

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI

**Un Peuple - Un But - Unefoi**

**FACULTE DE MEDECINE, ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)**

Année universitaire : 2012-2013

N° ...../

**THESE**

**Connaissances, attitudes et Pratiques  
sur l'hépatite B  
dans la commune de Misséni**

Présentée et soutenue publiquement le...../...../ 2013  
Devant la Faculté de Médecine, et d'Odonto-stomatologie

Par :

**M. Adama Kélékou TRAORE**  
Pour obtenir le grade de docteur en médecine  
(Diplôme d'état)

**JURY**

Président : Pr. Sékou F TRAORE  
Membres : M. Seydou DIARRA  
: Dr Drissa GOITA  
Directeur de thèse : Pr. Samba DIOP

## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

### **Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.**

Louange à Allah , on le glorifie ,on lui demande de l'aide et on lui demande pardon contre le mal de nos péchés, celui qui fut guidé personne ne peut l'égarer et celui qui est égaré personne ne peut le guider .Je témoigne qu'il n'y a point de divinité digne d'adoration sauf Allah, l'unique ,qui n'a point d'associé et je témoigne aussi que Muhammad est son Serviteur et son Messager , que la bénédiction d'Allah soit sur lui, sa famille , ses compagnons, et tous ceux qui le suivent sur le droit chemin jusqu'au dernier jour.

Je demande donc à Allah, par ses plus beaux noms et attributs qu'il mette de la sincérité dans ce modeste travail et qu'il m'en fasse bénéficier dans ce monde et dans l'au-delà, ainsi que ceux qui ont contribué de loin ou de près à la concrétisation de ce travail car Allah est capable de tout.

C'est avec les yeux débordant de larmes, d'amour et de reconnaissance que je rédige ces mots .Je voudrais vous signifier toute ma gratitude, mais je suis embarrassé, ne voyant pas comment l'exprimer avec exactitude .Je profite de cette occasion pour vous dire merci d'avoir fait de moi ce que je suis, par la grâce du miséricordieux et pour vous présenter mes pardons pour toutes les souffrances que j'ai pu vous faire endurer.

Les mots ne suffiront jamais pour exprimer ce que vous représentez et continuer à représenter pour moi.

Que le très haut, exalté soit son nom vous donne la fin heureuse.

**A mon père: Feu Ban Traoré**

Merci pour notre éducation. J'ai appris de toi, l'esprit d'entreprise et le dévouement au travail. Mais mon regret le plus profond est ton départ prématuré ; mes larmes continuent de couler aujourd'hui. Tes bénédictions ont été pour moi une source intarissable de courage et de déterminations au cours de ma formation. Papa tu ne jouiras pas du fruit de tes efforts. Reçois cette thèse en signe de mon amour sacré pour toi. Que ton âme repose en paix. Amen

**A ma mère : Chata Koné**

Ta générosité, ton amour pour le prochain, ta modestie, ton humilité ont beaucoup contribué à la stabilité de notre famille. Ce travail est l'aboutissement de toutes les souffrances que tu as enduré pour moi. Puisse Dieu te maintenir encore longtemps en bonne santé près de nous pour que nous puissions adoucir tes vieux jours.

**A « papa » SekouFantamady Traoré Dit Check**

Je n'exprimerai jamais assez l'amour et l'admiration que j'ai pour toi. Si je suis ici aujourd'hui, c'est grâce à toi. Tu étais là chaque fois que j'ai eu besoin de toi, tu m'as toujours soutenue dans mes moments difficiles. Considère ce travail comme le fruit de ma reconnaissance pour tous les efforts consentis. Puisse Dieu te donner une longue et heureuse vie.

**A ma fiancé: Youma M Maiga**

En gage de mon attachement et en témoignage aussi de mon admiration pour l'amour exemplaire que tu me témoignes. Dans ta bonté et ton humanisme, j'ai puisé le courage pour préserver. Puisse cette thèse constituer pour toi un solide témoignage de ma ferme volonté de t'aimer de toutes mes forces pendant ma jeunesse et de toute ma sagesse pendant ma vieillesse.

Que notre union soit sous la protection de Dieu, qu'ALLAH nous amène à fonder notre foyer. Amen !!

**A NavonCissé et familles à Bamako :**

Ce travail est le fruit de vos encouragements et vos soutiens. Trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Que Dieu vous accorde ses biens faits.

**A mes frère Mahamadou Traoré, Drissa Traoré, Mohamed Wonog Gaoussou Ouattara ,Mory Diane**

Merci pour vos conseils, vos soutiens, et vos encouragements. C'est l'occasion de vous dire que c'est l'union qui fait la force.

**A mes sœurs**

Dr Aminata Tounkara, Fatoumata Chérif Tounkara, Tenin Traoré, Korotoumou Traoré, Awa Traoré et Donki Traoré. Sachez que seule l'union fait la force.

**A la mémoire de :**

**Fatogoma Diabaté, Mamou Diabaté, Check Diabaté, Siaka Traoré, Yaya Sidibé dit Olivier, Boubacar Coulibaly.**

Vous demeurez toujours dans nos pensées,

Qu'ALLAH vous accorde Sa grâce et Son pardon.

Que vos âmes reposent en paix.

**AMEN !!!**

**A tous ceux qui souffrent de l'hépatite B au Mali**

Puisse ce travail contribuer aux voies et moyens vers l'apaisement de vos maux

## **A notre Maître et PRESIDENT DU JURY**

### **Professeur Sékou Fantamady Traoré**

- ❖ -PhD en entomologie médicale.
- ❖ -Responsable de l'enseignement de biologie cellulaire à la FMPOS.
- ❖ -Directeur de la section entomologie du MRTC
- ❖ Co-directeur du MRTC.

**Cher maître,**

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez placée en acceptant de présider ce jury de thèse.

Votre modestie, votre rigueur et votre disponibilité constante à partager la grande expérience scientifique font de vous un maître d'approche facile et admiré de tous.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profond respect

**A notre maître et juge :**

**Monsieur Seydou DIARRA**

- ❖ Diplômé en anthropologie médicale.
- ❖ Chargé de cours d'Anthropologie médicale à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, et à la Faculté de Lettre, d'Art et des sciences humaines.
- ❖ Chercheur au DEAP

**Cher Maître,**

Vous nous avez accueillis à bras ouverts et accepté de juger ce travail.

Votre disponibilité, votre simplicité et votre générosité nous imposent beaucoup de respect et une grande admiration.

Merci pour tous les efforts fournis, merci pour les critiques et les suggestions.

Merci infiniment pour tout.

## **A notre maître et directeur de thèse:**

### **Docteur Samba DIOP**

- ❖ Assistant à la FMPOS
- ❖ Diplômé en Anthropologie médicale, en Science de la Vie, de la Nature et de la Terre.
- ❖ Chercheur au programme de recherche du SEREFO

### **Cher Maître**

C'est plus qu'un honneur que vous nous faite en acceptant de juger ce travail.

Vos qualités d'homme de science, votre esprit de recherche, votre simplicité nous ont impressionnés.

Vos critiques et suggestions ont largement amélioré la qualité de ce travail.

Cher Maître, c'est du fond de cœur que nous vous remercions.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

- ADN** : Acide DesoxyriboNucléique  
**ALAT**: Alanine Amino Transférase  
**AMM**: Autorisation de Mise sur le Marché  
**Anti-HBc**:Anticorps anti-HBc  
**Anti-HBs**:Anticorps anti-HBs  
**ARN** : Acide RiboNucléique  
**ASAT** :AspartateAmino Transférase  
**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire  
**CNTS** : Centre National de Transfusion Sanguine  
**EDTA** : Acide éthylène diamine tetracétique  
**ELISA**: Enzyme LinkedImmuno-SorbantAssay  
**ENP** : Ecole Nationale de Police  
**FMPOS** : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie  
**IFN** : Interféron  
**Ig G** :Immunoglobuline G  
**Ig M** :Immunoglobuline M  
**IM** : Intramusculaire  
**IST**: Infections Sexuellement Transmissibles  
**Kg** : Kilogramme  
**Nm** : Nanomètre  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**SC** : Sous-cutané  
**TP** : Taux de Prothrombine  
**VHB** : Virus de l'Hépatite B  
**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine



# SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

II. GENERALITES

III. METHODOLOGIE

IV. LES RESULTATS

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. ANNEXES

## **I.INTRODUCTION**

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) constitue un véritable problème de santé publique dans plusieurs régions du globe terrestre, par sa fréquence, ses complications et ses conséquences socio-économiques. En effet 350 à 400 millions de personnes, soit 5% de la population mondiale sont porteurs chroniques du virus de l'hépatite B (VHB) avec un million de décès par an. [1-3].

Au Mali, dans une étude ancienne, au moins un marqueur sérique du virus de l'hépatite B (VHB) était retrouvé chez 97,2% des sujets testés [2]. Une étude récente a rapporté la prévalence de l'Antigène HBs (Ag HBs) du VHB à 14,7% de la population générale [3,4].

La particularité du VHB dans tous les pays à haute prévalence, est sa fréquente transmission infantile en particulier verticale d'une mère à son enfant. L'Antigène HBs (AgHBs) présent chez 15,5% des femmes enceintes, a été retrouvé chez 43,2% des enfants nés de mères Antigène HBs positif alors qu'à ce stade, le passage à un portage chronique est très fréquent. [5,6]

L'implication du virus de l'hépatite B dans la genèse des hépatopathies chroniques est démontrée dans notre contexte ; ainsi l'Antigène HBs a été retrouvé chez 55 à 71% des patients cirrhotiques et chez 55 à 66,2% des patients atteints de carcinome hépatocellulaire [7, 8,9].

Une stratégie de diagnostic et de prise en charge précoce de l'infection par le virus de l'hépatite B s'avère nécessaire pour réduire son impact. La récente politique nationale de gratuité du traitement antiviral incite à une plus grande couverture de la population.

## **I-1 Objectifs**

### **I-1-1 Objectif général**

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des personnes en milieu rural face au VHB.

### **I-1-2 Objectifs spécifiques**

- Etablir le profil socio démographique des personnes enquêtées
- Décrire les connaissances des personnes et leurs attitudes face au VHB
- Décrire les capacités des personnes à éviter la contraction de la maladie

## **II. GENERALITES (1,10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,19)**

**2.1. Définition:** l'hépatite B est définie par une Inflammatoire du parenchyme hépatique associée à une nécrose hepatocytaire et parfois une cholestase due à un virus alphabétique B ou virus hepatotrophe B (plus ou moins associée au D) [10, 11,12]

### **2.2. Caractéristiques l'épidémiologiques du VHB**

Le virus de l'hépatite B est un virus à ADN, de la famille des hépadnavirus. La forme complète circulante infectieuse du virus de l'hépatite B s'appelle particule de DANE. C'est une particule sphérique de 42 à 47 nanomètres de diamètre.

Elle comporte les éléments suivants :

- Une enveloppe lipoprotéique qui comporte l'antigène de surface
  - (Ag HBs) du virus de l'hépatite B. Celui-ci est composé des protéines pré S1 et pré S2
- Une nucléocapside centrale (core) qui porte les antigènes HBc et HBe. Cette nucléocapside protège le génome d'ADN double brin et d'ADN polymérase, enzyme qui permet la réplication virale.

En plus de la particule de DANE, il y a dans le sérum d'autres types de particules qui sont des formes incomplètes de l'enveloppe. Ce sont des particules qui portent seulement sur l'antigène HBs. Ce sont :

- De petites particules sphériques qui ont environ 16 à 25 nanomètres.
- De formes filamenteuses ou tubules qui ont environ 22 nanomètres de diamètre.

Le génome comporte quatre (4) régions codant pour les protéines qui constituent le virus de l'hépatite B.

- La région S précédée de régions pré S1 et pré S2 : codant pour l'enveloppe antigène HBs de surface (Ag HBs).
- La région C codant pour la capsid antigène HBc et Antigène HBe.
- La région P codant pour l'ADN polymérase qui assure la réplication virale.
- La région X qui a probablement une action dans la transaction de la réplication du virus de l'hépatite B.
- L'enveloppe extérieure du virus contient des protéines qui protègent la structure virale, et lui permettent de pénétrer dans les cellules cibles. Ces particules ne sont pas infectieuses et sont composées de lipides et de protéines qui font partie de la surface du virion qu'on appelle l'antigène de surface (AgHBs) et qui est produit en excès pendant la durée de vie du virus. La longueur du génome varie selon le sous type du virus de l'hépatite B. Il existe

quatre (4) sous types dont la prévalence varie en fonction des régions. Un déterminant antigénique est commun aux différents sous types. Deux paires de déterminants exclusifs sont associés au déterminant « a » définissant les sous types suivants : adw, adr, ayw, ayr. Les déterminants sont liés à des mutations nucléotidiques d'une région immunologiquement compétente de l'antigène HBs[12]

### **Modes de transmission**

L'infection par le virus de l'hépatite B est due à un virus qui provoque des lésions inflammatoires du foie. La contamination se fait surtout de la mère à l'enfant lors de l'accouchement ; ou par voie sexuelle, mais également par voie sanguine (aiguilles contaminées notamment chez les toxicomanes ; lors de tatouages ou de piercing...). Le virus est fortement contagieux, 100 fois plus que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y aurait 350 millions de porteurs du virus de l'hépatite B dans le monde. Les zones de forte endémicité concernent principalement le continent africain et l'Asie du Sud-est [14].

Dans les zones de faible endémicité, la transmission se fait généralement à l'âge adulte par voie sexuelle ou par le sang. L'infection par le virus B touche surtout les groupes à risque comme : les homosexuels, les toxicomanes intraveineux, les hémodialysés, les hémophiles, le personnel de santé. Les principaux modes de transmission du virus de l'hépatite B sont : la voie parentérale, la voie sexuelle, la transmission mère-enfant, la transmission communautaire. La transmission du virus de l'hépatite B est essentiellement parentérale. Une contamination familiale non sexuelle par contact intime ou parentéral a été également observée [12].

#### **❖ La transmission parentérale**

La transmission sanguine est un mode de transmission de l'infection par le virus de l'hépatite B par manque de technique adéquate de dépistage du virus de l'hépatite B chez les donneurs de sang. La transmission est aussi parentérale par exposition percutanée ; par toxicomanie intraveineuse ; par accident d'exposition au sang (piqûre par un matériel mal stérilisé). D'autres modes de contamination parentérale existent comme la contamination accidentelle du personnel de santé, l'excision, les scarifications et les tatouages [10].

#### **❖ La transmission sexuelle :**

L'hépatite B est une infection sexuellement transmissible. La transmission sexuelle du virus de l'hépatite B est démontrée. Le virus de l'hépatite B se transmet facilement par des rapports sexuels non protégés avec une personne porteuse de l'antigène du virus de l'hépatite B. Le

risque de contamination par voie sexuelle peut varier de 30 à 80%. Le risque augmente avec le nombre de partenaires sexuels, les années d'activité sexuelle, les autres infections sexuellement transmissibles (IST) et le type de rapports notamment les rapports anaux réceptifs [16,17].

La contamination peut se faire de la femme vers l'homme ou de l'homme vers la femme. La transmission sexuelle explique la prévalence élevée des marqueurs du virus de l'hépatite B dans le sérum des sujets ayant des partenaires sexuels multiples chez les homosexuels mâles (prévalence cependant moindre depuis les années 1980 en raison de l'usage plus important des préservatifs, à cause de la pandémie VIH sida [11,12, 15].

- **La transmission verticale et materno-fœtale:**

La transmission périnatale est le mode de contamination le plus fréquent. La contamination périnatale est fréquente notamment dans les pays de forte endémicité comme l'Asie du Sud-est et l'Afrique.

La transmission verticale du virus de l'hépatite B de la mère à l'enfant est due à l'exposition du nouveau-né aux sécrétions maternelles lors du passage dans la filière génitale ou pendant la période néonatale [17]. Il semble exister un passage trans-placentaire du virus de l'hépatite B qui entraîne une immuno-tolérance chez le nouveau-né. Celui-ci devient porteur chronique du virus de l'hépatite B. En France, le dépistage du virus de l'hépatite B est obligatoire chez la femme enceinte. Si ce dépistage est positif, une sérovaccination de l'enfant sera réalisée à la naissance [6, 18,19].

- **La transmission horizontale :**

L'infection par le virus de l'hépatite B chez les enfants de mères séronégatives pour le virus de l'hépatite B, est courante dans de nombreuses régions du monde. Il existe aussi une contamination horizontale d'enfant à enfant. Chez l'adulte comme chez l'enfant, bien qu'une transmission parentérale par objets usuels (rasoirs, brosses à dents, couteau etc.) soit possible, le contact étroit par échange de liquides organiques comme la salive peut jouer un rôle important. La transmission nosocomiale est également possible par des pratiques non hygiéniques et des gestes invasifs [16].

L'infection par le virus de l'hépatite B est fréquente. On estime qu'environ 5% de la population mondiale est porteuse chronique du virus de l'hépatite B (environ 300 millions d'individus) [1,12].

## **Prévalence**

Il existe trois zones d'endémicité :

- Des zones de forte endémicité où le portage d'antigène HBs (Ag HBs) est supérieur à 8% de la population générale tels que l'Afrique intertropicale, la Chine et l'Asie du sud-est.
- Des zones d'endémicité intermédiaire où le portage d'antigène HBs est compris entre 2 à 8% de la population générale tels que les pays du bassin de la méditerranée.
- Des zones de faible endémicité où le portage d'antigène HBs est inférieur à 2% de la population générale tels que l'Amérique du nord.

Dans la région hyper-endémique comme l'Asie ou l'Afrique noire, la transmission du virus a lieu à la naissance ou pendant l'enfance. Lorsque la mère - est atteinte d'une infection chronique avec multiplication virale, le risque de transmission au nouveau-né est important (90%). Lorsque le nouveau-né est infecté, il devient le plus souvent porteur chronique (90%). Dans les régions de faible endémicité comme l'Europe ou l'Amérique du Nord, l'infection par le virus de l'hépatite B touche moins de 1% de la population.

Les enquêtes faites chez les donneurs de sang au Centre National de Transfusion Sanguine, indiquent que les porteurs chroniques de l'Antigène HBs représentent environ 5 à 20% de la population générale [16].

### **2.3. Physiopathologie:[10, 11, 12,16]**

L'effet cytopathogène du virus de l'hépatite B est faible. Les lésions sont secondaires à des réactions immunologiques à médiation cellulaire. Ces réactions sont dirigées contre les hépatocytes qui expriment sur leur membrane les antigènes de la nucléocapside du virus de l'hépatite B, en cas de répllication virale complète. Les interférons jouent un rôle important dans le contrôle de ces réactions.

L'hépatite aiguë est le rejet immunologique des hépatocytes infectées.

La virémie et la présence dans le foie des antigènes viraux sont brèves. Les cellules impliquées sont les lymphocytes T et les non T (cellules Natural killer ou cellules tueuses). La cytotoxicité va de pair avec l'expression à la surface de l'hépatocyte des antigènes de classe I du complexe majeur d'histocompatibilité qui sont fortement exprimés. Cette expression est sous la dépendance des trois types d'interféron.

L'hépatite chronique évolue en trois phases successives de durée variable. Les deux premières comportent une répllication virale. La réaction immunologique est dirigée contre les hépatocytes où a lieu la répllication et qui expriment les antigènes de la nucléocapside virale.

**- la première phase ou phase de réplication active**

correspond à une forte multiplication virale (AgHBe positif, anticorps anti-HBe négatif, ADN viral positif) et à une faible activité biologique (transaminases peu élevées) et histologique (lésions hépatiques minimales ou peu actives). Le taux de séroconversion HBs est très faible.

**- la deuxième phase ou phase de séroconversion HBe** qui survient en général après quelques années d'évolution, correspond à une augmentation de la réponse immunitaire et à une diminution de la réplication virale. Il existe à cette phase des signes d'activités biologique (hypertransaminasémie) et histologique (hépatite chronique active avec nécrose et inflammation). Dans cette phase, l'antigène HBe est encore présent sans anticorps anti-HBe, mais les taux ADN viral et de DNA polymérase diminuent dans le sérum.

**- la troisième phase ou phase non répllicative :** cette phase est caractérisée par un arrêt de la réplication virale (AgHBe négatif, anticorps anti-HBe positif, ADN viral et ADN polymérase non détectables). Les lésions hépatiques évoluent vers la fibrose et peuvent au maximum aller jusqu'à la cirrhose. Il existe un risque d'apparition d'un carcinome hépatocellulaire (CHC). Dans cette phase, les transaminases sont normales ou peu élevées. Deux ordres d'évènements restent possibles :

- . La réactivation virale (tant que l'Antigène HBs persiste).
- . La séroconversion HBs qui est la disparition de l'antigène HBs et l'apparition de l'anticorps anti HBs (guérison).

L'hépatite chronique virale B expose à la survenue d'une cirrhose et d'un carcinome hépatocellulaire (CHC).

## **2.4. Les signes [12]**

L'hépatite aiguë B est le plus souvent asymptomatique dans 90% des cas. L'hépatite aiguë B est grave dans un cas sur mille et devient chronique dans moins d'un cas sur dix.

### **2.4.1. Type de description : hépatite ictérique aiguë commune de l'adulte**

L'hépatite aiguë B est semblable aux autres hépatites virales sur le plan clinique et biochimique. L'hépatite aiguë se divise en deux phases : la phase pré ictérique et la phase d'état.

#### **2.4.1.1. Le début ou phase pré-ictérique :**

Dans la forme typique après une incubation qui dure environ dix semaines, survient une phase pré-ictérique de 3 à 7 jours environ. Elle est caractérisée par :



- Un syndrome pseudo-grippal avec : une asthénie souvent intense, une fièvre en règle modérée à 38°-38°5 avec parfois des frissons, des myalgies, des arthralgies et des céphalées.
- Des signes digestifs inconstants qui peuvent être des nausées, des douleurs abdominales, des vomissements.
- Rarement une urticaire évocatrice du diagnostic surtout lorsqu'elle est associée à des céphalées et à des arthralgies (classique triade de Caroli). Les manifestations notées lors de cette phase disparaissent lorsque l'ictère s'installe.

#### **2.4.1.2. La phase ictérique ou phase d'état :**

##### **Les signes généraux**

La phase ictérique dure habituellement deux à trois semaines, rarement plusieurs mois par la persistance de l'asthénie, d'un amaigrissement de deux à trois kilogrammes (Kg).

**Les signes fonctionnels** sont généralement absents à ce stade.

##### **Les signes physiques**

L'ictère est le plus souvent le motif de consultation accompagné de selles décolorées et d'urines foncées. L'ictère est d'installation progressive et d'intensité modérée. L'examen physique est en général normal en dehors de la possibilité d'une hépatomégalie parfois sensible ; il existe aussi une splénomégalie et des adénopathies dans 25% des cas.

##### **Les signes para cliniques**

A cette phase, les transaminases (ALAT surtout et ASAT) sont élevées (entre 10 et 100 fois la normale). La bilirubinémie est élevée, et est prédominante sur la fraction conjuguée. Les phosphatases alcalines et la gamma GlutamylTranspeptidase (GGT) peuvent être élevées en cas de cholestase. Le taux de prothrombine (TP) et le facteur V peuvent être normaux ou modérément abaissés ; l'AgHBs et l'anticorps anti HBc de type IgM sont présents.

#### **2.4.1.3. L'évolution**

Le plus souvent, l'évolution est spontanément favorable avec une disparition de l'ictère en 2 à 4 semaines, une normalisation des transaminases. La disparition de l'AgHBs et l'apparition de l'anticorps anti-HBs signent la guérison. La persistance d'une asthénie peut se prolonger plusieurs mois. La persistance du virus au delà de six (6) mois, définit le passage à la chronicité qui expose au risque de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire.

## **2.4.2. Les formes cliniques [10, 11, 16]**

### **Les formes chroniques**

L'hépatite virale chronique est définie biologiquement par la persistance d'une élévation des transaminases à plus de six (6) mois après une hépatite aiguë virale. L'hépatite chronique est définie histologiquement par l'existence de lésions hépatiques associant à un degré variable en fonction du stade et de l'activité de la maladie, une nécrose hépatocytaire, un infiltrat inflammatoire constitué de cellules mononucléées et de la fibrose. La chronicité de l'hépatite B se définit classiquement par la persistance de l'antigène HBs, la persistance des transaminases élevées et la persistance de la virémie pendant plus de six (6) mois. Cependant, si dans le cas d'une hépatite aiguë, l'antigène HBs n'a pas disparu au bout de deux (2) mois, il est recommandé de rechercher l'ADN viral et l'antigène HBe. Leur persistance en ce moment, serait un facteur prédictif d'une évolution chronique. Globalement, on estime que 5 à 10 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite B, développent une hépatite chronique.

### **Les formes asymptomatiques :**

Les formes asymptomatiques de l'hépatite virale B sont les plus fréquentes. Environ 90% des hépatites aiguës B sont asymptomatiques. Le diagnostic est souvent porté à posteriori devant un profil sérologique témoignant d'un contage viral passé inaperçu.

### **Les formes anictériques :**

Les formes anictériques sont peu ou même pas symptomatiques. Tous les signes peuvent être présents sauf l'ictère. Elles sont très fréquentes dans 90% des cas environ. Il faut savoir demander un dosage des transaminases devant les symptômes suivants : le syndrome grippal, l'asthénie, l'anorexie, la douleur abdominale, les arthralgies, les céphalées, les prurits, et l'urticaire.

**Les formes cholestatiques :**Elles surviennent par occlusion intra hépatique et par trouble de l'écoulement de la bile dans les canalicules biliaires.

L'excrétion de la bilirubine par l'hépatocyte est alors dérangée (stase intracellulaire) ; les cholangioles sont frappées ; leur perméabilité est accrue, la bile s'épaissit et des thrombus biliaires se forment. La maladie prend une évolution prolongée et l'ictère persiste des mois : il y a des démangeaisons. Etant donné que les hépatocytes sont peu atteints, les symptômes d'intoxication sont faiblement prononcés.

En cas de cholestase intense, l'ictère et le prurit sont les signes majeurs.

L'ictère est bien foncé, les selles sont complètement décolorées et les urines sont foncées.

Les phosphatases alcalines et le Gamma GlutamylTranspeptidase sont franchement élevées.

### **Les formes avec manifestations extra hépatiques:**

Ce sont des formes rares et trompeuses. Les manifestations articulaires surviennent surtout lors de la phase pré-ictérique. On peut voir aussi des arthralgies, parfois des polyarthrites vraies avec des signes objectifs. Il faut insister sur le risque d'aplasie médullaire, une complication rare mais grave qui survient habituellement 2 à 3 mois après le début de l'ictère. Il peut s'agir aussi de polyradiculonévrite, de pancréatite aiguë, de glomérulonéphrite, de péricardite, de thyroïdite.

### **Les formes fulminantes :**

Au cours d'une hépatite fulminante, la surveillance du taux de prothrombine (TP) ou temps de quick doit être systématique ; le taux de prothrombine (TP), le facteur V sont généralement bas et la cytolyse est majeure. Un taux de prothrombine (TP) inférieur à 50 %, définit une hépatite sévère et le malade doit être hospitalisé.

L'hépatite grave (ou hépatite fulminante) est définie par la survenue d'un astérix, des troubles du comportement, d'une somnolence associée à un taux de prothrombine (TP) bas.

Dans ce cas, le malade doit être hospitalisé en milieu spécialisé en vue d'une éventuelle transplantation hépatique. L'incidence des formes fulminantes est inférieure à 1%.

### **Les formes de l'enfant :**

Le tableau revêt le même aspect que chez l'adulte, mais la fréquence du passage à la chronicité du virus de l'hépatite B est plus élevée. La prévalence de l'antigène HBs chez les enfants en milieu scolaire varie de 3 à 17%.

La prévalence significative de l'infection par le virus de l'hépatite B dans cette population, montre l'importance de la transmission du virus pendant l'enfance.

### **Les formes de la femme enceinte.**

Il n'existe pas de risque d'embryopathie ou de fœtopathie mais par contre, il existe un risque de transmission materno-fœtale. La contamination de l'enfant a lieu surtout lorsque l'hépatite aiguë B survient chez la mère au 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse. Lorsque la mère a une hépatite chronique virale B, le risque de transmission materno-fœtale est corrélé positivement avec la charge virale au moment de l'accouchement. En pratique, les nouveaux-nés de mère porteuse de l'AgHBs doivent bénéficier systématiquement d'une sérovaccination à la naissance. La prévalence de l'antigène HBs chez les femmes enceintes, varie entre 3 à 18%.

## **Les formes de l'immunodéprimé**

Le risque de passage à la chronicité en cas d'hépatite aiguë B chez le patient Co-infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est beaucoup plus élevé. Cette probabilité d'évolution vers la chronicité est inversement corrélée au taux de CD4.

## **2.5. Diagnostic [12]**

### **Diagnostic positif :**

Le diagnostic d'une hépatite virale B repose sur l'anamnèse et les examens para cliniques. L'interrogatoire recherche toujours un contage et une phase pré-ictérique. Les examens para cliniques comportent des examens biochimiques et sérologiques.

Le diagnostic d'une hépatite aiguë B repose sur la mise en évidence de l'antigène HBs et de l'anticorps anti-HBc de type IgM. Parmi les éléments du bilan hépatique, les trois examens les plus importants sont les transaminases, la bilirubinémie, et les facteurs de coagulation (TP et facteur V).

L'augmentation des transaminases est habituellement supérieure à 10 fois la valeur supérieure de la normale, la bilirubinémie à prédominance conjuguée est augmentée dans les formes ictériques. Le TP est le reflet des capacités de synthèse hépatique.

### **Diagnostic différentiel**

**Hépatites médicamenteuses :** Le diagnostic doit être systématiquement évoqué devant toute hépatite aiguë. Un interrogatoire minutieux précise la chronologie des prises médicamenteuses et l'administration des médicaments non indispensables est interrompue

**Hépatites alcooliques :** L'élévation des transaminases est moins importante, dépassant exceptionnellement 10 fois la limite supérieure de la normale et porte surtout sur les ASAT. Il existe également une élévation franche de la GGT et une macrocytose.

**Hépatites auto immunes:** La recherche des anticorps spécifiques permet de poser le diagnostic.

**Paludisme :** La goutte épaisse et le frottis permettent de poser le diagnostic

**Hépatites aiguës infectieuses non virales:** Une hypertransaminasémie peut être observée au cours de la leptospirose ou des septicémies à gram négatif de la syphilis.

**La fièvre typhoïde :** le diagnostic est fait par les hémocultures.

**Pathologie biliaire :** L'échographie permettra de poser le diagnostic.

**Les hépatites virales, A, C et E :** Le diagnostic est posé sur la recherche des marqueurs de chaque virus.

## **2.6. Le traitement : [15,17, 18,20]**

### **2.6.1. Le traitement curatif**

#### **2.6.1.1. Buts**

- Obtenir une suppression de la réplication du VHB
- Obtenir une amélioration des lésions histologiques
- Prévenir et/ou ralentir la progression de la maladie vers la cirrhose et/ou CHC
- Guérir le malade
- Eviter des gestes agressifs

#### **2.6.1.2. Les moyens :**

- **Le mode de vie** : le régime alimentaire est libre, guidé par les désirs du malade, il faut faire un sevrage alcoolique et éviter tout médicament non indispensable, le repos est non strict.

**-Les médicaments** On dispose aujourd'hui de deux grands types de médicaments : l'interféron pégylé et des antiviraux de nouvelle génération: l'entécavir et le ténofovir (un comprimé par jour) et d'ancienne génération (la lamivudine et l'adéfovir).

Les analogues nucléos(t)iques : Certaines molécules des nucléosides entravent la multiplication du virus en inhibant la transcriptase inverse du VHB, mais elles n'ont qu'une action « suspensive » de la multiplication virale. Tant qu'elles sont administrées, ces molécules empêchent la multiplication du virus, mais si on arrête le traitement, la multiplication virale reprend et la rechute peut être grave : apparition d'une insuffisance hépatique. Le traitement par nucléosides est donc, à priori, d'une durée indéfinie. L'inconvénient est le risque d'émergence d'un VHB mutant résistant au nucléoside employé ; ce risque croît avec la durée d'utilisation des nucléosides. Les analogues nucléosidiques sont :

- La lamivudine ou 3TC (Zeffix®, Epivir®) : Le 3TC est le plus ancien des nucléosides inhibiteurs de la polymérase du VHB, également efficace sur la transcriptase inverse du VIH, elle est utilisée à la dose de 100 mg par jour pour le traitement de l'hépatite B (contre 300 mg par jour dans le traitement du VIH). Elle a une activité antivirale d'une part contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont l'autorisation de mise sur le marché en 1995 sous forme de Epivir comprimés de 150mg et d'autre part contre le virus de l'hépatite B dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en fin 1999 sous forme de Zeffix, Comprimés

dosés à 100mg à la posologie d'un comprimé par jour. Sous 3TC, l'ADN du VHB baisse rapidement, mais des mutations sont présentes.

• **L'entecavir (Baraclude®, 0,5 à 1 mg par jour):**

Il est efficace sur le VHB mais à un effet antiviral partiel sur le VIH. Il pourrait conférer une résistance du VIH à la 3TC. Son action anti VHB est au moins aussi bonne que celle de la lamivudine. Mais son efficacité est limitée chez les patients ayant déjà reçu un traitement par lamivudine et ayant des résistances à ce traitement.

• **L'emtricitabine (Emtriva®):**

C'est un dérivé fluoré du 3TC, prescrit à la dose de 200 mg/j et il est efficace à la fois sur le VIH et le VHB. Son efficacité et les risques d'apparition de résistance sont similaires à ceux du 3TC

• **La Vidarabine phosphate:**

Elle est peu utilisée ; c'est un analogue nucléosidique (analogue de l'adénosine). Elle inhibe l'activité de l'ADN polymérase. Le traitement ambulatoire est donc possible. La posologie habituelle est la suivante : une injection en intramusculaire (IM) toutes les 12 heures pendant 28 jours à la dose de 10 mg/kg/jour pendant les 5 premiers jours ; puis 5 mg/kg/jour pendant les 23 jours suivants.

**Les analogues nucléotidiques sont :**

• **L'adéfovir (Hepsera®):**

C'est un analogue nucléotidique qui est efficace sur les mutants résistants au 3TC. Il est utilisé à la dose de 10 mg par jour. Il permet de la même façon une diminution de l'ADN du VHB et une amélioration biochimique et histologique. Il semble moins rapidement efficace, mais l'apparition de mutations de résistance est également moins rapide chez les patients traités. Chez les patients ayant reçu auparavant un traitement par lamivudine et ayant développé une résistance. Le risque principal est la toxicité rénale déjà mise en évidence, de façon plus importante, lorsque l'adefovir était employé à une dose supérieure chez les patients infectés par le VIH.

• **Le ténofovir (Viread®):**

Il est efficace à la fois sur le VHB et sur le VIH. Il reste efficace en cas de résistance au 3TC, et est même supérieur à l'adefovir pour les patients ayant un VHB résistant au 3TC. Certains patients résistants à l'adefovir pourraient être traités avec succès par le ténofovir

**Les combinaisons thérapeutiques**

Vu l'apparition de résistance aux antiviraux, les combinaisons thérapeutiques devraient limiter le risque de résistance, mais il n'est pas évident qu'elles renforcent l'efficacité antivirale proprement dite. Des essais cliniques sont en cours pour démontrer l'efficacité d'une combinaison thérapeutique d'emblée par comparaison à une addition précoce d'une deuxième molécule antivirale en cas de contrôle imparfait de la charge virale sous traitement. Il faut noter que la combinaison d'interféron pégylé et de lamivudine ne semble pas apporter de bénéfice thérapeutique supplémentaire. La décision sur le type de traitement à utiliser en «première intention» pour un patient infecté par le VHB repose sur le stade de la maladie hépatique, la charge virale VHB, l'augmentation des transaminases.

- En cas de charge virale inférieure à 10000 copies/ml et transaminases élevées: c'est le cas des patients ayant déjà, spontanément une réponse immune, l'interféron pégylé, qui va renforcer cette réponse immune, doit, là, être envisagé en première intention. En effet, dans cette situation, un traitement de durée définie peut induire une rémission prolongée.
- Une Charge virale supérieure à 10000 copies/ml et/ou des transaminases peu élevées sont des facteurs prédictifs de mauvaise réponse à l'interféron, et chez les patients présentant des contre-indications à l'interféron ou ayant présenté des effets secondaires à l'interféron, un traitement par analogues nucléosidiques doit être envisagé de première intention. Pour les patients positifs pour l'antigène HBe et une très forte charge virale l'entecavir semble être aujourd'hui la meilleure option thérapeutique de première ligne chez ces patients. Les combinaisons thérapeutiques se discutent mais il n'y a pas de consensus. Certains proposent, au bout de 6 mois, si l'ADN VHB ne chute pas de 4 logs, le rajout d'un deuxième nucléoside. D'autres prescrivent d'emblée une combinaison de nucléos(t)ides: entecavir et adefovir ou ténofovir, emtricitabine.

### **En cas de résistance à certains nucléosides**

Chez les patients ayant présenté une résistance, l'adaptation du traitement dépend des données de résistances croisées des différents mutants de résistance. Il est possible de demander en routine la recherche des mutations de résistance de la polymérase du VHB.

- Résistance à la lamivudine : la meilleure option est d'ajouter l'adéfovir ou le ténofovir, dès l'augmentation de la charge virale et avant même la remontée des transaminases. Le passage de la lamivudine à l'entecavir n'est pas conseillé chez ces patients, compte tenu de la résistance croisée entre la lamivudine et l'entecavir et du risque de sélection de mutants résistant à la fois à l'entecavir et à la lamivudine qui atteint environ 30% des patients après 3 ans de traitement.
- Résistance à l'entecavir : soit lors d'un premier traitement, soit après un échec de lamivudine, les premières études indiquent que l'adéfovir et le ténofovir sont efficaces pour contrôler la charge virale chez ces patients ayant présenté une résistance à l'entecavir.
- Résistance à l'adefovir : en fonction du profil de mutations, on peut conseiller soit l'ajout de la lamivudine, soit l'ajout de l'entecavir tout en continuant l'adéfovir, dès la remontée de la charge virale, soit le relais par ténofovir.

### **L'interféron :**

L'interféron est la première molécule utilisée dès les années 80 dans le traitement de l'hépatite B. Il est administré par voie sous cutanée à raison de 5 à 10 MU 3 fois par semaine, pendant une durée de 3 à 6 mois. Chez les patients HBe positifs, il permet d'envisager une séroconversion HBe durable dans environ 25 % des cas.

Chez les patients HBe négatifs (infection à virus B mutant) la durée du traitement est plus longue 1 à 2 ans, et le pourcentage de réponse durable est d'environ 30 % des cas. L'interféron standard va être remplacé par l'interféron pégylé administré une seule fois par semaine. L'interféron pégylé alfa-2a commercialisé, permet d'obtenir dans les deux types d'infection (à virus sauvage ou muté) une réponse durable dans 40 % des cas.

Il n'y a pas d'intérêt à associer l'interféron à la lamivudine.

L'interféron est une molécule physiologique de défense contre le virus. L'interféron alpha est une cytokine ayant des propriétés antivirales, immuno-modulatrices et anti prolifératives.



Au cours du traitement de l'hépatite chronique B, le mécanisme d'action de l'interféron alpha est double : antiviral et immunologique.

- L'action antivirale : L'interféron inhibe les ARN viraux et active des enzymes ayant une action anti virale.
- L'action immunologique de l'interféron entraîne une stimulation de la réponse immunitaire cellulaire. L'immunité cellulaire vis à vis des hépatocytes infectées est stimulée.

Les contre-indications sont :

- Thrombopénie (<50000plaquettes/mm<sup>3</sup>)
- Neutropénie (<1000polynucléaires neutrophiles/mm<sup>3</sup>)
- Cirrhose décompensée avec insuffisance hépatocellulaire sévère et/ou complications (ascite, encéphalopathie, hémorragie digestives)
- Insuffisance rénale avec clairance de la créatinine (<50ml/min)
- Hypersensibilité à la substance active ou à tout autre interféron ou l'un des excipients.
- Epilepsie non contrôlée
- Dépression non contrôlée ou psychose sévère actuelle
- Transplantation d'organe à l'exception du foie
- Hépatite auto-immune
- Grossesse, allaitement
- Troubles thyroïdiens préexistants sauf s'ils peuvent être contrôlés par un traitement conventionnel

Les effets secondaires de l'interféron peuvent être :

Un syndrome pseudo-grippal, une asthénie, une alopécie, une hypo ou hyperthyroïdie, une instabilité de l'humeur, une neutropénie, une thrombopénie, des troubles cardio-vasculaires (hyper ou hypotension, insuffisance cardiaque, troubles du rythme.

#### **La transplantation hépatique :**

Elle est indiquée en cas de cirrhose sévère, elle est parfois le dernier recours dans le traitement de l'hépatite B; elle peut être proposée dans des circonstances bien différentes: hépatite fulminante, ou la cirrhose décompensée voire le carcinome hépatocellulaire.

### **2.6.1.3. Indications**

**Hépatite B aiguë commune :** mesures hygiéno-diététiques et surveillance

**Hépatite fulminante :** transplantation

**Hépatite B chronique** : \* Interféron pégylé

\* ou analogues nucléos(t)idiques

**Cirrhose** :

\*si ADN détectable

+ Cirrhose compensée : Interféron avec prudence car comporte un risque ou de préférence analogues à haute barrière génétique

+cirrhose décompensée : analogues à haute barrière génétique ou transplantation si indiquée

\*si ADN non détectable : abstention de traitement anti viral

### **2.6.2. Le traitement préventif :**

Le traitement préventif est primordial et repose sur la vaccination qui doit être faite tôt dès la naissance.

Chez le nouveau-né de mère porteuse de l'antigène HBs, il faut en plus faire une injection d'immunoglobulines spécifiques (Sérovaccination). La prévention de l'infection virale B peut être passive, active, ou mixte.

La prévention passive repose sur l'administration d'immunoglobulines anti HBs la prévention active repose sur la production chez le malade d'anticorps anti-HBs grâce à la vaccination.

La prévention mixte est à la fois passive et active on la réalise en particulier à la naissance chez le nouveau-né d'une mère porteuse de l'antigène HBs.

Un traitement par immunoglobulines spécifiques anti-HBs doit être envisagé dans les circonstances suivantes :

- Piqure avec du matériel contaminé
- nouveau-né d'une mère porteuse de l'antigène HBs positif
- Sujets contacts d'un malade atteint d'hépatite B.

La vaccination contre le virus de l'hépatite B est efficace à plus de 90% .les effets indésirables sont exceptionnels, il convient de vacciner :

Les nourrissons à la naissance, pour les nouveau-nés de mères porteuses de l'antigène HBs en association avec l'injection d'immunoglobulines anti HBs. La vaccination est principalement indiquée (ou obligatoire) dans ces groupes à risque :

- Le personnel de santé
- Les toxicomanes intraveineux
- Les sujets à partenaires sexuels multiples

- Les malades polytransfusés
- Les personnes exposées aux dérivés du sang
- Les immunodéprimés
- L'entourage de porteurs chroniques du VHB
- Les nouveaux nés de mère porteuse chronique de l'antigène HBs

Le protocole de vaccination comporte trois injections en sous cutané (s/c) ou en intramusculaire (IM) de 1 ml pour l'adulte comme pour l'enfant (s'étendant sur 6 mois : 0-1-6) avec un rappel tous les 5 ans.

Des vaccins recombinants préparés grâce aux techniques de biologie moléculaire et de recombinaison en génétique sont actuellement disponibles : Engerix B et Genhevac B.

### **III. METHODOLOGIE**

#### **1- Cadre de l'étude**

Notre étude s'est déroulée dans la commune de Misseni. La commune de Misseni est peuplée de 12934 habitants en 2004 et couvre une superficie de 900 km<sup>2</sup> avec une densité moyenne de 14,39 habitants par Km (2004). La commune est située à l'extrême sud du cercle de Kadiolo et est limitée :

- A l'Est par la sous-préfecture de Niélé (RCI) ;
- Au Sud par la sous-préfecture de M'Bengue (RCI) ;
- A l'Ouest par la sous-préfecture de Kanankono (tenguéréla) (RCI)
- Au Nord par les communes de Dioumatenè et Diou
- Au Nord-Ouest par la commune de Fourou

Misseni est le chef-lieu de la commune et est située à 47 km de Kadiolo. Selon la loi 96/ 059 du 04 novembre 2004 1996, la commune rurale de Misseni comprend vingt et un villages : Bia, Cissimé, Déléou, Dovong, Gouan, Kafiguéba, Téguéré, Kébéni, Kafiguédéni, Kalé, Katiélé, Lougouani, N'gansogona, N'goko, Pitangoma, Zanfasso, Zékoung, Sièmè, Massiogo, Kapèlèkè et Misseni.

#### **A-Caractéristiques physiques :**

- Le climat : Il est de type soudano-guinéen, la pluviométrie annuelle varie de 1000 à 1500 mm par an. La commune de Misseni est la mieux arrosée du cercle de Kadiolo. La température varie de 23 à 32 C
- La végétation : C'est la savane arborisée et herbeuse.
- Le relief : Il est simple et sémi-montagneux, il existe des plaines, des amas de pierres et quelques collines.

#### **B-Hydrographie :**

La commune de Misseni est arrosée par le fleuve de Zéguédougou et par plusieurs marigots.

#### **C-Caractéristiques sous démographiques**

La population de la commune s'élève à 50805 habitants (RGPH) dont 40,54 femmes et 59,46 d'hommes. Misseni est l'une des communes les plus peuplées du cercle de Kadiolo à cause

des sites d'orpillages qui existent dans la localité. Elle est composée essentiellement des Sénoufo, des Minianka, des Peulh, des Bambaras, des Malinkés, des Sarakolés....

Il existe aussi des ressortissants des pays voisins (Guinée, cote d'Ivoire, Burkina Fasso). Les langues de communication est entre les ethnies sont le shénara (sénoufo) et le bambara.

il existe de multiples organisations socioprofessionnelles comme les coopératives des producteurs de coton(SCPC), les groupements des femmes, des chasseurs de chaque village, des associations des parents d'élèves(APE) ,des comités de gestion scolaires pour chaque école ,deux associations de santé communautaire(AMUPI) ,des groupements de christianisme. L'islam et le christianisme sont les plus pratiquées dans la commune de Misseni.

#### **D- Réseau de communication :**

il est constitué des postes rurales dont la praticabilité est difficile en hivernage (voir tableau des infrastructures routières).

Deux RAC existent au niveau des CSCOM et sont utilisés par plusieurs acteurs de l'espace communal pour la ventilation de l'information. La commune est faiblement couverte par les ondes de radios locales de Kadiolo. La commune dispose de deux réseaux de téléphoniques (orange et malitel) qui n'arrivent pas de a servir de façon souhaitable certaines localités de la commune.

#### **E- Données économiques :**

L'économie de la commune de Misseni est essentiellement agro-pastorale. L'agriculture est pratiquée par plus de 90 / de la population procure l'essentiel du revenu communal. Elle porte sur la culture du coton, des céréales et des légumes. La culture de rente est le coton. On peut noter dans la commune une disponibilité énorme de la terre cultivable. La culture des céréales comme le mil,le mais,le sorgho,le riz est aussi importante. Certaine oléagineuses telles que l'arachide,le niébé sont également cultivées. Le maraîchage, base sur la culture des tomates, du gombo, des aubergines ...est pratiqué par les femmes et les jeunes pendant la saison sèche dans les plaines non aménagées engendrant des revenus supplémentaires. En plus de ces cultures, les produits de cueillette comme le Karité et le Néré constituent une des revenus nécessaires pour la population.

S'agissant de l'élevage, les espèces les plus fréquentes sont : les bovins, les ovins, les caprins. L'aviculture est aussi pratiquée (voir les chiffre dans le chapitre potentialité). Il y a aussi l'apiculture traditionnelle. Le commerce est pratiqué, les commerçants détaillants a l'intérieur dans la commune. On retrouve également l'artisanat composes des forgerons, des tisserands, des potiers, des menuisiers et des tailleurs.

L'orpaillage est pratiqué également dans la commune. il joue un rôle important de nos jours à cause des flux migratoires liés à ces sites d'orpaillage.

A l'économie agropastorale s'ajoutent :

- Tourisme : en plus des forêts sacrées au moins un dans chaque village, il y a trois (3) sites touristiques : les caïmans sacrés de Massiogo, la colline de Bia, les criquets de N'golo.
- Partenaires et Intervenants : l'Etat est le premier partenaire des collectivités. A ce titre la commune rural de Misseni bénéficie de l'appui conseil du sous préfet et bénéficie des droits de tirages de l'ANICT.

## **2-Type d'étude**

Il s'agit d'une étude prospective descriptive basée sur une enquête transversale à passage unique.

## **3- Période d'étude**

L'étude s'est déroulée sur une période de 06 mois (janvier 2013 à juin 2013). La collecte des données a été effectuée à base des fiches d'enquêtes.

## **4- Échantillon**

Il inclut toutes les personnes ayant donné leur consentement à participer à l'étude.

$$n = \frac{z^2 PQ}{I^2}$$

n = taille de l'échantillon

P=prévalence estimative du VHB=14,70

I=précision souhaitée (5%)

Q=1-P

Z= 1,96 (valeur dépendante du risque d'erreur)

N=  $(1,96)^2 \cdot (0,47) \cdot (0,853) / (0,05)^2 = 192,540$

N=193

## **5- Population d'étude**

Toutes les personnes qui habitent dans la commune de Misseni et qui sont l'âge de 18 ans au minimum. Le choix de cette population se justifie par son accessibilité, sa disponibilité et par le fait qu'elle représente l'avenir d'une nation.

### **5-1 Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans notre étude toutes les personnes des deux sexes âgés de 18ans au minimum, présentes dans la commune de Misseni où se déroulait l'enquête et ayant donné leur consentement à participer à l'étude.

### **5-2 Critères de non- inclusion**

- Toute personne âgée de moins de 18ans.
- Toute personne qui n'habite pas dans la commune de Misseni.
- Toute personne ayant manifesté le refus de participer à notre étude.

## **6- Recueil et Analyse des données**

Les données ont été recueillies sur un questionnaire individuel et rempli par chaque enquêté.

Les données individuelles ont été codifiées en numérique afin de permettre leur exploitation sur l'ordinateur.

Les logiciels qui suivent ont servi à la saisie du rapport et à l'exploitation des données :

- EPI info 3.5.3 : logiciel d'épidémiologie pour la saisie et l'analyse des données. Le test Khi2 a été utilisé pour comparer certaines variables et le seuil de signification était fixé à 0,05%.
- Excel 2007 : tableur utilisé pour les graphiques
- Word 2007 : utilisé pour le traitement de texte pour la saisie.

## **7- Aspects éthiques**

Avant le début de notre étude, nous avons tenu à informer des objectifs et du but de notre étude. Par la suite, un consentement des enquêtés a été obtenu. Le questionnaire établit était anonyme.

## IV. RESULTATS

### A / Caractéristiques sociodémographiques

#### 1- Age

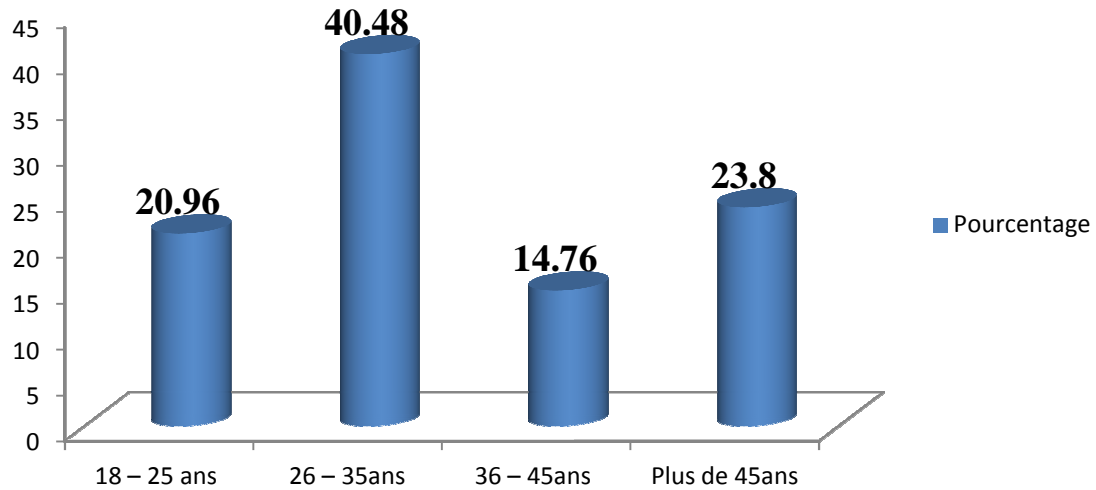


Figure 1: Répartition de l'échantillon étudié selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge de **26-35 ans** était la plus représentée avec **40,48%**

#### 2- sexe

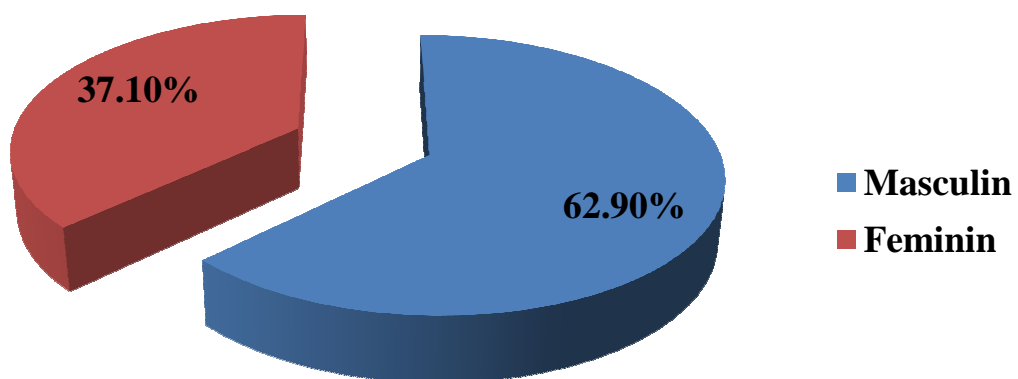


Figure 2: Répartition de l'échantillon étudié selon le sexe.

Le sexe masculin était majoritaire avec **62,90%**.



### 3- Résidence

Tableau I : Répartition de l'échantillon selon la provenance.

Q 4 RESIDENCE	Fréquence	Pourcentage
<b>Pitiangoma</b>	<b>50</b>	<b>24%</b>
Kale	23	11,%
Sièmè	16	7,6%
Dovong	15	7,1%
Katiélé	13	6,2%
Kebeni	11	5,3%
Gouan	10	4,8%
N'goko	10	4,8%
Misseni	8	3,8%
Cissime	8	3,8%
Deleou	8	3,8%
Kafigue	7	3,4%
Kapèlèkè	7	3,4%
Kafiguedeni	6	2,9%
Lougani	6	2,9%
Bia	5	2,4%
Massiogo	3	1,4%
N'kassogona	2	1,0%
Zanfaso	1	0,5%
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100,0%</b>

Près de de  $\frac{1}{4}$  de l'échantillon venaient de Pitiangoma

#### 4- Profession

**Tableau II : Répartition de l'échantillon selon la profession.**

<b>PROFESSION</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Cultivateur</b>	<b>83</b>	<b>39,6%</b>
Ménagère	67	32,0%
Enseignant	12	5,8%
Elève	10	4,8%
Eleveur	9	4,3%
Commerçant	6	2,9%
Etudiant	6	2,9%
Aide-soignant	5	2,4%
Infirmier	3	1,4%
Matrone	3	1,4%
Marabout	2	1,0%
Mécanicien	2	1,0%
Gardien	1	0,5%
Tailleur	1	0,5%
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100,0%</b>

Les cultivateurs étaient les plus représentés de notre échantillon avec **39,6%**

## **B- Connaissances sur l'hépatite.**

**Tableau III : Répartition de l'échantillon selon la connaissance de l'hépatite B**

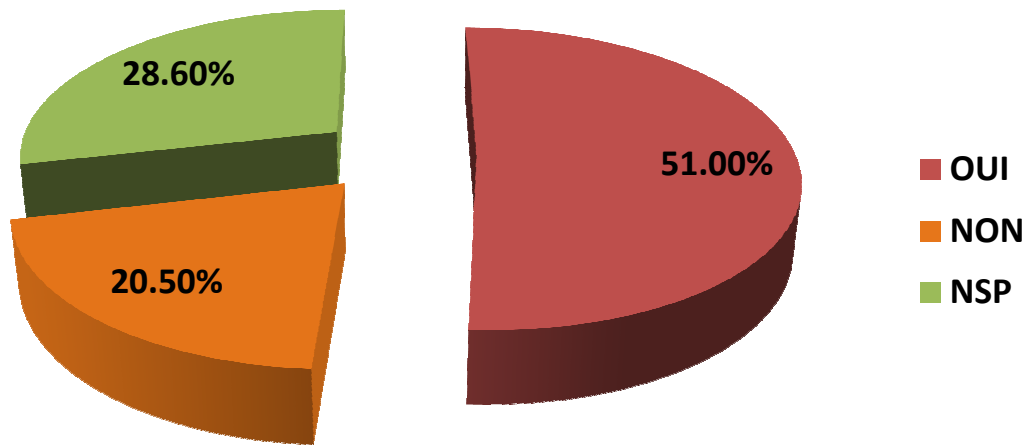
<b>Avez- vous une fois entendue parlez de l'hb ?</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentage</b>
OUI	169	80,5%
NON	39	18,6%
NSP	2	1,0%
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100,0%</b>

Une grande majorité soit **80,5%** de la population étudiée avaient au moins une fois entendu parlée de l'hépatite B.

**Tableau IV : Répartition de l'échantillon selon leur avis sur l'origine virale de l'hépatite B**

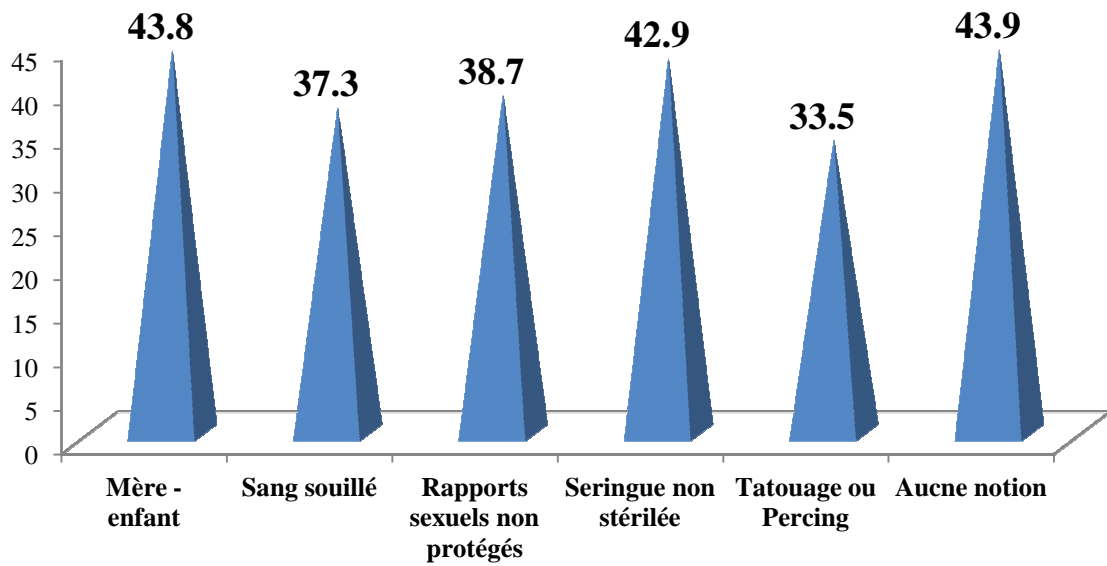
<b>Hb est- elle provoquée par un virus</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
OUI	82	39,0%
NON	54	25,7%
NSP	74	35,2%
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100,0%</b>

Les personnes désignant l'hépatite B comme maladie virale étaient plus représentés **39,0%**



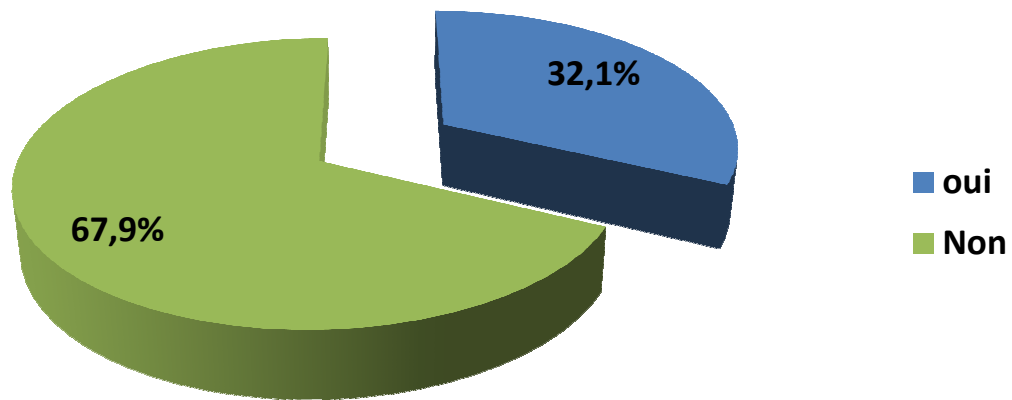
**Figure 3 : Répartition de l'échantillon selon que l'hépatite B affecte principalement le foie**

Un peu plus de la moitié de l'échantillon ne savaient pas que l'hépatite B affecte principalement le foie.



**FIGURE 4: Répartition de l'échantillon selon leurs connaissances sur les modes de transmission de l'hépatite B.**

La transmission de la mère à l'enfant était la plus connue soit **43,8%** ; par contre jusqu'à **43,9%** de notre échantillon ne connaissaient aucun mode de transmission



**Figure 5 : Répartition de l'échantillon selon la nature cancérogène de l'hépatite B**

Les personnes n'ayant aucune information sur la nature cancérogène de l'hépatite étaient majoritairement soit 67,9%.

**Tableau V : Répartition des élèves selon leur connaissance sur la disponibilité d'un vaccin contre le virus de l'hépatite B**

Existe-t-il un vaccin disponible pour l'hb ?	Fréquence	Pourcentage
OUI	76	36,2%
NON	65	31,0%
NSP	69	32,9%
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100,0%</b>

La disponibilité du vaccin contre le virus de l'hépatite B n'était connue que par 36,2% des élèves.

**Tableau VI : Répartition de l'échantillon selon l'existence des stades infectieux pour l'infection au VHB**

<b>Connaissez- vous le stade terminal à l'infection du VHB ?</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
OUI	69	32,9%
NON	104	49,5%
NSP	37	17,6%
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100,0%</b>

L'existence des stades infectieux pour le VHB étaient méconnue par près de la moitié de l'échantillon.

**Tableau VII : Répartition de l'échantillon selon l'existence des stades infectieux pour l'infection au VHB**

<b>Penses-Tu Que L'hbest un important problème De santé ? au Mali</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
OUI	150	71,4%
NON	37	17,6%
NSP	23	11,0%
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100,0%</b>

La majorité de l'échantillon soit **71,4%** considère VHB comme un important problème de santé au Mali

**Tableau VIII : Répartition de l'échantillon selon la volonté d'éradiquer VHB**

<b>Pensez-vous à l'éradication de ce mal ?</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>1= OUI</b>	143	68.1%
<b>2=NON</b>	43	20.5%
<b>88=NSP</b>	24	11.4%
<b>Total</b>	210	100.0%

La majorité de l'échantillon soit **68,1%** ont manifestés une volonté **d'éradiquer** VHB au Mali

### **C- Attitudes et Pratiques**

**Tableau IX : Statut vaccinal de l'échantillon contre l'HB**

<b>Avez-vous une fois été vacciné contre l'hb ?</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	67	31.9%
<b>NON</b>	122	58.1%
<b>NSP</b>	21	10.0%
<b>Total</b>	210	100.0%

Plus de la moitié de notre échantillon n'était pas vacciné contre le VHB soit **58.1%**.



**Tableau X : Répartition del'échantillon selon la volonté derendre visite ou de voyager avec un ami infecté**

<b>Auriez- Vous si peur de contracter la maladie au point de ne pouvoir rendre visite ou de voyager avec un ami infecté ?</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	88	41.9%
<b>NON</b>	112	53.3%
<b>NSP</b>	10	4.8%
<b>Total</b>	210	100.0%

La moitié de notre échantillon affirme ne pas avoir peur de rendre visite ou de voyager avec un ami infecté

**Tableau XI : Répartition del'échantillon selon la volonté s'asseoir aux côtés d'un ami malade du VHB**

<b>Aurais-tu la volonté de s'asseoir aux côtés d'un ami malade du VHB ?</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	112	53.3%
<b>NON</b>	87	41.4%
<b>NSP</b>	11	5.2%
<b>Total</b>	210	100.0%

La moitié de notre échantillon affirme vouloir s'asseoir aux cotes d'un ami malade du VHB soit 53.3%

**Tableau XII : Répartition del'échantillon selon la volonté d'embrasser un ami malade du VHB**

<b>Pourras-tu l ' embrasser ?</b>	<b>fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	31	14.8%
<b>NON</b>	174	83.3%
<b>NSP</b>	4	1.9%
<b>Total</b>	209	100.0%

Plus du  $\frac{3}{4}$  de l'échantillonrefuseraient d'**embrasser** un ami malade du **VHB**

**Tableau XIII : Répartition del'échantillon selon qu'il accepte de partager son verre d'eau avec un ami malade du VHB**

<b>Pourrais-tu partagerton verre d'eau ?</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	64	30.6%
<b>NON</b>	137	<b>65.6%</b>
<b>NSP</b>	8	3.8%
<b>Total</b>	209	100.0%

Plus de la majorité (**65.6%**) de l'échantillon refuserait de partager son verre d'eauun ami malade du **VHB**

**Tableau XIV : Répartition del'échantillon selonleur avis sur l'isolement d'un malade est-il un moyen de prévention des contagions**

L'isolement d'un malade est-il un moyen de prévention des contagions ?	Fréquence	Pourcentage
OUI	113	54.1%
NON	48	23.0%
NSP	48	23.0%
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>100.0%</b>

Plus de la moitié de l'échantillonpense que l'isolement d'un malade est un moyen de prévention des contagions

**Tableau XV : Répartition del'échantillon selon la volonté de demander un examen de dépistage**

Aurais-tu la volonté de demander un examen de dépistage ?	Fréquence	Pourcentage
OUI	112	53.3%
NON	88	41.9%
NSP	10	4.8%
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100.0%</b>

Un peu plus de la moitié de l'échantillon soit **53.3%** ont manifesté la volonté de demander un examen de dépistage

**Tableau XVI : Répartition de l'échantillon selon le désir d'être Vacciner gratuitement contre le VHB**

Désires-tu être vacciné gratuitement contre VHB ?	fréquence	Pourcentage
OUI	131	62.4%
NON	65	31.0%
NSP	14	6.7%
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100.0%</b>

La majorité de l'échantillon a exprimé le désir d'être vacciner gratuitement contre le VHB

**Tableau XVII : Répartition de l'échantillon selon leur avis après un bilan positif d'avoir le courage de procéder à un traitement contre le VHB**

Après un bilan positif aurais-tu le courage de procéder à un traitement ?	fréquence	Pourcentage
OUI	142	67.6%
NON	60	28.6%
NSP	8	3.8%
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100.0%</b>

Les personnes de l'échantillon ayant un avis favorable après un bilan positif de procéder à un traitement contre VHB étaient les plus représentées avec **67.6%**

**Tableau XVIII:Disponibilité pour un examen concernant le VHB**

T'es-tu rendu disponible pour un examen concernant le VHB ?	fréquence	Pourcentage
OUI	73	34.8%
NON	123	58.6%
NSP	14	6.7%
Total	210	100.0%

Plus de la majorité de l'échantillon (58.6) ne s'était jamais rendu disponible pour un test de dépistage du VHB

**Tableau XIX:Tentativespour être vacciné contre VHB**

Avez fait des tentatives pour être vacciné contre VHB ?	fréquence	pourcentage
OUI	44	21.0%
NON	143	68.1%
NSP	23	11.0%
Total	210	100.0%

Ceux n'ayant pas fait des tentatives pour être vacciné contre l'hb étaient de **68,1%**.

**Tableau XX : Répartition l'échantillon selon qu'ils aient invité un personnel de santé à l'usage d'une nouvelle seringue**

Avez-vous invité un personnel de santé à l'usage d'une nouvelle seringue pour vous ?	fréquence	Pourcentage
OUI	85	40.5%
NON	112	53.3%
NSP	13	6.2%
Total	210	100.0%

Les personnes n'ayant jamais invité un personnel de santé à l'usage d'une nouvelle seringue sont les plus représentées(**53.3%**)

**Tableau XXI : Répartition l'échantillon selon qu'ils aient invité un coiffeur de changer la lame.**

<b>Demandez-vous à votre coiffeur de changer la lame ?</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	163	78.0%
<b>NON</b>	40	19.1%
<b>NSP</b>	6	2.9%
<b>Total</b>	209	100.0%

Les personnes ayant le changement de lame sont les plus représentés (**78.0%**)

**Tableau XXII: Actes sexuels non protégés en fonction du sexe**

<b>Oseriez-vous avoir des rapports sexuels non protégés</b>	<b>fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	37	17.6%
<b>NON</b>	144	68.6%
<b>NSP</b>	29	13.8%
<b>Total</b>	210	100.0%

La majorité de l'échantillon étaient ceux qui s'adonnaient aux pratiques sexuelles non protégées avec **68.6%**.

## **V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **A-Caractéristiques Sociodémographiques**

De notre étude, il ressort que la tranche d'âge de **26-35 ans** était la plus représentée avec **40,48%** ce qui concorde avec **DEMBELE. R** qui avait trouvé que les **26-35 ans plus présentes** mais avec une fréquence inférieure à la nôtre (**33,85%**). ASSOGBA Karell A.M.

Le sexe masculin était majoritaire avec **62,90%**. ASSOGBA Karell A.M. et **DEMBELE. R** ont retrouvées aussi une prédominance masculine avec respectivement 51,3% et 72,80. Les cultivateurs étaient les plus représentés de notre échantillon avec **39,6%** ce qui diffère des résultats de **Dembélé R** qui a trouvé les fonctionnaires majoritaires avec **60,51%** ceci pourrait s'expliquer par notre lieu d'étude qui est un milieu paysan, on n'y rencontre que quelques rares fonctionnaires.

### **B-Connaissance générale de l'échantillon au sujet du VHB.**

Au Mali, les connaissances, attitudes et pratiques des scolaires vis-à-vis des risques d'infection ont été largement explorés, mais très peu d'études ont été faites dans ce sens concernant le VHB. Cependant les résultats de notre enquête ont montré qu'une grande majorité de la population étudiée avaient au moins une fois entendu parlé de l'hépatite B soit **80,5%** et **39,0%** désignant l'hépatite B comme maladie virale. ceci n'est pas trop différent des résultats d'Emilie qui notait que 39% des adolescents savent que l'hépatite B est une maladie virale Les résultats de l'enquête de Nicolle réalisée en France en 2006[15] montraient que seul 26,4% des interrogés considéraient l'hépatite comme une maladie infectieuse chronique.

Un peu plus de la moitié de l'échantillon ne savaient pas que l'hépatite B affecte principalement le foie ; La transmission de la mère à l'enfant était la plus connue soit **43,8%** ; par contre **43,9%** de notre échantillon ne connaissaient aucun mode de transmission. Étude de **Assogba Karell A.M** a indiqué que les adolescents prélevés ont un niveau moyen de la connaissance au sujet de l'hépatite B notamment leur connaissance au sujet de l'origine virale de HBV, de l'organe cible et différents modes de transmission particulièrement l'horizontale.

La disponibilité du vaccin contre le virus de l'hépatite B n'était connue que par **36,2%** de même que la nature cancérogène de l'hépatite étaient méconnues par

**67,9%**. Chireh Batholomew [2] a montré que 41% en zone urbaine contre 67% en zone rurale savait que l'infection à VHB est cancérogène.

### **C- Attitudes et Pratiques**

La majorité de de l'échantillon soit **71,4%** considères VHB comme un important problème de santé au mali et **68,1%** ont manifestés une volonté **d'éradiquer** VHB au Mali. Ce qui concorde avec les résultats de **Assogba Karell A.M qui avaient trouvé que** (70%) de son échantillon, trouvent l'infection au VHB comme un réel problème de santé

Plus de la moitié de notre échantillon n'était pas vacciné contre le VHB soit **58.1%**. **Cette proportion est inférieur à celle de ASSOGBA Karell A.M chez qui** (76,9%) ont manifesté le désir de se faire vacciner gratuitement

La moitié de notre échantillon affirmerait ne pas avoir peur de rendre visite des'assoir aux cotes ou de voyager avec un ami infecté VHB soit 53.3% La majorité (**65.6%**) de l'échantillon disaient refusées de partager son verre d'eau avec un ami malade du **VHB** et Plus du ¼ de l'échantillon disaient refusées d'**embrasser** un ami malade du **VHB**

**Plus de la moitié de l'échantillon 54.1% pense que l'isolement d'un malade est-il un moyen de prévention des contagions. Cette fréquence est inférieure à** Chireh Batholomew 29,1%).

Un peu plus de la moitié de l'échantillon soit **53.3%** on manifestés la volonté de demander un examen de dépistage. Ce qui peut être dû à la gratuité du dépistage qui est perçue comme important pour en faciliter l'accès.

Ceux n'ayant pas fait des tentatives pour être vacciné contre VHB étaient majoritaire soit **68,1%**. **Cela peut s'expliquer par un défaut d'information** sur l'existence de dépistage de l'hépatite B.

La majorité de l'échantillon étaient ceux qui s'adonnaient aux pratiques sexuelles non protégées avec **68.6%**. **Alors que la Voie sexuelle représente 35% des cas de contamination en France.**



## **CONCLUSION ET RECOMMANDATION**

### **Conclusion**

Au terme de notre étude, nous pouvons conclure que l'infection par le virus de l'hépatite B constitue un problème de santé publique dans notre contexte. Il apparaît dans notre enquête que le niveau de connaissances de l'hépatite B est bon (80,5% de la population étudiée avaient une fois entendu parlé de l'hépatite B.)

Un progrès pourrait être réalisé par l'information et l'éducation concernant les modes de transmission pour un changement de comportement, et les moyens de prévention (La disponibilité du vaccin contre le virus de l'hépatite B n'était connue que par **36,2%**.)

### **Recommandations**

Ces résultats suscitent des recommandations suivantes :

- Une campagne d'information et de sensibilisation sur l'infection par le virus de l'hépatite B.
- Le renforcement du plateau technique pour le diagnostic, l'évaluation, l'impact de l'infection par le virus de l'hépatite B.
- L'organisation des campagnes de masse pour le dépistage de ce virus chez les individus et leurs entourages.
- Une vaccination universelle et pérenne contre le virus de l'hépatite B à la naissance.
- La création d'un programme national de lutte contre les virus des hépatites.

## **LES REFERENCES**

1. WHO/CDS/CSR/LYO/2002

2. SIDIBE S

Marqueurs sérologiques de l'hépatite B au Mali

Thèse, Med, Bamako, 1981 ; 30.SS

3. BOUGOUDOGO F; DIARRA S; TRAORE S; NIANGALY A

Rapport sur la prévalence des marqueurs de l'infection par le virus de l'hépatite B au Mali 200; p 1-35.

4. Rapport annuel du Centre National de Transfusion Sanguine du Mali.

www.sante.gov.ml. 2009

5. SIDIBE S; SACKO Y; TRAORE I

Prévalence des marqueurs sérologiques du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes dans le district de Bamako, Mali

Bull Soc PatholExot 2001; 94 (4) : 339-341.

6. SIDIBE S; SACKO M; SANGHO HA; SACKO BY; DOUMBO O; TRAORE I *et al.*

Epidémiologie de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B dans le district de Bamako.

L'Euro biologiste 2000; 34 (246) : 93-96.

7. DEMBELE M ; MAÏGA I; MINTA D; KONATE A; DIARRA M ; SANGARE D *et al*

Etude de l'Ag HBs et des anticorps anti virus de l'hépatite C dans les services hospitaliers à Bamako. Mali

Bull Soc PatholExot 2004 ; 97: 161-164.

**8. MAÏGA M Y ; DEMBELE M ; DIALLO F ; TRAORE HA ; TRAORE AK ; GUINDO A et al.**

Valeur diagnostique de l'endoscopie digestive haute au cours de la cirrhose.

Acta Endoscopica 2002; 32: 211-8.

**9. DIARRA M ; KONATE A; DEMBELE M; KONE B; WANDJI MJ; MAIGA MY et al.**

Carcinome hépatocellulaire : aspects épidémiologiques et évolutifs

Med Afr Noire 2006 ; 53 (1) : 23-28.

**10. BOUREL M**

Hépatologie.

Paris: Ellipses, 1991. 383 p.

**11. BUFFET C, PELLETIER G**

Abrégé d'hépatologie.

Paris : Masson, 1994, PP 59-85.

**12. EUGENE C**

Les hépatites virales.

Paris : Masson ,2000. 226 p.

**13. HESS J ; GONVERS J ; MORADPOUR D**

Quand et comment traiter les hépatites B et C ?

Revue Médicale Suisse 2005, 3, 1-5.

**14. COULIBALY K**

Contribution à la transmission verticale de l'hépatite B

Prévalence de l'antigène HBs chez 206 couples mères enfants

Thèse ,Med, Bamako,1983; 2.

**15. FLATEAU C**

Prévention de la transmission mère- enfant de l'hépatite B chez les enfants nés de mères Co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'hépatite B (VHB)

Etude dans deux centres de référence parisiens de 2000 à 2005

Thèse, Med, paris V, 2007 ;

**16. BALLIAN A**

INTER MED 2004.

Paris : Vernazobres-Grego ,2004. 450p.

**17. CATRICE .M**

Prévention de l'hépatite B dans les populations migrantes originaires de zone de forte épidémie : Afrique Subsaharienne et Asie

Thèse, Med, paris VII, 2009;

**18. DENIS F**

Vaccination contre l'hépatite B. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris)

Hépatologie, 7-015-B-32,2007 ;

**19. ZOULIM F; KAY A; MERLE P ; TREPO C**

Virologie de l'hépatite B.EMC (Elsevier SAS, paris),

hépatologie, 7-015-B30, 2006 ;

**20. TANGARA O**

Coïnfection de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les donneurs de sang au Centre National de Transfusion sanguine

Thèse, pharm, Bamako, 2004 ; 61.

## **Fiche d'enquête**

### **A-ETUDE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE**

1 ÂGE /.... /

2. SEXE.../...../      3. NIVEAU D'Etude /...../

### **B-CONNAISSANCES EN MATIÈRE DE VHB**

3. Avez-vous une fois entendue parler de l'HB /.... / 1= oui; 2= Non

4.H B est-elle provoquée par un virus /.... / 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

5. HB affecte principalement le foie /.... / 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

6-. HB peut causer le cancer /..../ 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

7 HB affecte n'importe quelle tranche d'âge /..../ 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

8 HB peut être transmis par rapport sexuel /.../ 1=oui; 2=non; 88=NSP

9. HB peut être transmis par du sang souillé/..../ 1= oui; 2= Non ; 88.=NSP

10-HB peut être transmis par une seringue non stérilisée /..../ 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

11 -HB peut être transmis par un rasoir déjà *utilisé* par un coiffeur/..../ 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

12 -HB peut être transmis par une brosse déjà utilisée/..../ 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

13 -HB peut être transmis par perforation lors d'un tatouage ou d'un *piercing*/..../ 1= oui; 2= Non ; 88. =NSP

14 -HB peut être transmis par l'eau ou des aliments souillés/..../ 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

15 -Existe-t-il un vaccin disponible pour l'HB/..../ 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

16 -Existent-t-ils des stades infectieux pour le VHB/.... / 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

17 - Connaissez- vous le stade terminal à l'infection du VHB/.... / 1= oui; 2= Non ; 88=NSP

18 -HB peut être transmis de la mère à l'enfant au cours de la grossesse/..../ 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

**C-ATTITUDES FACE AU VHB**

19 - Pense tu que l'HB est un important problème de santé au Mali/.... / 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

20 -Pensez-vous à l'éradication de ce mal/.... / 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

21-Avez-vous une fois été vacciné contre l'HB/..../ 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

22 -Auriez-vous si peur de contracter la maladie au point de ne pouvoir rendre visite ou de voyager avec un ami infecté/..../ 1= oui; 2= Non ; 88=NSP

23 -Aurais-tu la volonté de t'asseoir aux côtés d'un ami VHB/.... / 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

24 -Pourras-tu l'embrassé/..../ 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

25 -Pourrais-tu partager son verre d'eau /.... / 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

26 -L'isolement d'un malade est un moyen de prévention des contagions /.... / 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

27 -Aurais -tu la volonté de demander un examen de l'HB avant une transfusion de sang/.... / 1= oui; 2= Non ; 88=NSP

28 -Désires-tu être vacciné gratuitement contre l'HB/..../ 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

29 -Après un bilan positif, aurais-tu le courage de procéder à un traitement/..../ 1= oui; 2= Non ; 88.= NSP

**D-PRATIQUES COMPORTEMENTALES EN MATIÈRE DE VHB**

30 -T'es-tu rendu disponible pour un examen concernant le VHB/.... / 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

31-Avez-vous fait des tentatives pour être vacciné contre l'HB/.... / 1= oui; 2= Non ; 88=NSP

32 -Avez-vous invité un personnel de santé à l'usage d'une nouvelle seringue pour vous/.... / 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

33 -Demandez-vous à votre coiffeur de changer la lame /.... / 1= oui; 2= Non ; 88= NSP

Auseriez-vous avoir des rapports sexuels non protégés/..../ 1=oui; 2=Non; 88=NSP

**Fiche signalétique**

**Nom :** TRAORE

**Prénom :** AdamaKélékou

**Titre de la thèse :** Connaissances, attitudes et Pratiques sur l'hépatite B dans la commune de Misseni

**Année universitaire :** 2012 - 2013

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** République du Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Santé Publique , Hépto- gastroentérologie.

**Résumé :**

Notre étude sur les connaissances, attitudes et pratiques de l'hépatite B, s'est déroulée dans la Commune de Misseni dans le cercle de Kadiolo. Il s'agissait d'une étude prospective basée sur une enquête transversale à passage unique. La taille de l'échantillon des enquêtés était de 193 personnes.

Le sexe ratio était en faveur des hommes (62,9%), la tranche d'âge la plus présentée était les 26-35 ans. Les cultivateurs étaient les plus représentés (39,6%). 80% des enquêtes avaient entendu parler de l'hépatite B et seulement 39% pensaient qu'elle était d'origine virale et qu'elle affectait le foie. La moitié de notre échantillon n'avait aucune idée sur le mode de transmission et ne faisait pas la relation avec le cancer.

36% des enquêtés savaient qu'un vaccin contre l'hépatite était disponible. 71% pensaient que c'était un problème de santé publique et seulement 58% étaient vaccinés.

Plus de la moitié des enquêtés était prêt pour un test de dépistage et à entreprendre un traitement si le test était positif.

Les facteurs de risque (demande d'usage de seringue neuve en cas d'injection, la lame neuve chez le coiffeur, de pratiques sexuelles non protégés) étaient largement répandus.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au Nom de l'être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je ne permettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure**