2 : type de connaissance en fonction du grade, ancienneté et participation à un séminaire sur la PTME

	Acceptable	Non acceptable	Total	
	N (%)	N (%)		p
Grade /Profession				0,000**
Médecin	07 (100)	0 (0)	07(100)	
Sage-Femme etc.	07 (8)	80 (92)	87(100)	
Ancienneté				0,002°
6 ans +	13 (25)	39 (75)	52(100)	
0-5 ans	1 (2.3)	41 (97.7)	42(100)	
Participation à un séminaire sur la PTME				0,3°
A déjà participé	5 (21.7)	18 (78.3)	23(100)	
N'a jamais participé	9 (12.7)	62 (87.3)	71(100)	

** significatif, °non significatif

Attitudes et pratiques de prescription du test de dépistage du VIH gestantes et parturientes

Parmi les enquêtés 87,2% (82/94) étaient convaincus qu'il y'avait une obligation légale à proposer systématiquement le test de dépistage du VIH à toute gestante. Dans leur pratique 26,6% (25/94) affirmaient qu'ils proposaient systématiquement le test de dépistage. Les motifs avancés par les 74,4% autres étaient : l'oubli (55,1%), la rupture de stock des réactifs ou tests rapides (18,8%), l'apparence clinique de la patiente (14,5%) et l'appréhension que les patientes refusent (11,6%). La proposition du test de dépistage du VIH aux gestantes a été comparée pour les différentes modalités du grade, de l'ancienneté, de la participation à une formation sur la PTME, et de la connaissance de la PTME. (Tableau 3). Il apparait que les médecins (p=0,03) et le personnel avec une ancienneté de 6 ans ou plus (p=0,003) affirmaient proposer plus le test de dépistage systématiquement aux gestantes.

Tableau 3 : Prescription du test en fonction du grade, ancienneté, participation à un séminaire

	Systématique	Non Systématique	
	N(%)	N %)	p
Grade			0,001**
Médecin	06 (85)	01(15)	07(100)
Sage-femme etc.	19 (24.7)	68(75.3)	87(100)
Ancienneté			0,01*
6 ans et plus	19 (36.5)	33(63.5)	52(100)
Moins de 6 ans	06 (11.5)	36(88.5)	42(100)
Participation à un séminaire sur la PTME			0,5°
A déjà participé	05 (21.7)	18 (78.3)	23(100)
N'a jamais participé	20 (28.2)	51(64.1)	71(100)
Type de connaissance de la PTME			0,08°
Acceptable	14 (35.9)	25 (64.1)	39(100)
Non acceptable	11 (20)	44(80)	55(100)

**très significatif, *significatif, °non significatif

DISCUSSION

Aspects méthodologiques

Notre étude présente un risque de biais de mémorisation [7] sur la participation à un séminaire de formation sur la PTME et la proposition du test de dépistage du VIH aux gestantes. En effet certains personnels peuvent oublier une participation antérieure et d'autres peuvent espérer un bénéfice en occultant une participation antérieure ou au contraire se valoriser en inventant une. En l'absence d'un archivage des formations sur la PTME dans le district sanitaire de Talangaï, il nous a été difficile de recroiser ces données. De même l'affirmation de prescrire systématiquement le test peut être biaisée par un agent qui veut se valoriser. Cette tendance ne semble pas être retrouvée dans nos résultats puis que les trois quarts ont avoué ne pas le prescrire systématiquement. L'anonymat des questionnaires et le caractère individuel des interviews ont contribué à minimiser les partages d'information entre les personnels et les réticences.

Formation en PTME

Seule une minorité (25%) du personnel enquêté avait participé à un séminaire de formation sur la PTME malgré une ancienneté moyenne de 7 ans et que plus de la moitié avait au moins 6 ans d'expérience (tableau I). Les formations en PTME sont donc trop peu fréquentes dans le district sanitaire de Talangaï. Au plan national à peine 1% des personnes chargées de CPN étaient formés à y intégrer la PTME. Ceci pourrait être due à une gestion verticale du projet PTME et une programmation centralisée des formations. Cela a déjà été relevé dans l'analyse des obstacles de la PTME inclus dans le plan national pour l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant du VIH(eTME) et le rapport sur la PTME de 2014 [5]. Cette réalité n'est pas spécifique au Congo, nos résultats sont proches d'une étude C.A.P. sur la PTME

menée à Lubumbashi/RDC qui a aussi rapporté que seuls 24,8% des prestataires de maternité et de CPN étaient formés [11]. De façon plus générale cette situation est fréquente en Afrique subsaharienne. L'insuffisance chronique des ressources financières allouées à la santé en est la cause [12].

Niveau de connaissance de la PTME

Concernant le niveau de connaissance sur la PTME notre questionnaire a été relativement simplifié par rapport à celui de NTABWE [11] qui contient plus de critères de connaissances des moyens et moments de la transmission mère et enfant du VIH. Nous nous sommes focalisés sur la transmission au cours de la grossesse et l'accouchement car près de 70% de contaminations aux nouveaux nés en lieu à ce moment. [13-15]. Les niveaux de connaissance de la PTME n'ont été acceptables que pour près de 15% de personnels, proportion significativement plus élevée chez les médecins ($p=0,001$, Tableau 2). Nos résultats sont proches de ceux de MWEMBO-TAMBWE [11] qui n'a rapporté que 8,5% de bonne connaissance sur les voies de transmission du VIH de la mère à l'enfant, les moments de risque élevé et les pratiques qui réduisent ou augmentent ce risque. Et cette proportion était aussi plus importante chez les universitaires. Dans notre contexte seuls les médecins sont universitaires et leur formation initiale intègre les aspects de prévention, de diagnostic et traitement du VIH/SIDA. HENTENG à Madagascar aussi avait rapporté une meilleure connaissance de la TME et PTME parmi les médecins et seuls un tiers des sages-femmes connaissaient la transmission par le lait maternel [16]. NDINKOM au Nigeria a rapporté que 50% des sages et infirmiers des maternités avaient un niveau moyen de C.A.P. en PTME malgré les nombreuses formations en PTME incluses dans le cursus de nursing et des sages-femmes au Nigéria [17]. L'impact des formations sur la connaissance de la PTME n'a pas été observé dans notre étude (tableau 2), ce qui pose le problème de la pertinence des contenus et de l'approche utilisée pour les formations. Des formations pour adoption des normes privilégiant la valorisation des bonnes expériences professionnelles et le processus d'adoption de nouvelles pratiques nous semblent nécessaires.

Attitudes du personnel et prescription du test de dépistage aux gestantes

Le Congo a une séroprévalence du VIH élevée chez les femmes enceintes, il est recommandé au personnel de proposer le test prioritairement dans les situations de suivies prénataux avec le simple consentement présumé. De même l'obligation de moyens faite aux agents de santé devait les conduire à proposer systématiquement le test de dépistage du VIH/SIDA. La loi protégeant les PVVIH au Congo ne doit pas être perçue comme un obstacle au dépistage du VIH chez les gestantes, au contraire elle recommande juste un consentement explicite. La grande majorité du personnel (87,2%) était convaincu qu'il y'a une loi les obligeant à proposer le test de VIH aux gestantes, pourtant seul un quart (26,6%) affirmaient le proposer systématiquement à toute gestante. Cette proportion était plus élevée (85%) chez

les médecins ($p=0,02$) et le personnel avec une ancienneté de 6 ans ou plus ($p=0,03$). L'ancienneté a pu, par simple routine, permis de reproduire un comportement positif sans intégration dans un paquet de soins prénatals. Le type de connaissance de la PTME n'a pas influencé la prescription du test. D'autres études rapportent aussi que les connaissances spécifiques de la PTME ou générales ne sont pas toujours associées aux attitudes et pratiques [18-19]. Les trois quarts du personnel qui ne proposait pas systématiquement ont évoqué souvent l'oubli (55,1%). Dans l'étude de HENTENG à Madagascar 61% des personnels affirmaient n'avoir jamais proposé de test de dépistage à une patiente, l'absence de signes cliniques de SIDA [16] et la crainte de ne pas être capable de traiter une séropositive étaient les motifs évoqués. Une étude sur les déterminants du statut sérologique VIH inconnu à l'accouchement en république démocratique du Congo retrouve 60% de non proposition du test par le personnel [20]. Une méconnaissance de l'ampleur de l'épidémie du VIH rapporté dans notre étude associée aux ruptures de stock de réactifs de dépistage relevées dans le rapport ONUSIDA de 2014 et évoquées par 18% de nos personnels peuvent expliquer l'oubli face au dépistage systématique dès les gestantes. MWEMBO-TAMBWE a rapporté la corrélation entre l'intégration des services PTME et les bonnes pratiques de la PMTE [11].

Perspectives

Une étude de causalité sur les facteurs explicatifs de non prescription systématique du dépistage du VIH aux gestantes serait nécessaire. Déjà nous avons constaté que la fiche de suivi de la grossesse ne contient pas de mention sur le test de dépistage du VIH. Ce qui n'incite pas les personnels à le prescrire systématiquement. Un autre modèle de carnet national de maternité est en cours de vulgarisation et comporte des mentions sur le dépistage du VIH chez la gestante. Au-delà de ces facteurs sus évoqués la non prescription du test au gestante peut avoir pour vrai substratum les sages-femmes de s'investir émotionnellement dans le dépistage d'une femme enceinte en bonne santé comme elle. Cela renvoie peut-être l'agent à sa propre peur et représentation de la maladie qui se voit obligée de se faire aussi dépister si elle a un projet de grossesse. Cette résistance au test de dépistage du VIH chez le personnel est souvent perçue lors des accidents d'exposition au sang, où ceux-ci refusent leur propre dépistage [21].

CONCLUSION

Le personnel de CPN sont peu formés sur la PTME, (ii) les connaissances, les attitudes et les pratiques des agents dans la prévention de la transmission du VIH de la mère et enfant restent à améliorer. En grande majorité Ils ne proposent pas systématiquement le test de dépistage aux gestantes. Néanmoins les médecins et les personnels avec plus d'ancienneté semblaient avoir une meilleure connaissance, une attitude favorable et une bonne pratique de la PTME. Des actions coordonnées doivent menées pour intégrer la PTME dans l'offre de soins prénatals.

Déclaration de conflit d'intérêt : Néant**Contribution des auteurs**

Docteur MBOU ESSIE Darius a été l'investigateur principal. Les autres auteurs ont fait des contributions méthodologiques, la relecture et les corrections avant soumissions.

RÉFÉRENCES

1. ONUSIDA : le SIDA en chiffres 2015.
2. http://www.unaids.org/fr/ressources/documents/2015/aids_by_the_numbers_2015.
3. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013. pages :38-40. UNAIDS/PCB (37) /15.18. Rev1 :27 octobre 2015.
4. CHANDISERWA W, STRAXNI-CHIBANDA L, CHIRAPA E, MILLER A, SIMOYI M, MAHOUMVA A, MALDONADA Y, SHETTY AK. Routine offer of antenatal HIV testing ("opt- out" approach) to prevent mother to child transmission of HIV in urban Zimbabwe. Bulletin of the World Health Organization 2007; 85: 843-850.
5. SPENSLEY A, SPIRIPATANA T, TURNER NA, HOBLITZELLE C, ROBINSON J, WILFER C for The Elisabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation Prevention of the mother to Child transmission of HIV Group. Preventing Mother to Child Transmission of the HIV in Resource Limited-Settings: The Elisabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation Experience. Am J Public Health.2009 ; 99(34): 631-4.
6. UNAIDS. Stratégie de l'ONU 2016-2021. Accélérer la riposte pour mettre fin au sida, page 9.
7. Enquête Démographique et de Santé du Congo II (2011-2012), page 12-/centre national de la statistique et des études économiques (CNSEE).
8. www.cnsee.org.
9. R. BONITA, Eléments d'Epidémiologie/OMS deuxième édition, page 61.
10. OMS 2007. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé : Recommandations pour le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant dans les différents types d'épidémies : 21-8.
11. Décret n°2008-128 du 23 juin 2008 instituant un régime de gratuité pour la prise en charge du traitement antipaludique, antituberculeux et des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
12. Ministère de la Santé et de la Population/Direction Générale de la Santé/Programme National de Lutte contre le SIDA. Plan national pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME) 2013-2017. R. Congo.
13. NA MWEMBO-TAMBWE, P KALENGA, P DONNEN, F CHENGE, P HMBLET, M DRAMAIX, P BUENKENS. Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires des soins de la salle d'accouchement sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à Lubumbashi. Med Af noire. 2012, vol 59 N 5:259-68.
14. Réunion du comité d'Experts sur la 4^{ème} réunion conjointe annuelle. Conférence de l'UA des Ministres de l'économie et des finances et Conférence de la commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) des ministres africains des finances du plan et du développement économique. Addis-Abéba, Ethiopie.24-27 mars 2011. Note d'information :10 ans après « l'engagement d'ABUJA » d'allouer 15% des budgets nationaux à la santé.
15. http://www.uneca.org/sites/default/files/uploaded-documents/CoM/cfm2011/informationnote10years-after-theabujacommitment_fr.pdf. Consulté le 10 février 2016.
16. PIERRE MARIE GIRARD, CHRISTINE KATLAMA, GILLES PIALOUX : Transmission du VIH de la mère à l'enfant. in VIH édition 2011, doin, page 590-621.
17. De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. JAMA. 2000; 283 (9): 1175-1182
18. Gray GE, Urban M, Chersich MF, Bolton C, van Niekerk R., Violaro A, Stevens W, McIntyre JA. A randomized trial of two postexposure prophylaxis regimens to reduce mother-to-child HIV-1 transmission in infants of untreated mothers. AIDS 2005 ; 19 (12) : 1289-1297.
19. HENTGEN V, JAUREGUIBERRYS, RAMILIARSOA A et coll. Connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé en matière de VIH/sida à Tamatave (Madagascar). Bull Soc Pathol Exot.202 ; 95 (2) :103-108
20. NDINKOM CM, ONIBOKUM A. knowledge and behaviour of nurses/midwives in the prevention of vertical transmission of in Oweri, Imo state, Nigeria: across-sectional study. BMC Nurs 2007; 6:1-9.
21. ADEBAJO SB, BAMAGBALA AO, OYEDIRAN MA. Attitude of health care providers to persons living with HIV/AIDS in Lagos state, Nigeria. AfriJ. Reprod Health 2003; 7(1):103-112.
22. MOCKIEN V, SUOMINENT T, VALIMAKI M et coll. The impact of an education intervention to change nurses' HIV-related knowledge and attitudes in Lithuania : a randomized controlled trial. Assoc Nurses AIDS care. 2011; 22(2):140-149.
23. Albert Mwembo-Tambwe, A Nkoy, Prosper Kalenga Muenze Kayamba, Philippe Donnen, Faustin Chenge Mukalenge, Perrine Humblet, Michele Dramaix, et Pierre Buekens. Statut sérologique inconnu lors de l'accouchement à Lubumbashi : proportions et déterminants. Pan Afr Med J. 2012 ; 12 : 25. Publication en ligne juin 8, 2012.
24. Msellati Philippe. Les femmes enceintes et les soignants. Ces malentendus qui rendent la prévention de la transmission mère-enfant du VIH plus difficile qu'il n'y paraît (Commentaire). In : Sciences sociales et santé. Volume 23, n°1, 2005. pp. 109-118.