

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de
la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

TITRE

**CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL SOIGNANT SUR
LE DEPISTAGE DE L'HEPATITE VIRALE B A LA MATERNITE DU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 27/12/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : M. Aoudoukadi TOURE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Soukalo DAO, Professeur

Membre : M. Souleymane Sekou DIARRA, Maître Assistant

Mme. Niagalé SYLLA, Gynécologue-Obstétricienne

Co-directrice : Mme. Saoudatou TALL, Gynécologue-Obstétricienne

Directeur : M. Issa KONATE, Professeur

LISTE DES PROFESSEURS

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 – 2023

ADMINISTRATION

DOYEN : Mr Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : Mme Mariam SYLLA - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Monzon TRAORE - MAITRE DE CONFERENCES
AGENT COMPTABLE : Mr Yaya CISSE - INSPECTEUR DU TRESOR



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 2. Mr Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 3. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 4. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 5. Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| 6. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| 7. Mr Boulkassoum HAIDARA | Législation |
| 8. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 9. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 10. Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale & Minérale |
| 11. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 12. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 13. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| 14. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| 15. Mr Abdourahmane S. MAIGA | Parasitologie |
| 16. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 17. Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| 18. Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 19. Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 20. Mr Amadou DOLO | Gynéco- Obstétrique |
| 21. Mr Baba KOUMARE | Psychiatrie |
| 22. Mr Bouba DIARRA | Bactériologie |
| 23. Mr Bréhima KOUMARE | Bactériologie – Virologie |
| 24. Mr Toumani SIDIBE | Pédiatrie |
| 25. Mr Souleymane DIALLO | Pneumologie |
| 26. Mr Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie |
| 27. Mr Seydou DIAKITE | Cardiologie |
| 28. Mr Amadou TOURE | Histo-embryologie |
| 29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA | Néphrologie |
| 30. Mr Filifing SISSOKO | Chirurgie Générale |
| 31. Mr Djibril SANGARE | Chirurgie Générale |
| 32. Mr Somita KEITA | Dermato-Léprologie |
| 33. Mr Bougouzié SANOGO | Gastro-entérologie |
| 34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED | O.R.L. |
| 35. Mme TRAORE J. THOMAS | Ophtalmologie |
| 36. Mr Issa DIARRA | Gynéco-Obstétrique |
| 37. Mme Habibatou DIAWARA | Dermatologie |
| 38. Mr Yeya Tiémoko TOURE | Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique |
| 39. Mr Sékou SIDIBE | Orthopédie Traumatologie |
| 40. Mr Adama SANGARE | Orthopédie Traumatologie |
| 41. Mr Sanoussi BAMANI | Ophtalmologie |
| 42. Mme SIDIBE Assa TRAORE | Endocrinologie-Diabetologie |
| 43. Mr Adama DIAWARA | Santé Publique |
| 44. Mme Fatimata Sambou DIABATE | Gynéco- Obstétrique |
| 45. Mr Bakary Y. SACKO | Biochimie |
| 46. Mr Moustapha TOURE | Gynécologie/Obstétrique |
| 47. Mr Boubakar DIALLO | Cardiologie |
| 48. Mr Dapa Aly DIALLO | Hématologie |

49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
54. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
56. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
57. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
59. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
60. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
63. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64. Mr Aly TEMBELY	Urologie
65. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie/Traumatologie
66. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
68. Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
69. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
70. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
71. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
72. Mr Samba DIOP	Anthropologie de la Santé
73. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
74. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
75. Mme Fatimata KONANDJI	Ophthalmologie
76. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation



LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
3. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
5. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
7. Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
8. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
9. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
10. Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
11. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
12. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
13. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
14. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
17. Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
18. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Japhet Pobanou THERA	Ophthalmologie
20. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
21. Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
22. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
23. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
24. Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
25. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
2. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
3. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
4. Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
5. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
6. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
7. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
8. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
9. Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
10. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
11. Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
12. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
13. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
14. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
15. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
16. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
17. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
18. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
19. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
20. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
21. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
22. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
23. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
24. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
25. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
26. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
27. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
28. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
29. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
30. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
31. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
32. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
33. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
34. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
35. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
36. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
37. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
38. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
39. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
41. Mr Bougady Coulibaly	Prothèse Scellée
42. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
43. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
44. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
45. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
46. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
47. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
48. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
49. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
50. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
51. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
52. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
53. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
54. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
55. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
56. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
57. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie



3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant sur le dépistage de l'hépatite virale B à la maternité du centre de santé de référence de la commune V.

1. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
2. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
3. Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
6. Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
7. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
8. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
9. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
10. Mr Mamadou DIARRA	Ophthalmologie
11. Mme Assiatou SIMAGA	Ophthalmologie
12. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophthalmologie
13. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
14. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
15. Mr Alhousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
16. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
17. Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA	Stomatologie
----------------------	--------------



D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
2. Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
3. Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie
4. Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
5. Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
6. Mr Bakary MAIGA	Immunologie
7. Mme Safiatou NIARE	Parasitologie – Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Karim TRAORE	Parasitologie – Mycologie
2. Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie– Mycologie
3. Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
4. Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
6. Mme Aminata MAIGA	Bactériologie Virologie
7. Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
8. Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
10. Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
11. Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
12. Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
13. Mr Sanoukho COULIBALY	Toxicologie
14. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
15. Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
2. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
3. Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
4. Mr Saïdou BALAM	Immunologie
5. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 6. Mr Modibo SANGARE
Biomédicale | Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche |
| 7. Mr Hama Abdoulaye DIALLO | Immunologie |
| 8. Mr Adama DAO | Entomologie médicale |
| 9. Mr Ousmane MAIGA | Biologie, Entomologie, Parasitologie |
| 10. Mr Cheick Amadou COULIBALY | Entomologie |
| 11. Mr Drissa COULIBALY | Entomologie médicale |
| 12. Mr Abdallah Amadou DIALLO | Entomologie, Parasitologie |
| 13. Mr Sidy BANE | Immunologie |
| 14. Mr Moussa KEITA | Entomologie Parasitologie |

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1. Mr Harouna BAMBA | Anatomie Pathologie |
| 2. Mme Assitan DIAKITE | Biologie |
| 3. Mr Ibrahim KEITA | Biologie moléculaire |



D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mr Adama Diaman KEITA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Sounkalo DAO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 3. Mr Daouda K. MINTA | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 4. Mr Boubacar TOGO | Pédiatrie |
| 5. Mr Moussa T. DIARRA | Hépatogastro-Entérologie |
| 6. Mr Ousmane FAYE | Dermatologie |
| 7. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA | Neurologie |
| 8. Mr Yacouba TOLOBA | Pneumo-Phthysologie Chef de DER |
| 9. Mme Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| 10. Mme Fatoumata DICKO | Pédiatrie |
| 11. Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie |
| 12. Mr Mahamadou DIALLO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Ichaka MENTA | Cardiologie |
| 14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 15. Mr Souleymane COULIBALY | Cardiologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mme KAYA Assétou SOUKHO | Médecine Interne |
| 2. Mme Djénébou TRAORE | Médecine Interne |
| 3. Mr Djibril SY | Médecine Interne |
| 4. Mr Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 5. Mr Ilo Bella DIALL | Cardiologie |
| 6. Mr Youssouf CAMARA | Cardiologie |
| 7. Mr Mamadou DIAKITE | Cardiologie |
| 8. Mr Massama KONATE | Cardiologie |
| 9. Mr Ibrahim SANGARE | Cardiologie |
| 10. Mr Samba SIDIBE | Cardiologie |
| 11. Mme Asmaou KEITA | Cardiologie |
| 12. Mr Mamadou TOURE | Cardiologie |
| 13. Mme COUMBA Adiaratou THIAM | Cardiologie |
| 14. Mr Boubacar SONFO | Cardiologie |
| 15. Mme Mariam SAKO | Cardiologie |
| 16. Mr Anselme KONATE | Hépatogastro-Entérologie |
| 17. Mme Kadiatou DOUMBIA | Hépatogastro-Entérologie |
| 18. Mme Hourouma SOW | Hépatogastro-Entérologie |
| 19. Mme Sanra Déborah SANOGO | Hépatogastro-Entérologie |
| 20. Mr Adama Aguisa DICKO | Dermatologie |
| 21. Mr Yamoussa KARABINTA | Dermatologie |
| 22. Mr Mamadou GASSAMA | Dermatologie |
| 23. Mr Issa KONATE | Maladies Infectieuses et Tropicales |

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant sur le dépistage de l'hépatite virale B à la maternité du centre de santé de référence de la commune V.

24. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25. Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
26. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
27. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
28. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
29. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
30. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
31. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
32. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
33. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
34. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
35. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
36. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
37. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
38. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
39. Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
40. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
41. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
42. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
43. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
44. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
45. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
46. Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
47. Mr Seydou SY	Néphrologie



3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
9. Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
10. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
14. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
15. Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
16. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
17. Mme Siritio BERTHE	Dermatologie
18. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
19. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
20. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
21. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
22. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
2. Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3. Mr DiakaliaSiaka BERTHE	Hématologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2. Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.
3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale



2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA | Epidémiologie |
| 2. Mr Housseini DOLO | Epidémiologie |
| 3. Mr Oumar SANGHO | Epidémiologie |
| 4. Mr Abdourahmane COULIBALY | Anthropologie de la Santé |
| 5. Mr Oumar THIERO | Biostatistique/Bioinformatique |

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Mr Ousmane LY | Santé Publique |
| 2. Mr Ogobara KODIO | Santé Publique |
| 3. Mr Cheick Abou COULIBALY | Epidémiologie |
| 4. Mr Moctar TOUNKARA | Epidémiologie |
| 5. Mr Nouhoum TELLY | Epidémiologie |
| 6. Mme Lalla Fatouma TRAORE | Santé Publique |
| 7. Mr Nafomon SOGOBA | Epidémiologie |
| 8. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE | Nutrition |
| 9. Mr Salia KEITA | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 10. Mr Samba DIARRA | Anthropologie de la Santé |

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 1. Mr Seydou DIARRA | Anthropologie de la Santé |
| 2. Mr Abdrahamane ANNE | Bibliothéconomie-Bibliographie |
| 3. Mr Mohamed Mounine TRAORE | Santé Communautaire |
| 4. Mr Souleymane Sékou DIARRA | Epidémiologie |
| 5. Mme Fatoumata KONATE | Nutrition et Diététique |
| 6. Mr Bakary DIARRA | Santé Publique |
| 7. Mr Ilo DICKO | Santé Publique |
| 8. Mr Moussa SANGARE | Orientation, contrôle des maladies |
| 9. Mr Mahamoudou TOURE | Epidémiologie |

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| 1. Mr Ousseynou DIAWARA | Parodontologie |
| 2. Mr Amsalla NIANG | Odonto Préventive et Sociale |
| 3. Mme Daoulata MARIKO | Stomatologie |
| 4. Mr Issa COULIBALY | Gestion |
| 5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE | Biochimie |
| 6. Mr Brahim DICKO | Médecine Légale |
| 7. Mr Bah TRAORE | Endocrinologie |
| 8. Mr Modibo MARIKO | Endocrinologie |
| 9. Mme Aminata Hamar TRAORE | Endocrinologie |
| 10. Mr Ibrahim NIENTAO | Endocrinologie |
| 11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE | Parodontologie |
| 12. Mme Rokia SANOGO | Médecine Traditionnelle |
| 13. Mr Benoît Y KOUMARE | Chimie Générale |
| 14. Mr Oumar KOITA | Chirurgie Buccale |
| 15. Mr Mamadou BA | Chirurgie Buccale |
| 16. Mr Baba DIALLO | Epidémiologie |
| 17. Mr Mamadou WELE | Biochimie |
| 18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY | Biochimie |
| 19. Mr Tietie BISSAN | Biochimie |
| 20. Mr Kassoum KAYENTAO | Méthodologie de la recherche |
| 21. Mr Babou BAH | Anatomie |
| 22. Mr Zana Lamissa SANOGO | Ethique-Déontologie |
| 23. Mr Lamine DIAKITE | Médecine de travail |
| 24. Mme Mariame KOUMARE | Médecine de travail |
| 25. Mr Yaya TOGO | Economie de la santé |
| 26. Mr Madani LY | Oncologie |
| 27. Mr Abdoulave KANTE | Anatomie |

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant sur le dépistage de l'hépatite virale B à la maternité du centre de santé de référence de la commune V.

28. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
30. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
31. Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique
32. Mr Madani MARICO	Chimie générale
33. Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
36. Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
37. Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC
38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
39. Mr Morodian DIALLO	Physique
40. Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
41. Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Bamako, le / 05 / 05 / 2023

Le Secrétaire Principal



[Signature]
Dr Monzon TRAORE

DEDICACES

REMERCIEMENTS

DEDICACES

A ALLAH

Louange à Allah Seigneur des mondes, maître du jour de la rétribution....
Al Hamdu Lilah, Al Hamdu Lilah, Al Hamdu Lilah ... Lequel donc des bienfaits
de votre Seigneur nierez-vous ? *S55.V13*

Cette aventure m'a permis d'augmenter en foi et de me rapprocher de mon
Seigneur.

Je suis satisfait de toi comme Seigneur, satisfait de l'Islam comme religion
satisfaite du Prophète Muhammad (SAW) comme Prophète et messenger.
Par ta grâce j'ai pu terminer ce travail, par ta grâce je serai un médecin en acte.

Mon défunt père Djibrilla TOURE

Papa, c'est avec les larmes aux yeux que je te dis merci pour tout ce que tu as fait
pour moi de ton vivant, j'aurais tellement aimé que tu sois présent ce jour, mais
la vie en a décidé autrement. Tu m'as toujours bien encadré et fait de moi un
homme responsable. Je me rappelle ce jour de mon enfance où tu m'as demandé
ce que j'aimerais être plus tard et je t'ai répondu << j'aimerais être président de la
république >>. Tu m'as juste encouragé et m'as demandé de travailler dur pour y
arriver. Tu as toujours cru en moi papa. Je te dédie cette thèse en guise de ma
reconnaissance éternelle. Je remercie DIEU de m'avoir donné un père comme toi
et j'espère que tu es fière de moi.

A ma mère : Nafissatou TOURE, les mots m'ont toujours manqué pour vous
signifier mes sentiments ; même si je les trouve, ils ne suffiront jamais pour vous
dire combien je suis fier d'être votre fils. Vous resterez pour nous des mères
exemplaires, très courageuses et très sociables.

Ce travail est le fruit de tant d'années de dur labeur ; puisse-t-il, non seulement vous apporter réconfort et fierté mais aussi le témoin de mon profond amour.

Merci pour vos prières et bénédictions. Je prie ardemment Le tout puissant pour qu'Il vous garde le plus longtemps possible auprès de nous.

A ma chère EPOUSE

Adizatou TOURE pour te remercier de tout ce que tu as fait et continu de faire pour moi. Tu as toujours été là au moment où j'avais le plus besoin de toi. Tu n'as jamais cessé de mettre à ma disposition ta disponibilité, ta compréhension, ton soutien moral et matériel, et surtout ton amour pendant toute la durée de ma vie estudiantine en synchronisation avec ma vie au foyer. Je te dédie cette thèse. Tu es la meilleure épouse du monde puisse ALLAH bénir notre fille et lui donner plein de frère et sœur.

DEDICACE TRES SPECIALE A UNE PERSONNE SPECIALE

Oncle Hamza TOURE, tu as été un guide pour moi, un mentor depuis ma première année de médecine. Sans toi, je n'en serai là aujourd'hui ; Merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Merci pour ton soutien moral, matériel, et tes bénédictions. Puisse Allah te donner la santé et une longue vie.

REMERCIEMENTS

A ALLAH : le tout puissant, le clément et le très miséricordieux. Nous implorons votre pardon et prions pour que vous nous assistiez dans nos actes quotidiens, que vous nous montriez le droit chemin et en nous éloignant du mal. Gloire à DIEU, l'omniscient, le maître des maîtres qui nous a permis de mener à bien ce travail et de voir ce grand jour. Que votre volonté soit faite.

A la FMOS : Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis à mes encadreurs du service **Pr Soumana O TRAORE, Dr Oumar M TRAORE, Dr Saoudatou TALL, Dr Niagalé SYLLA, Dr Saleck DOUMBIA, Dr Mamadou TRAORE, Dr Nouhoum DIAKITE** ainsi qu'à tous les **DES de Gynéco-Obstétrique et de Chirurgie**: chers maîtres vous êtes des modèles pour moi. Votre rigueur scientifique, votre humanisme, votre dévouement pour l'encadrement des étudiants ont fait de la gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune V un pôle d'excellence. Ce travail est le résultat de votre implication constante, je vous en remercierai éternellement.

□ A mes maîtres du service de maladies infectieuses et tropicales **Pr Soukalo DAO, Pr Issa KONATE, Pr Yacouba CISSOKO, Dr Dramane SOGOBA, Dr Oumar MAGASSOUBA, Dr DICKO Mariam SOUMARE, Dr Lassine DIALLO** ainsi qu'à tous les **DES et aux Internes et a du service de la maladie infectieuses et tropicale** : Avec vous j'ai d'avantage appris la notion du vivre ensemble et d'entraide. Merci à chacun d'entre vous pour la collaboration et les moments partagés.

A mes camarades thésards du service de gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune V : **Amadou Sidi TAKIYOU, Amakène**

YEBEZIE, Jean Paul COULIBALY, Issa Fabou TRAORE, Sandiakou FOFANA Mathieu DOUMBO, Tahirou BAH, Mamadou DOUMBO, Bakary DIARRA, Sekou DEMBELE, Sekou KONE...

A mes aînés du service **DR KODIO LEVI, DR Adama FOMBA, DR Martin LOUA, Dr Adama SISSOKO, Dr Ousmane DEMBELE, Dr Kassoum BAGAYOKO, Dr Wally CAMARA, Dr Bakary Dembélé, Dr Roméo HOUNADE, Dr Ousmane SISSOKO**, pour l'apprentissage à vos côtés.

A mes cadet(tes) **Amara Diakité, Nono Karifa Keita, Korotimi DIARRA, Djibril DIAKITE, Nana Fatoumata TOURE, Sanata SOGOBA, Moussa NIMAGA, Amadou KEITA, Amadou KONATE...**

Salimata COULIBALY, Affo GAKOYE, Soumaïla CAMARA: vous resterez pour moi une seconde famille.

A l'ensemble du personnel médical et paramédical du service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune V.

A toutes les équipes d'internes :

- En commençant par mon équipe
- Martin Loua et équipe
- Francis Dembélé et équipe,
- Tahirou Bah et équipe,
- Alfousseni Coulibaly et équipe

Merci pour la collaboration, bon courage et bonne carrière médicale pour chacun.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Soukalo DAO

- Professeur titulaire des Maladies Infectieuses et Tropicales ;
- Responsable de l'enseignement des Maladies Infectieuses à la FMOS ;
- Investigateur clinique au Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC);
- Chercheur au centre de recherche et de formation sur la tuberculose et le VIH;
- Coordinateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) des Maladies Infectieuses et Tropicales ;
- Coordinateur du D.U de VIH/Sida et co-infections à la FMOS ;
- Président de la Société Malienne des Pathologies Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT) ;
- Membre de la Société Africaine des pathologies Infectieuses (SAPI) ;
- Membre du Collège Ouest Africain des Médecins ;
- Membre de la Société des Pathologies Infectieuses de Langue Française (SPILF) ;
- Directeur de publication de la Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie ;
- Chef de service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G.

Honorable Maître,

C'est un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons bénéficié de votre enseignement de qualité, votre savoir scientifique et votre amour du travail bien fait. Votre bonne humeur inaltérable et contagieuse, votre disponibilité constante à partager la grande expérience scientifique que vous

avez, font de vous un maître d'approche facile. Trouvez ici toute notre admiration ainsi que notre profond respect.

A notre maître et membre du jury

Dr Souleymane Sékou DIARRA

- MD, PhD en Epidémiologie,
- Maître assistant à la FMOS/USTTB,
- Ex. Chef de service des opérations d'urgence de Santé Publique au DOU-SP/INSP,
- Expert en gestion des urgences de santé publique.

Cher maître,

Vous avez toujours répondu favorablement à nos sollicitations dans le cadre du travail. Votre simplicité, votre rigueur dans le travail et votre dévouement font de vous un exemple pour nous les jeunes. Recevez notre profonde gratitude et reconnaissance pour nous avoir aidés à améliorer la qualité de ce travail.

A notre maître et membre du jury

Docteur Niagalé SYLLA

- Gynécologue-obstétricienne
- Praticienne hospitalière en gynécologie obstétrique au CSREF CV

Cher maître,

Vous avez toujours répondu favorablement à nos sollicitations dans le cadre du travail. Votre simplicité, votre rigueur dans le travail et votre dévouement font de vous un exemple pour nous les jeunes. Recevez notre profonde gratitude et reconnaissance pour nous avoir aidés à améliorer la qualité de ce travail.

A notre Maître et Co-directrice de thèse

Docteur Saoudatou TALL

- Chargé de recherche
- Gynécologue-obstétricienne
- Praticienne hospitalière en gynécologie obstétrique au CSREF CV

Cher Maître,

Avec indulgence et gentillesse, vous avez accepté de codiriger ce modeste travail. Vous nous faites un grand honneur. Vos qualités intellectuelles, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maître admirable. Veuillez accepter, cher Maître, l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Issa KONATE

- Médecin spécialiste des Maladies Infectieuses et Tropicales ;
- Maître de conférences des Maladies infectieuses et tropicales à la faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) ;
- Diplômé interuniversitaire d'anti biologie et d'antibiothérapie en Afrique subsaharienne ;
- Praticien hospitalier au CHU de point G ;
- Secrétaire administratif de la Société Malienne des Pathologies Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT) ;
- Membre de la cellule Assurance Qualité de l'université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB) ;
- Membres du groupe de Coordination Multisectorielle de lutte contre les résistances aux antimicrobiens.

Cher Maître,

Cher Maître, c'est un honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés, profiter de votre rigueur scientifique et de la valeur de vos connaissances. Au-delà de votre compétence, votre disponibilité et votre engagement pour un travail bien fait, forcent l'admiration et le respect. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire. Les mots nous manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de faire de nous de bons médecins. Acceptez ici notre profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

AgHBs : Antigène HBs

PVVIH : Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine

AES : Accident d'exposition au sang

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ADN : Acide Désoxyribonucléique

VHB : Virus de l'Hépatite B

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

IgM : Immunoglobuline M

IgG : Immunoglobuline G

ASAT : Aspartate amino transférase

ALAT : Alamine amino transférase

IST : Infection Sexuellement Transmissible

GGT : Gamaglutamine transpeptidase

CHC : Carcinome hépatocellulaire

VHC : Virus de l'Hépatite C

AgHBs : Antigène HBs

PVVIH : Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine

AES : Accident d'exposition au sang

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ADN : Acide Désoxyribonucléique

VHB : Virus de l'Hépatite B

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

IgM : Immunoglobuline M

IgG : Immunoglobuline G

ASAT : Aspartate amino transférase

ALAT : Alamine amino transférase

IST : Infection Sexuellement Transmissible

ELISA : Enzyme linked immuno-sorbant assay

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Distribution géographique de la prévalence du virus de l'hépatite virale B	7
Figure 2 : Carte sanitaire de la commune V du district de Bamako.	38

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des participants selon le niveau d'étude ou qualification	49
Tableau II : Répartition des participants selon le sexe.....	50
Tableau III : Répartition des participants selon l'âge	50
Tableau IV : Répartition des participants selon l'ancienneté dans le service.....	51
Tableau V : Répartition des participants selon la connaissance du programme de lutte contre les Hépatites au Mali.....	51
Tableau VI : Répartition des participants selon participation à des formations sur le dépistage des hépatites virales B.....	52
Tableau VII : Répartition des participants selon la vaccination contre l'hépatite virale B.....	52
Tableau VIII : Répartition selon la proposition du dépistage de l'hépatite virale B	53
Tableau IX : Répartition selon les examens demandés.....	53
Tableau X : Répartition selon la conduite de l'agent face à un AgHBs positif...	54
Tableau XI : Répartition selon les facteurs de risque ayant motivé le dépistage de l'hépatite virale B chez les participants	55
Tableau XII : Répartition selon la proposition de la vaccination contre l'hépatite virale B.....	56
Tableau XIII : Répartition selon la pensée sur la prise en charge de l'hépatite virale dans le service	56
Tableau XIV : Répartition selon les propositions pour l'amélioration du dépistage des hépatites virales B dans votre structure sanitaire	57
Tableau XV : Répartition des enquêtés selon la participation à des formations sur le dépistage des hépatites et la qualification du prestataire	58
Tableau XVI : Répartition des enquêtés selon la vaccination contre l'hépatite et la qualification du prestataire.....	59

Tableau XVII : Répartition des enquêtés selon la vaccination contre l'hépatite et la participions à des formations sur le dépistage des hépatites..... 60

Tableau XVIII : Répartition des enquêtés selon la Proposition d'un dépistage de l'hépatite B (VHB) à leurs patients et la qualification du prestataire. 61

Tableau XIX : Répartition des enquêtés selon la vaccination contre l'hépatite virale B et le fait de proposer la vaccination contre VHB aux patients..... 62

Tableau XX : Répartition des enquêtés selon la vaccination contre l'hépatite virale B et le fait de proposer la vaccination contre VHB aux patients..... 63

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	4
2. Généralités	6
3. Matériel et méthode	37
4.1. Cadre d'étude :	37
4.2. Description du service de gynécologie-obstétrique du CSREF CV :	41
4.1. Type et période d'étude :	44
4.2. Population d'étude :	44
4.3. Collecte des données :	45
4.4. Saisie et analyse de données :	46
4.5. Considérations éthiques :	47
5. RESULTATS	49
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	65
CONCLUSION	72

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

L'hépatite virale B pose un problème de santé publique dans plusieurs régions du monde de par sa fréquence, ses complications et ses conséquences socio-économiques.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 2 milliards le nombre de personnes infectées par l'hépatite virale B y compris 400 millions de porteurs chroniques dont 60 millions en Afrique [1], 1 million de morts chaque année sont dû à l'infection par l'hépatite virale B [2].

La prévalence de l'infection est très élevée en Afrique tropicale et en Asie du Sud-Ouest où la fréquence du portage chronique peut atteindre 20% de la population. Cette prévalence est faible en Europe de l'ouest, en Australie et en Amérique du nord ; la fréquence du portage chronique étant comprise entre 0,1 - 0,5% [3].

Une étude de séroprévalence menée à Dakar chez le personnel hospitalier en 1989 faisait état d'un portage de l'AgHBs de 18% [4]. En Côte d'Ivoire Sombo et al. ont montré en 1998 que plus de 80% du personnel de laboratoire d'immunologie du CHU de Cocody ont été en contact avec le virus de l'hépatite B [5].

Il existe quatre principaux modes de transmission : la transmission sexuelle, parentérale, verticale et horizontale (essentiellement intrafamiliale sur une longue période). Chez la femme enceinte, l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est dominée par le risque de transmission mère-enfant (transmission verticale). Le nouveau-né contaminé va rester le plus souvent porteur chronique. Cette transmission mère enfant peut être évitée grâce à la sérovaccination du nouveau-né. Le personnel soignant constitue une population à risque vis-à-vis de cette maladie du fait des actes invasifs qu'il pose dans le cadre de l'exercice de leurs activités professionnelles. En salle d'opération et à la maternité, le risque provient de l'exposition fréquente et intime aux liquides biologiques des patients.

La contamination des accoucheuses, des chirurgiens et de leurs assistants lors de leurs pratiques quotidiennes, se produit soit par les blessures percutanées, Face à ces expositions, les prestataires de soins de santé en obstétrique et en chirurgie ont un risque accru d'exposition à des pathogènes à diffusion hématogène, dont l'hépatite B [6,8].

Au Mali, des études réalisées à Bamako auprès de la population générale et des donneurs de sang ont rapporté la prévalence de l'Ag HBS respectivement à 14,7 % et 14,9 % [9,10].

Toutes ces études montrent que l'HVB a une prévalence élevée au Mali. Le personnel soignant est exposé au risque de contamination surtout lié aux accidents d'exposition au sang. Très contagieux, le VHB est responsable du plus grand nombre de contaminations ; les injections à risque comptent pour 30% des nouvelles infections dans les pays en développement et en transition sur un total de 21,7 millions de personnes contaminées chaque année [11] d'où l'intérêt d'une étude de type CAP (connaissances, attitudes et pratiques) du personnel soignant vis-à-vis de l'HVB.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de la maternité du centre de santé de référence de la commune V sur le dépistage de l'hépatite virale B.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- ✓ Décrire le niveau de connaissance du personnel soignant exerçant à la maternité du centre de santé de référence de la commune V en matière de dépistage de l'hépatite B ;
- ✓ Décrire les attitudes du personnel soignant exerçant à la maternité du centre de santé de référence de la commune V en matière de dépistage de l'hépatite B ;
- ✓ Décrire la pratique du personnel soignant exerçant à la maternité du centre de santé de référence de la commune V en matière de dépistage de l'hépatite B ;
- ✓ Déterminer les facteurs influençant ces connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant exerçant à la maternité du centre de santé de référence de la commune V.

GENERALITES

2. GENERALITES

3.1. Définition

L'hépatite B se définit comme une inflammation du parenchyme hépatique associée à une nécrose hépatocytaire et parfois à une cholestase qui sont dues à un virus hépatotrophe alphabétique **B** [11].

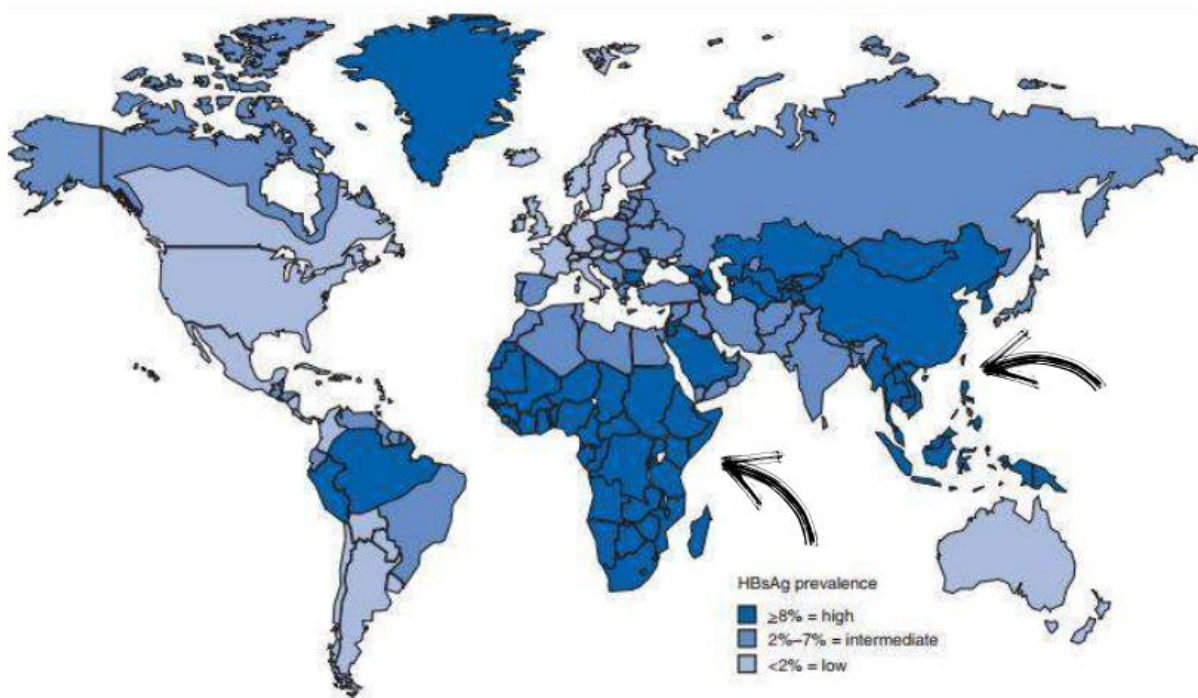
3.2. Epidémiologie

3.2.1. Situation dans le monde

En 2015, l'OMS estimait que 257 millions de personnes vivaient avec une hépatite

B chronique. On distingue schématiquement trois zones d'endémicité d'hépatite dans le monde :

- Des zones de forte endémicité où le portage de l'antigène HBs était supérieur à 8% de la population générale telles que l'Afrique intertropicale, la Chine, et l'Asie du Sud-Est.
- Des zones d'endémicité intermédiaire où le portage de l'antigène HBs était compris entre 2% et 8% de la population générale telles que les pays du bassin de la méditerranée ;
- Des zones de faible endémicité où le portage de l'antigène HBs était inférieur à 2% de la population générale telles que l'Amérique du Nord [12].



Source : Google.

Figure 1 : Distribution géographique de la prévalence du virus de l'hépatite virale B [12].

3.2.2. Situation en Afrique

En Afrique on distingue deux zones de prévalence différentes, d'une part l'Afrique Subsaharienne qui fait partie de la zone de forte endémicité où la prévalence de l'infection était supérieure à 8 % de la population générale. D'autre part, l'Afrique du Nord (Maghreb) qui fait partie de la zone de moyenne endémicité où la prévalence de l'infection est de 2 à 7% [13].

3.2.3. Situation au Mali

Au Mali, des études réalisées à Bamako dans la population générale et chez les donneurs de sang ont rapporté une prévalence du portage de l'AgHBs respectivement à 14,7 % et 14,9 % [9,10]. Cette prévalence élevée place le Mali selon l'OMS, dans une zone de forte endémicité pour le virus de l'hépatite B (prévalence supérieure à 8%) [14].

3.3. Caractéristiques du virus de l'hépatite B

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 du virus de l'hépatite B (AgHBs). 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'AgHBs ce sont :

- Des petites particules sphériques qui ont environ 16 à 25 nanomètres.
- De forme filamenteuse ou tubule qui ont environ 22 nanomètres de diamètres.

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

- La région S précédée de la région pré S1 et pré S2 : codant pour l'enveloppe (Ag HBs).
- La région C codant pour la capsid Ag Hbc et Ag 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 virale.
- 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 associées 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'AgHBs [15].

3.4. Modes de transmission et populations exposées

3.4.1. Modes de transmission :

La transmission du VHB est liée à la présence dans la plupart des liquides biologiques des personnes infectées (sang, sperme, sécrétion vaginale et à des concentrations plus faibles dans la salive). Il existe quatre modes principaux de transmission du VHB [16-17] :

- **Les relations sexuelles non protégées [18]**

L'infection par le VHB fait partie des infections sexuellement transmissibles (IST). 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 rapport notamment les rapports anaux réceptifs.

- **Contact direct ou indirect avec du sang infecté**

La transmission du VHB peut se faire lors des risques professionnels et nosocomiaux tels que : les piqûres, les contacts des muqueuses avec du

matériel souillé insuffisamment décontaminé ; l'usage des drogues par voie intraveineuse ou par voie nasale ; les actes avec effraction cutané tels que les piercings, les tatouages en l'absence de règles strictes d'hygiène.

□ **La transmission mère-enfant**

La transmission mère-enfant existe (entre 25 et 90 % en fonction de la virémie chez la mère et en l'absence de séroconversion à la naissance) [16]. Elle se fait essentiellement au moment de l'accouchement si la mère est porteuse chronique. Les taux de prévalence de l'hépatite B chronique dans la population sont plus élevés en Afrique et en Asie où l'infection a lieu principalement dans l'enfance ou la période périnatale [19].

• **Les contacts étroits avec l'entourage**

Les personnes vivant en contact avec un sujet infecté (essentiellement intra familiaux) sont susceptibles d'être contaminées le plus souvent par excoriations cutanées ou par l'intermédiaire d'objets de toilette piquants ou coupants (rasoir, coupe-ongles, brosse à dents).

3.4.2. Populations exposées [20]

Les personnes considérées comme à risque de contracter le VHB sont les suivantes :

- Les personnes nées ou ayant résidées dans les régions de forte endémicité (Afrique Subsaharienne, Asie) et moyenne endémicité (Europe de l'Est et du Sud, moyen Orient, sous-continent indien, Amérique du Sud, Afrique du Nord)
- L'entourage proche et les partenaires sexuels d'une personne porteuse du VHB.
- Les usagers de drogues par voie intraveineuse ou intra nasale.
- Les patients susceptibles de recevoir des transfusions massives ou itératives.
- Les voyageurs et les personnes susceptibles de résider dans les régions de forte ou moyenne endémicité.

- Adultes et enfants accueillis dans les institutions psychiatriques.
- Les personnes séropositives pour le VIH, VHC ou ayant une infection sexuellement transmissible en cours ou récente.
- Les personnes ayant un piercing ou un tatouage.
- Les personnes séjournant ou ayant séjournées en milieu carcéral.
- Les personnes ayant des rapports sexuels avec des partenaires multiples.
- Les personnes ayant un risque d'exposition professionnelle

3.5. Physio-pathogénie [21]

L'effet cytopathogène du VHB est faible.

Les lésions sont secondaires à des réactions immunologiques à médiation surtout cellulaire. Le degré de cette réponse immunitaire est très déterminant dans l'évolution de la maladie.

Cette physiopathologie explique la possibilité des lésions hépatiques de gravité très variable suivant les individus. Il faut distinguer des facteurs viraux et des mécanismes immunologiques.

- Facteurs viraux : il existe deux phases dans l'infection par le VHB :
 - la réplication virale complète marquée par la présence de l'ADN virale B et de l'Ag HBe,
 - la phase d'intégration de l'ADN du VHB à l'ADN cellulaire marquée par une normalisation des transaminases, l'apparition de l'Anticorps anti -Hbe et une baisse du titre d'Ag HBs.
- Mécanismes immunologiques : l'hépatite aiguë bénigne reflète une réponse immunitaire adaptée qui entraîne la nécrose des hépatocytes infectés et l'élimination du virus. Il y a un rejet immunologique des hépatocytes infectés. Les cellules impliquées sont LT (Lymphocyte T), NK (Naturel killer). La cytotoxicité T va de pair avec l'expression d'Ag de classe I du complexe majeur de l'histocompatibilité par les hépatites. Une cytotoxicité humorale dépendant du complément semble également possible.

L'hépatite aiguë fulminante est témoin d'une réponse immunitaire trop forte et inadaptée qui induit une nécrose hépatocytaire massive. L'Ag HBs est faible car rapidement éliminé, l'apparition de l'Ac anti-HBs est précoce. La réponse immunitaire peut être faible et adaptée se traduisant par une infection asymptomatique évoluant vers la guérison. Le portage asymptomatique correspondant à un phénomène de tolérance immune sans nécrose hépatocytaire, le portage chronique du virus avec hépatite chronique où la réponse immunitaire existe mais insuffisante pour éliminer le virus.

3.6. Histoire naturelle de la maladie [12]

L'histoire naturelle de l'hépatite B est bien plus complexe car elle est très polymorphe. On distingue les formes à savoir :

✚ Hépatite virale B aiguë : dans la forme habituelle, la durée d'incubation varie de 1 à 3 mois. Elle est en général asymptomatique dans la petite enfance et symptomatique chez 30 à 50 % des adultes. Cela signifie aussi qu'elle reste en général méconnue et qu'elle est souvent découverte au cours d'un examen systématique. Quand elle est symptomatique on distingue une phase préictérique de 3 à 7 jours (nausées, asthénie, anorexie, parfois fièvre, arthralgies, urticaire), puis apparaît un ictère qui peut durer 2 à 3 semaines. La biologie est très importante pour en suivre l'évolution ; en effet la persistance de l'AgHBs au bout de six mois, signifie un passage à la chronicité. Il existe d'autres formes aiguës telles que les formes cholestatiques prolongées, les formes à rechutes, les hépatites fulminantes (très grave).

✚ Formes fulminantes

L'hépatite grave (fulminante) est définie par l'apparition d'une encéphalopathie hépatique associée à une diminution du facteur V (<50%) survenant dans les 15 premiers jours de l'ictère. Selon l'hypothèse physiopathologique ces formes fulminantes seraient dues à une réponse immune exacerbée, entraînant une

destruction massive des hépatocytes infectés. Si l'intervalle entre l'ictère et encéphalopathie est inférieur à 02 semaines on parlera d'hépatite fulminante ; et si cet intervalle est entre 02 semaines et 03 mois on parlera d'hépatite subfulminante. Les hépatites fulminantes représentent 1 % des hépatites virales B et l'évolution est rapide et mortelle dans 80 % des cas en absence de transplantation hépatique.

Formes chroniques

Le passage à la chronicité est défini par la persistance de l'antigène HBs, de l'antigène HBe, et des titres élevés d'ADN du VHB six mois après l'infection aiguë.

Il est coutume de dire qu'il y a un risque de passage à la chronicité de 5 à 10 % chez les adultes immunocompétents de moins de 50 ans. Il est beaucoup plus élevé dans les autres tranches de la population : de 70 à 90 % chez les enfants nés de mères infectées, de 20 à 30 % chez les enfants infectés avant 5 ans, de 30 % chez les adultes de plus de 50 ans et de 30 à 100 % chez les sujets immunodéprimés. Le passage à la chronicité peut évoluer vers :

- Un portage chronique asymptomatique de l'AgHBs. Cette situation concerne un tiers des porteurs chroniques de l'AgHBs. Elle associe une absence de symptômes et de réplication virale détectable dans le sérum et des transaminases strictement normales. Le pronostic est en général favorable mais une surveillance biologique semestrielle est nécessaire.
- Hépatite chronique définie par la persistance de l'Ag HBs pendant plus de six mois associés à une élévation des transaminases. Elle est le plus souvent asymptomatique, avec parfois une asthénie ou des douleurs de l'hypochondre droit, l'examen clinique est peu contributif.

L'histoire naturelle de cette forme chronique a été schématisée en 4 phases :

- ❖ Phase d'immunotolérance : forte multiplication virale et faible activité biologique et histologique, correspondant à une réponse immune faible ou nulle.
- ❖ Phase de rupture de tolérance après plusieurs années d'évolution : réponse immunitaire forte favorisant l'apparition de fibrose. Celle-ci peut aboutir à une cirrhose dans 10 à 20 % des cas.
- ❖ Elle peut aussi se terminer par un arrêt de la multiplication virale et une séroconversion HBe, ce qui signifie la disparition de l'activité de l'hépatite.
- ❖ Phase de non-réplication virale, contagiosité faible, disparition de l'activité nécrotico-inflammatoire hépatique. A ce stade il peut exister une cirrhose ou un cancer du foie. Il est nécessaire de surveiller le taux d'alphafoetoprotéine et l'échographie du foie tous les 6 mois. Cette phase peut aboutir à la guérison de l'hépatite ou à une quatrième phase de réactivation virale.

L'évaluation de ces différentes formes n'est pas facile et il faut en général un suivi de plusieurs mois pour différencier une hépatite aiguë, un portage chronique inactif et une hépatite chronique.

3.7. Les signes [11]

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.

3.7.1. Type de description : Hépatite ictérique aiguë commune de l'adulte

□ 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 générale modérée à 38 – 38,5°C avec parfois des frissons, des myalgies, des arthralgies et des céphalées.

- Des signes digestifs inconstants qui peuvent être des nausées, des douleurs abdominales, et/ou des vomissements.

Rarement une urticaire évocatrice du diagnostic surtout lorsqu'il est associé à des céphalées et des arthralgies (classique triade de Caroli). Les manifestations notées lors de cette phase disparaissent lorsque l'ictère s'installe.

□ **La phase ictérique ou phase d'état**

- **Les signes généraux**

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

Les signes fonctionnels sont généralement absents à ce stade.

Les signes physiques : l'ictère est d'installation progressive et d'intensité modérée, souvent associé à des urines foncées et des selles légèrement décolorées, le prurit peut être présent.

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 le Gamma Glutamyl Transpeptidase (GGT) peuvent être élevés 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.

3.7.2. 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. C'est la disparition de l'Ag HBs et l'apparition de l'anticorps anti-HBs qui 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.

3.8. Les formes cliniques

3.8.1. 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 [21].

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 mononuclées et de la fibrose [22].

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 [23]. 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 [24].

□ Données histologiques

Les lésions histologiques lors des hépatites chroniques virales associent nécrose hépatocytaire, infiltrat inflammatoire et fibrose.

-La nécrose hépatocytaire est focale à prédominance péri portale. La nécrose, lorsqu'elle intéresse les hépatocytes de la lame bordante (c'est-à-dire les hépatocytes situés au contact de l'espace porte) s'appelle nécrose parcellaire (ou piecemeal necrosis) ; et si elle intéresse des traversées d'hépatocytes réunissant un espace porte et une veine Centro lobulaire s'appelle nécrose en pont (bridging necrosis)

- L'infiltrat inflammatoire est composé de lymphocytes et de macrophages. Il n'y a pas ou peu de polynucléaires neutrophiles (contrairement aux lésions d'hépatite alcoolique aiguë). En cas d'hépatite virale C, des follicules lymphoïdes peuvent être notés.

- La fibrose siège préférentiellement dans la région portale et péri portale, La fibrose est maximale en cas de cirrhose.

Plusieurs indices évaluent de manière semi- quantitative les lésions histologiques dues aux virus des hépatites B, et C. Le plus utilisé sur le plan international est le score de Knodell. Quatre items sont alors pris en compte :

- Nécrose péri portale/nécrose en pont.
- Nécrose intra lobulaire.
- Infiltrat inflammatoire portale.
- Fibrose.

En France l'index le plus utilisé est le score de METAVIR qui tient compte de l'activité inflammatoire (cotée de 0 à 3 : A0= pas d'activité, A1= activité discrète ; A2= activité modérée, A3= activité marquée) ; et de la fibrose (cotée de 0 à 4 : F0= pas de fibrose, F1= fibrose portale sans septum fibreux, F2= fibrose portale et péri portale avec rares septa fibreux, F3= fibrose portale et péri portale avec de nombreux septa fibreux, F4=cirrhose).

3.8.2. 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.

3.8.3. 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 environ 90 % des cas. 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, le prurit, et l'urticaire [25].

3.8.4. 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 les hépatocytes est alors perturbée (stase intracellulaire) ; les cholangiotes 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 franc, les selles sont complètement décolorées et les urines sont foncées. Les phosphatases alcalines et le Gamma Glutamyl Transpeptidase sont franchement élevés.

3.8.5. 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 [26].

3.8.6. Les formes fulminantes :

L'hépatite fulminante est définie par la survenue d'un astérisis, des troubles du comportement, d'une somnolence associée à un taux de prothrombine 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% [27]. Au cours d'une hépatite fulminante, la surveillance du taux de prothrombine (TP) ou temps de Quick doit être systématique ; le taux de prothrombine, le facteur V sont généralement bas et la cytolyse est majeure. Un taux de prothrombine inférieur à 50 %, définit une hépatite sévère.

3.8.7. 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 % [20].

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. [28].

3.8.8. Les formes de la femme enceinte

Il n'existe pas de risque d'embryo-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 2ème ou 3ème trimestre de la grossesse. Lorsque la mère a une hépatite chronique virale B, le risque de transmission materno-fœtale est corrélé avec la charge virale au moment de l'accouchement. En pratique, les nouveau-nés de mères porteuses de l'Ag HBs doivent bénéficier systématiquement d'une sérovaccination à la naissance. La prévalence de l'antigène HBs chez les femmes enceintes varie entre 3 et 18 % [23].

3.8.9. Hépatite du nouveau-né

Elle se définit comme survenant à la naissance ou dans les trois premiers mois de vie. L'infection se fait en transplacentaire (prénatal), lors de l'accouchement (périnatal) ou après l'accouchement (postnatal). Il peut s'agir d'une hépatite ictérogène simple, soit d'une hépatite anictérique ne se traduisant que par l'apparition de l'antigène HBs dans le sang.

3.8.10. Les formes de l'immunodéprimé

Le risque de passage à la chronicité en cas d'hépatite aiguë B chez le patient Coinfecté 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 lymphocytes T CD4 [29].

3.9. Diagnostic positif

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

Le diagnostic d'hépatite est posé sur le bilan de la fonction hépatique. Le bilan initial doit inclure : transaminases (ALAT, ASAT), gamma GT, phosphatases alcalines, bilirubine totale, libre et conjuguée, taux de prothrombine.

Le diagnostic d'hépatite virale B est confirmé par la présence de l'antigène de surface (Ag Hbs), et les autres marqueurs notamment l'Ag Hbe, Ac anti-Hbc, le dosage de l'ADN virale permet de quantifier la charge virus.

3.9.1. Les tests virologiques

➤ Tests immuno-enzymatiques

La détection ou la quantification des antigènes viraux et des anticorps spécifiques dirigés contre les antigènes dans les fluides est fondée sur l'utilisation des tests immuno-enzymatiques (enzymes immunosorbent assay, EIA). L'antigène ou l'anticorps recherché est habituellement pris en « sandwich » entre deux anticorps lorsqu'il s'agit d'un antigène et entre un antigène et un anticorps lorsqu'il s'agit d'un anticorps. Ces méthodes sont rapides, faciles à utiliser, automatisables et de ce fait, permettent de traiter un grand nombre d'échantillons. On distingue des techniques qualitatives qui permettent d'indiquer la présence ou l'absence de l'analyte et des techniques quantitatives qui permettent d'évaluer avec précision la quantité d'analytes dans le fluide biologique. La détection d'antigènes ou des anticorps se fait sur le sérum et éventuellement sur le plasma [25].

➤ Test rapides d'orientation diagnostique (TROD)

Le principe du TROD est simple, il permet la capture d'analytes (antigène ou anticorps) sur une surface solide. Dans un deuxième temps, l'interaction de ces analytes avec des peptides synthétiques dans le cas de la détection d'anticorps ou des immunoglobulines spécifiques. Dans le cas de la détection d'antigènes, il permet une détection à l'œil nu, généralement sous forme de trait de couleur. Une bande contrôle permet de valider le test.

Il existe plusieurs technologies, la plus utilisées est l'immuno-chromatographie. Ces TROD utilisent le « point-of-care testing (POCT) » qui est une alternative au prélèvement de sang veineux au pli du coude.

Dans ce dernier, la matière biologique est prélevée aux endroits tels que le liquide cravriculaire entre le sillon de la gencive et de la lèvre, le sang total capillaire prélevé au bout du doigt.

➤ **Le papier buvard (dried blot spot)**

Il permet de recueillir le sang et de le conserver sous forme desséchée. Une fois séchés à température ambiante, les prélèvements peuvent être acheminés par voie postale puis conservés rigoureusement à -20°C afin de ne pas altérer la qualité des acides nucléiques en vue des analyses moléculaires. Le papier buvard permet la détection des antigènes et des anticorps ainsi que des acides nucléiques.

➤ **La réaction de polymérisation en chaîne (Polymerase chain reaction)**

Elle est utilisée pour la quantification et la détection des génomes viraux. Les génomes viraux sont détectés et quantifiés à l'aide de méthodes d'amplification de la cible.

3.10. Les différents profils sérologiques des tableaux cliniques au cours d'une infection par le VHB

Les différentes situations sérologiques de l'infection par le VHB sont résumées dans le tableau suivant :

L'antigène de surface de l'hépatite B est le plus souvent utilisé pour le dépistage de cette infection. Il est le premier antigène viral détectable à apparaître au cours de l'infection. Toutefois, au début de l'infection, cet antigène peut ne pas encore être présent et il peut être indétectable plus tard dans le cours d'évolution de l'infection car il est éliminé par le patient.

Le virion infectieux contient un noyau le "core" réceptacle du génome viral. Le core est une particule icosaédrique contenant 180 à 240 exemplaires d'une protéine, connue sous le nom d'Antigène du core du virus de l'hépatite B, ou

AgHBc. Au cours d'une "fenêtre" pendant laquelle l'hôte reste infecté mais se défend avec succès contre le virus, les anticorps IgM contre l'antigène du core du virus de l'hépatite B (IgM anti-HBc) peuvent être la seule trace sérologique de la maladie. Peu de temps après l'apparition de l'Ag HBs, un autre antigène nommé antigène (AgHBe) apparaît. Traditionnellement, la présence de l'Ag HBe dans le sérum est associée à un taux beaucoup plus élevé de réplication virale et à un renforcement de l'infectuosité. Toutefois, certaines variantes du virus de l'hépatite B ne produisent pas l'antigène « e », aussi cette règle n'est-elle pas toujours vérifiée. Pendant le cours de l'évolution naturelle d'une infection, l'Ag HBe peut être éliminé, et des anticorps contre l'antigène (anti-HBe) apparaîtront immédiatement après. Ce changement est généralement associé à une baisse spectaculaire de la réplication virale [15].

Tableau I : Profil des marqueurs sériques au cours de l'infection au VHB [15].

	Ag HBs	IgM anti- HBc	IgG anti- HBc	ADN VHB	Ag Hbe	IgG anti- Hbe	IgG anti- HBS
Hépatite aigue	+	+	+	+/-	+/-	-	-
Fin d'Hépatite aigue	-	+	+	-	-	+	+
Hépatite chronique active	+	-	+	+	+	-	-
Porteur inactif	+	-	+	-	-	+	-
Vaccination	-	-	-	-	-	-	+

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 une élévation franche de la Gamma GT et une macrocytose, il existe également une notion d'intoxication éthylique, et des signes d'imprégnation alcoolique [11].
- **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.

3.11. Traitement

Le traitement curatif

a. Buts

- ✓ Obtenir une suppression de la répllication du VHB
- ✓ Obtenir une amélioration des lésions histologique

- ✓ Obtenir une réponse virologique prolongée, c'est-à-dire une charge virale maintenue à un niveau suffisamment bas pour qu'il n'y ait plus de progression de l'atteinte hépatique.

b. Moyens et méthodes

Le mode de vie : le régime alimentaire est libre, guidé par les désirs du malade, le repos est non strict.

Il faut arrêter la prise de tout produit potentiellement hépatotoxique ou métabolisé majoritairement par le foie. Ainsi ;

- Arrêt de l'alcool et des médicaments potentiellement hépatotoxiques
- Arrêt ou adaptation des posologies des médicaments métabolisés par le foie.

c. 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 [17]. 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 [20]. 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 [23].

□ **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'adéfovir 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, et 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 nucléosides : 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'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, immunomodulatrices 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 (<50000 plaquettes/mm³)
- Neutropénie (<1000 polynucléaires neutrophiles/mm³)
- Cirrhose décompensée avec insuffisance hépatocellulaire sévère et/ou complications (ascite, encéphalopathie, hémorragie digestives)
- Insuffisance rénale avec clairance de la créatinine (<50 ml/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 alopecie, 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.

INDICATIONS

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

Traitement préventif

La prévention de l'hépatite B passe par la vaccination qui est disponible depuis des années, en effet le docteur Philippe Maupas (virologue Français) et le professeur Maurice Hilleman (microbiologiste Américain) sont les chercheurs qui ont mis sur pied le vaccin contre l'hépatite B en 1976 [8]. Au Mali le vaccin contre l'hépatite B est inclus dans le programme élargi de vaccination (PEV).

a. Vaccination

La prévention de l'infection par le VHB repose sur la vaccination, mais aussi sur la détection des porteurs du virus. Les vaccins contre l'hépatite B sont composés de l'AgHBs obtenu par recombinaison génétique et adsorbé sur l'aluminium [15]. Ils peuvent être utilisés seuls (vaccins monovalents) ou combiné en particulier pour la vaccination du nourrisson. Les vaccins contre l'hépatite B sont immunogènes et entraînent la production d'anticorps anti HBs dirigés contre la protéine de l'enveloppe [21]. Un titre d'anticorps anti HBs $\geq 10\text{UI/L}$ mesuré 4 à 8 semaines après la dernière injection est considéré

comme protecteur et un titre post vaccinal $\leq 10\text{UI/L}$ est considéré comme une absence de réponse. Ainsi le dépistage chez tout donneur de sang, a entraîné une baisse très sensible de ce mode de contamination de même que les programmes d'échanges de seringues chez les toxicomanes.

Dans certains cas, une immunothérapie par injection d'immunoglobulines spécifiques chez un sujet récemment contaminé peut prévenir la survenue de l'hépatite.

Les vaccins suivants sont disponibles : les vaccins monovalents et le vaccin combiné.

Comme vaccins monovalent on a :

✚ Engerix B : 10 ug (enfants jusqu'à l'âge de 15 ans)

20 ug (sujets âgés de 16 ans et plus)

✚ Genhevac B : en injection intra musculaire (nourrissons, enfants et adultes)

Comme vaccin combiné on a : Le vaccin Twinrix **qui** est un vaccin combiné avec celui contre l'hépatite A, il existe deux présentations Twinrix adulte (à partir de 15 ans) et Twinrix enfant.

Il existe plusieurs schémas de vaccination :

- Le schéma vaccinal classique à 03 doses (M0, M1, M6)

- Le schéma vaccinal à 02 doses (M0, M6), chez les adolescents âgés de 11 à 15 ans inclus, non antérieurement vaccinés.

□ **Le schéma vaccinal classique est le suivant :**

Le schéma actuellement recommandé est 3 injections par voie intramusculaire (dans la région deltoïdienne pour les adultes) répartis comme suit :

- ✓ 2 injections par voie intramusculaire (dans la région deltoïdienne pour les adultes et dans la cuisse pour les nourrissons), la deuxième injection se fait un mois après la première.
- ✓ Premier rappel, 6 mois après la première injection.
- ✓ Rappels tous les cinq ans.

Pour les personnes vaccinées avant l'âge de 25 ans et non exposées professionnellement, aucun rappel ultérieur ni aucun contrôle sérologique n'est préconisé.

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 nouveau-nés de mères porteuses chroniques 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. Les nourrissons nés de mères connues comme porteuses de l'hépatite B doivent recevoir à la naissance des anticorps contre le virus de l'hépatite B (immunoglobulines anti HBs) associés impérativement au vaccin contre le VHB dans deux sites d'injection différents. Lorsque ceci est administré dans les douze heures qui suivent la naissance, le risque de contracter l'hépatite B est réduit de 95 %. Ce traitement permet à une mère d'allaiter son enfant sans danger [15].
- Sujets contacts d'un malade atteint d'hépatite B.

Effets indésirables de la vaccination :

Les effets indésirables signalés sont habituellement temporaires et bénins, se limitant en général à une douleur, une rougeur ou un œdème au point d'injection (3 à 10 % des cas) et des réactions systématiques à type de fièvre

ne dépassant pas 38°C, fatigue, arthralgies, myalgies ou céphalées (1 à 6% des cas) toutes ces réactions disparaissent au bout de 6 jours.

b. Prévention par thérapie antivirale

L'OMS recommande la prophylaxie antivirale pour prévenir la transmission de l'Hépatite B de la mère à l'enfant. Les femmes enceintes chez qui des niveaux élevés d'ADN du VHB (charge virale) et/ou la présence de l'antigène HBe, sont observés présentent un risque majoré de transmettre le virus à leur enfant, même chez les nourrissons qui reçoivent la dose de naissance en temps opportun, et la série et la série complète de vaccins contre l'Hépatite B [34]. A ce titre, les femmes enceintes ayant des niveaux élevés d'ADN du VHB sont soumises à une prophylaxie antivirale pendant la grossesse afin de prévenir l'infection périnatale par le VHB et de protéger leurs nourrissons contre la maladie. Pour les femmes enceintes infectées par le seul VHB, les indications pour le traitement sont les mêmes que pour les adultes, et le Ténofovir est recommandé. Aucune recommandation n'a été faite pour l'usage en routine de la thérapie antivirale destinée à la prévention de la transmission du VHB de la mère à l'enfant [35].

Outre la vaccination et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, d'autres moyens permettent de prévenir la transmission du VHB tels que :

- La mise en œuvre des stratégies en faveur de la sécurité transfusionnelle comprenant notamment le dépistage de tous les dons de sang et des composants sanguins destinés à la transfusion.
- La mise en œuvre des pratiques d'injection sans risque en éliminant les injections inutiles ou à risque.
- Le port du préservatif lors des rapports sexuels et limiter le nombre de partenaires sexuels.

MATERIEL ET METHODE

3. MATERIEL ET METHODE

4.1. Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans la maternité du centre de santé de référence de la commune V.

Un hôpital de niveau II de référence selon la pyramide sanitaire du Mali appelé centre de santé de référence de la commune V (CSRéf CV) de Bamako.

La commune V se compose de huit quartiers : Badalabougou, Sema I, Quartier Mali, Torokorobougou, Bacodjicoroni, Sabalibougou, Daoudabougou et Kalaban-Coura.

Son CSRéf se situe au Quartier Mali.

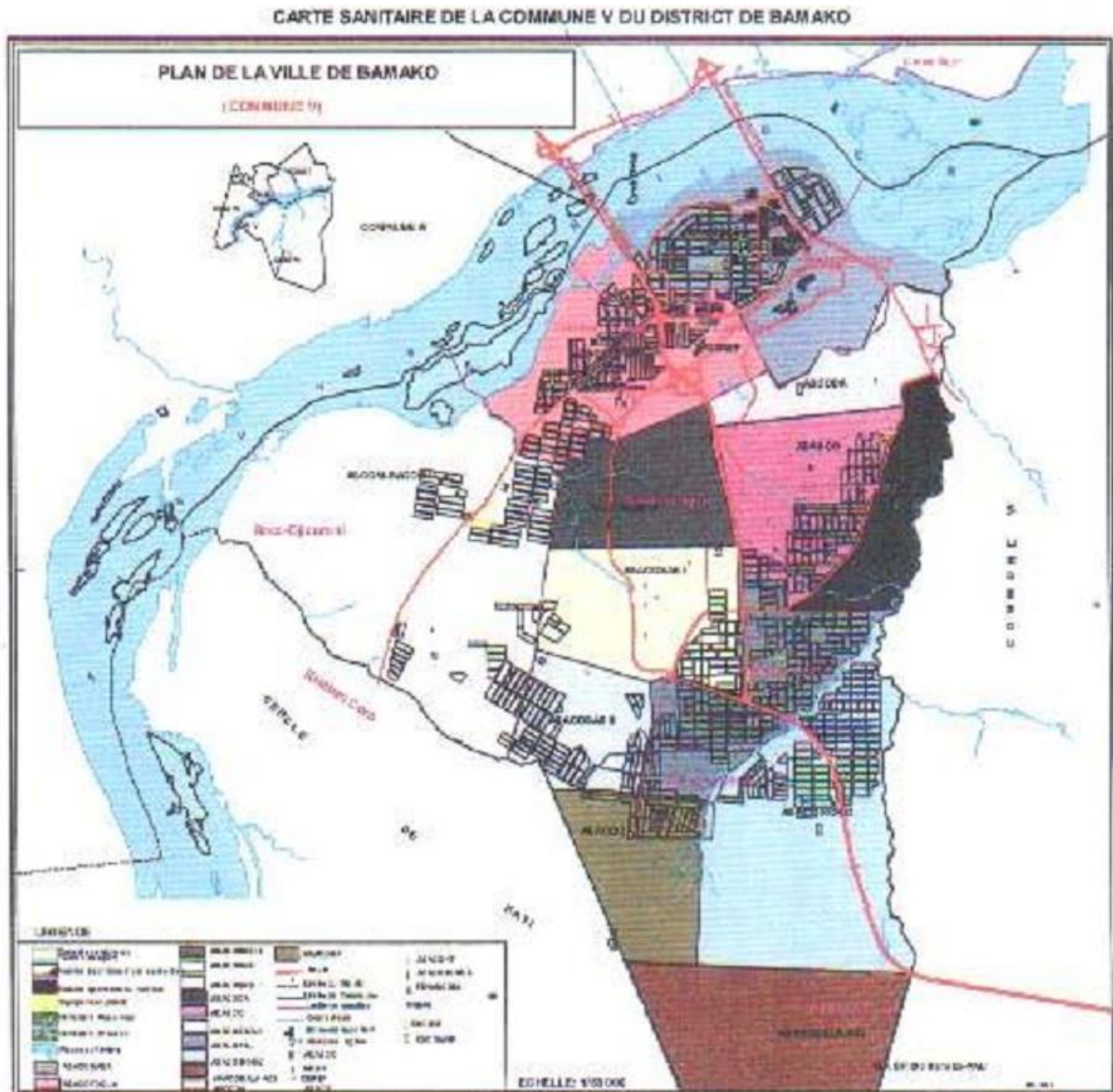


Figure 2 : Carte sanitaire de la commune V du district de Bamako.

➤ **Organisation du centre :**

De nos jours, le Centre de Santé de Référence de la Commune V (CS Réf CV) est composé d'unités et de sections qui sont :

Les unités

- Gynéco-Obstétrique ;
- Ophtalmologie ;
- Odontostomatologie ;
- Médecine ;
- Pédiatrie ;
- Comptabilité ;
- Laboratoire / Pharmacie ;
- Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil (USAC) ;

- Rhumatologie ;
 - Cardiologie ;
 - Gastroentérologie ;
 - Chirurgie ;
 - Endocrinologie ;
 - Dermatologie.
 - Dépistage du cancer de col de l'utérus
 - Urgences Gynécologiques et Obstétricales
- Sections :
- Bloc Opératoire /Anesthésie ;
 - Hospitalisation (Bloc Opératoire)
 - Imagerie Médicale ;
 - Médecine Générale ;
 - Pharmacie ;
 - Laboratoire ;
 - Ressources Humaines ;
 - Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
 - Brigade d'Hygiène ;
 - Néonatalogie ;
 - Pédiatrie Générale ;
 - Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
 - Tuberculose ;
 - Lèpre ;
 - Consultation Postnatale (CPON) ;
 - Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
 - Consultation Périnatale (CPN) ;
 - Nutrition ;
 - Suites de Couches ;
 - Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
 - Gynécologie ;
 - Soins Après Avortement (SAA) ;
 - Ophtalmologie ;
 - Odontostomatologie ;
 - Planification Familiale (PF) ;
 - One Stop Center.
 - Laboratoire de compétence

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est dirigé par un Médecin-Chef et compte un effectif de plus de 500 travailleurs dont plus de 200 affectés dans les Cscm. Le personnel se compose de :

- Médecins (Gynécologues-obstétriciens, Stomatologue, Ophtalmologue Epidémiologiste, Pédiatre, Urologue, Rhumatologue Endocrinologue, ORL, Généraliste, Dermatologue, Cardiologue, Pharmacien et Gastro-entérologue) ;

- Assistants Médicaux (Anesthésie réanimation, Ophtalmologie Odontostomatologie, Santé Publique, Imagerie Médicale, Laboratoire, ORL, Sage-femme, Infirmier d'Etat et Management des services de Santé).
- Techniciens Supérieurs de Santé Spécialisés (Sage-femme d'Etat, Infirmier d'Etat, Technicien Supérieur de Laboratoire et Technicien Supérieur d'Hygiène et Assainissement)
- Techniciens de Santé (Infirmières Obstétriciennes, Infirmiers de Santé Publique et Techniciens de Laboratoire)
- Aides-soignants
- Matrones
- Filles de Salle
- Administration:(Gestionnaires, Comptables, Secrétaires, Agents de Saisie, Standardistes, Informaticiens, Adjoint d'Administration, Secrétaires d'administration, Chauffeurs, Manœuvres, Plantons, Agents chargés d'incinération et Gardiens.)

Les travailleurs sont classés en 7 Catégories qui sont :

- Les fonctionnaires de l'Etat ;
- Les contractuels de l'Etat ;
- Les fonctionnaires des collectivités territoriales ;
- Les contractuels sur les Ressources PPTE (Pays Pauvres Très Endettés) ;
- Les Agents relevant de la Mairie du District de Bamako ;
- Les Agents relèvent de la Mairie de la Commune V du District de Bamako ;
- Les Contractuels sur fonds mondial ;
- Les Contractuels payés sur le fonds du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

En 1997 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a obtenu le prix Ciwara d'excellence décerné par CICM (Institut Malien de Conseil en Management).

Ce prix est décerné au centre pour ses bonnes performances en activités gynéco-Obstétriques.

En 1999 le Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu un diplôme honorifique du Ministère de la promotion Féminine de la Famille et de l'Enfant.

Les Organes de gestion sont :

- Le conseil de gestion dont le Maire est le Président
- Le comité de gestion

4.2. Description du service de gynécologie-obstétrique du CSREF CV :

Il comporte :

- Unité hospitalisation bloc opératoire,
- Un hangar d'attente,
- Unité de Consultation Périnatale (CPN),
- Unité de grossesse pathologique.
- Une unité de PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant)
- Une salle de travail avec deux lits,
- Une salle d'accouchement avec 4 tables,
- Une unité des suites de couche avec 5 lits
- Une salle de garde pour sages-femmes,
- Une salle de garde pour les Internes
- Une salle de garde pour les DES (Diplôme d'Etudes Spéciales)
- Une salle de garde pour les infirmières et les aides-soignantes,
- Un bureau pour la sage-femme maitresse,
- Sept salles d'hospitalisations de 5 lits chacune et 3 salles VIP (Very important Person) ou salle unique d'un lit avec commodité
- Unité de Consultation Postnatale (CPON),
- Unité de Gynécologie,
- Unité de Soins Après Avortement (SAA),

- Unité de Planification Familiale (PF),
- Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Un laboratoire de compétence, Unité de One Stop Center
- Le Personnel du service de gynécologie obstétrique : Il comporte : Six (6) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Gynécologue Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique et un maitre-assistant en gynécologie-obstétrique.
- Trois médecins spécialisés en chirurgie générale,
- Un médecin anesthésiste réanimateur
- Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Une sage-femme maitresse
- Quarante-quatre sages-femmes,
- Quatre infirmiers d'état,
- Treize infirmières obstétriciennes,
- Cinq instrumentistes,
- Un agent technique de santé
- Trois aides-soignantes,
- Six chauffeurs d'ambulances,
- Quatre manœuvres,
- Trois gardiens.
- Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les Ordres d'enseignement socio sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse

➤ **Fonctionnement**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables et les samedis dans le cadre du projet weekend 70.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les Gynécologues Obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences Gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le Genre (Unité de One Stop Center).

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco obstétricales (urgences et programmées).

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un Médecin Gynécologue Obstétricien. Une visite générale dirigée par le chef de service a lieu tous les mercredis. Les ambulances assurent la liaison entre le Centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine).

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde
- Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;
- Deux sages-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et une Infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;
- Un assistant médical en anesthésie, le médecin anesthésiste étant en Astreinte ;
- Un technicien de laboratoire ;
- Un instrumentiste ;

- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et Chirurgicales.

4.1. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique à collecte prospective allant de 02 février au 02 Aout 2022 (6 mois).

4.2. Population d'étude :

L'étude a portée sur le personnel de santé de la maternité du centre de santé de référence de la commune V composée : de médecins spécialistes, de médecins en spécialisations, les médecins généralistes, les étudiants en thèse, les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes.

➤ Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

Tout Médecin, Étudiant en thèse, Sage-femme et Infirmière obstétricienne exerçant à la maternité du centre de santé de référence de la commune V qu'il soit permanent ou qu'il y prenne des gardes, présent au moment de la collecte et ayant donné son consentement éclairé.

➤ Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

Tout Médecin, Étudiant en thèse, Sage-femme et Infirmière obstétricienne exerçant à la maternité du centre de santé de référence de la commune V qu'il soit permanent ou qu'il y prenne des gardes, absent au moment de l'enquête ou présent mais ayant refusé le consentement éclairé.

4.3. COLLECTE DES DONNEES :

➤ Support de collecte :

Tout le personnel répondant aux critères d'inclusion a été soumis à un questionnaire anonyme écrit sur un papier.

➤ Déroulement de la collecte :

Nous avons cherché l'accord du médecin chef du CSRF CV à travers une correspondance au chef de service la maternité du centre de santé de référence de la commune V.

L'abord des professionnels a été facilité soit par une lettre écrite du chef, soit par notre introduction physique au chef du personnel ou une note interne d'information. Les matinées ont été consacrées aux médecins et sage-femmes permanents disponibles, les après-midis et les nuits aux médecins et sages-femmes de garde. Afin de couvrir le maximum de personnel volontaire, nous sommes repassés dans la maternité du centre de santé de référence de la commune V autant de fois que nécessaire, même les week-ends.

Les procédures appliquées dans la maternité du centre de santé de référence de la commune V ont été les suivantes :

- Prise de contact avec le médecin chef du centre et explication interactive sur les objectifs de l'étude, son déroulement et son intérêt.
- Obtention de l'autorisation du chef de service de la maternité du centre
- Remise d'une fiche d'enquête main à main à chaque médecin ou sage-femme de la structure en fonction de leur disponibilité après remplissage et retrait des fiches d'enquête.

NB : le remplissage des fiches s'est fait en notre présence,

- Retour au centre de santé dans la semaine tant que nous n'avions pas pu rencontrer tous les médecins et sages-femmes ;
- Dépouillement de chaque fiche d'enquête ;
- Saisie des données au fur et à mesure de leur dépouillement.

➤ **Variables étudiées :**

Nous avons recueilli les informations suivantes :

- caractéristiques générales (âge, sexe) ;
- caractéristiques professionnelles (spécialité, établissement d'exercice, nombre d'année d'exercice, nombre de consultation en moyenne par jour, connaissance sur l'existence du Programme National de lutte contre les Hépatites, participation à des formations sur le dépistage des hépatites) ;
- statut vaccinal concernant l'hépatite B ;
- fréquence de proposition de dépistage de l'hépatite B à leurs patients ;
- connaissance sur les examens sérologiques à demander systématiquement pour le dépistage de l'Hépatite virale B aiguë ;
- attitude face à la positivité de l'AgHBs ;
- connaissance sur les examens sérologiques à demander systématiquement pour le dépistage de l'Hépatite virale B chronique ;
- connaissance sur les facteurs de risques devant motiver le dépistage de l'hépatite B ;
- fréquence de proposition de vaccination contre le VHB à leurs patients ;
- connaissance sur les indications de la vaccination contre le VHB ;
- opinion sur le management de la lutte contre les hépatites virales B au Mali ;
- recommandations pour une meilleure pratique du dépistage de l'hépatite virale B dans les structures sanitaires de Bamako voire du Mali.

4.4. SAISIE ET ANALYSE DE DONNEES :

Les données collectées ont été saisies sur le logiciel SPSS version 20.0. Un nettoyage des fichiers a été effectué avant analyse pour corriger les données aberrantes et les erreurs de saisie.

- Une analyse descriptive a été faite par le calcul :

- Pour les variables quantitatives, des paramètres de position (moyenne) et des paramètres de dispersion (écart type et étendue).
- Pour les variables catégorielles, des effectifs et de la fréquence.
 - Une analyse explicative a été faite par des tableaux de contingence avec le test du Khi 2 pour les variables qualitatives. Une valeur de $p \leq 0,05$ a été considérée comme seuil de significativité.
- La proportion de données manquantes est représentée dans la description des variables. Les données manquantes n'ont pas été traitées dans nos effectifs.

4.5. CONSIDERATIONS ETHIQUES :

La présente enquête a eu les autorisations du Médecin chef, du chef de service de la maternité ainsi que le consentement du personnel qui y a participé. Le questionnaire était anonyme. Chaque répondant a été rassuré de la confidentialité des données recueillies.

➤ **Définition opérationnelle :**

Pour cette partie, les connaissances ont été recodées en bonne ou à améliorer à partir d'une notation scolaire : les treize questions portant sur les connaissances des cibles du dépistage représentaient chacune un (1) point ;

Ensuite le pourcentage de bonne réponse a été calculé en multipliant le total de leur point par 100 puis en divisant le tout par 13. Tout sujet ayant moins de 50 % était considéré comme ayant une connaissance à améliorer et tout sujet ayant 50 % et, ou plus était considéré comme ayant une bonne connaissance.

RESULTATS

5. RESULTATS

Notre étude a consisté en une enquête transversale réalisée sur une période allant du 02 Février 2022 au 02 Août 2022 auprès des Médecins spécialistes, les Médecins en spécialisations, les Médecins généralistes, les étudiants en thèse, les sage-femmes et les infirmières obstétriciennes du centre de santé de référence de la commune V de Bamako. Au total nous avons enquêtés 220 agents de santé dont 3 Gynécologue (1,4), 9 DES en Gynécologie (4,1), 8 DES en chirurgie (3,6), 47 médecin généralistes (21,4%), 68 étudiants (30,5%), 55 sage-femmes (25%), 30 Infirmière obstétricienne (13,6%).

Le profil du personnel enquêté

Tableau I : Répartition des participants selon le niveau d'étude ou qualification

Spécialité	Fréquence	Pourcentage
Gynécologue	3	1,4
DES en Gynécologie	9	4,1
DES en chirurgie	8	3,6
Médecin généraliste	47	21,4
Étudiant en thèse	68	30,9
Sage-femme	55	25
Infirmière obstétricienne	30	13,6
Total	220	100,0

Les étudiants en thèse étaient retrouvés dans 30,9% des cas.

Tableau II : Répartition des participants selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	104	47,3
Masculin	116	52,7
Total	220	100,0

Le sexe masculin était retrouvé dans 52,7% avec un sex-ratio (H/F) de 1,15.

Tableau III : Répartition des participants selon l'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
20-29 ans	123	55,9
30-39 ans	92	41,8
40-49 ans	4	1,8
50-59 ans	1	,5
Total	220	100,0

L'âge moyen était de $30 \pm 4,51$ ans avec des extrêmes allant de 22 et 55 ans.

La tranche d'âge de 20-29 ans était retrouvée avec 55,9% suivie de celle de 30-39 ans avec 41,8%.

Tableau IV : Répartition des participants selon l'ancienneté dans le service

Ancienneté	Fréquence	Pourcentage
1-5 ans	164	74,5
6-10 ans	30	13,6
11-15 ans	19	8,6
16-20 ans	5	2,3
> 20 ans	2	,9
Total	220	100,0

La majorité des sujets soit 74,3% avait une ancienneté entre 0 et 5 ans.

La moyenne était de 3,86 ans avec des extrêmes allant de 0 à 32 ans.

Tableau V : Répartition des participants selon la connaissance du programme de lutte contre les Hépatites au Mali

Connaissance du programme de lutte contre les Hépatites au Mali	Fréquence	Pourcentage
Non	121	55,0
Oui	99	45,0
Total	220	100,0

La majorité des enquêtés soit 55% ont affirmé qu'il n'existait pas de programme de lutte contre les hépatites au Mali contre 45%.

Tableau VI : Répartition des participants selon participation à des formations sur le dépistage des hépatites virales B.

Participation à des formations sur le dépistage des hépatites virales	Fréquence	Pourcentage
Non	200	90,9
Oui	20	9,1
Total	220	100,0

Seulement 9,1% du personnel enquêté ont affirmé avoir participé à des formations sur le dépistage des hépatites virales B contre 90,1%.

Tableau VII : Répartition des participants selon la vaccination contre l'hépatite virale B

Vaccination contre l'hépatite virale B	Fréquence	Pourcentage
Non	139	63,2
Oui	81	36,8
Total	220	100,0

La majorité des enquêtés soit 63,2% n'étaient pas vaccinés contre l'hépatite B contre 36,8% qui l'étaient.

Tableau VIII : Répartition selon la proposition du dépistage de l'hépatite virale B

Proposition de dépistage de VHB aux patients	Fréquence	Pourcentage
Jamais	6	2,7
Parfois	53	24,1
Souvent	81	36,8
Très souvent	80	36,4
Total	220	100,0

36,6% des enquêtés ont affirmé qu'ils proposaient souvent un dépistage de l'hépatite B à leurs patients contre 24,1% qui le faisaient parfois et 2,7% jamais.

Tableau IX : Répartition selon les examens demandés

Examens	Fréquence	Pourcentage
AgHBs	177	80,5
AgHBs + Ac HBC	24	10,9
Ne sais pas	14	6,4
Autres	5	2,4
Total	220	100,0

Autres : Dépistage (1), Groupage/Rhésus (1), Sérologie de l'HB aigue (2), Transa (TGO, TGP) (1).

Les examens sérologique cité par nos enquêtés étaient AgHBs dans 80,5% des cas suivi de l'Ag HBs + Ac HBC dans 10,9% des cas

Tableau X : Répartition selon la conduite de l'agent face à un AgHBs positif

AgHBs positif	Fréquence	Pourcentage
Référer au service de gastro-entérologie	155	70,5
Prise en charge	14	6,4
Vaccination	3	1,4
Charge virale	27	12,3
Ne sais pas	14	6,4
Counseling	2	,9
Dosage des transaminases	2	,9
Echographie abdominale	3	1,4
Total	220	100,0

Dans 70,5% des cas, les patients étaient référés au service de gastro-entérologie

Tableau XI : Répartition selon les facteurs de risque ayant motivé le dépistage de l'hépatite virale B chez les participants

Facteurs de risque l'hépatite virale B	Fréquence	Pourcentage
Patient ayant bénéficié d'une transfusion sanguine	50	22,7
Travailleur(es) du sexe	100	45,4
Bilan pré vaccinal (AgHBs)	90	40,9
Usagers de drogues par voies IV ou nasale	120	54,5
Entourage familial d'un patient HBs positif	150	68,2
Personne ayant des comportements sexuels à risque	10	4,5
Personne vivant avec le VIH	9	4,0
Personne en situation de précarité	8	3,6
Patient qui présente une hépatomégalie	2	0,9
Personnes exposées dans le cadre d'une activité professionnelle	40	18,1

L'entourage familial était le facteur de risque retrouvé avec 68,2%

Tableau XII : Répartition selon la proposition de la vaccination contre l'hépatite virale B

Proposition de vaccination contre le VHB	Fréquence	Pourcentage
Non	50	13,7
Oui	170	77,3
Total	220	100,0

Près de 77,3% de nos participants proposaient la vaccination aux patients.

Tableau XIII : Répartition selon la pensée sur la prise en charge de l'hépatite virale dans le service

Pensée de la PEC des hépatites virales B	Fréquence	Pourcentage
Bon	177	80,5
A améliorer	43	19,5
Total	220	100,0

80,5% des participants trouvaient le management du dépistage bon contre 19,5% qui proposaient une amélioration.

Tableau XIV : Répartition selon les propositions pour l'amélioration du dépistage des hépatites virales B dans votre structure sanitaire

Proposition de meilleure pratique du dépistage des hépatites virales B	Fréquence	Pourcentage
Multiplier les activités d'IEC	65	29,5
Former le personnel	75	34,9
Rendre gratuit le test de dépistage	25	11,4
Intégrer au bilan prénatal	10	4,5
Faire des campagnes de dépistage	35	15,9
Intégrer aux activités anti VIH	8	3,6
Créer une structure dédiée	2	0,9
Total	220	100,0

Former le personnel était retrouvé avec un taux de 34,9% des cas.

Etudes Analytique

Tableau XV : Répartition des enquêtés selon la participation à des formations sur le dépistage des hépatites et la qualification du prestataire

Qualification du prestataire	Formation des participants sur le VHB		
	Non	Oui	Total
	Gynécologue	0	3
DES en Gynécologie	6	3	9
DES en chirurgie	8	0	8
Médecin généraliste	44	3	47
Étudiant en thèse	59	9	68
Sage-femme	53	2	55
Infirmière obstétricienne	30	0	30
Total	200	20	220

Khi-2= 44,010 ddl= 6 P= 0,0001

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre la participation à des formations sur le dépistage des hépatites et la qualification du prestataire (P=0,0001).

Tableau XVI : Répartition des enquêtés selon la vaccination contre l'hépatite et la qualification du prestataire.

Qualification du prestataire	Vaccination des participants contre le VHB		Total
	Non	Oui	
Gynécologue	0	3	3
DES en Gynécologie	2	7	9
DES en chirurgie	5	3	8
Médecin généraliste	33	14	47
Étudiant en thèse	52	16	68
Sage-femme	27	28	55
Infirmière obstétricienne	20	10	30
Total	139	81	220

Khi-2= 22,653 ddl=6 P=0,001

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre la vaccination contre l'hépatite B et la qualification du prestataire (P=0,001).

Tableau XVII : Répartition des enquêtés selon la vaccination contre l'hépatite et la participions à des formations sur le dépistage des hépatites.

Formation des participants sur le dépistage de VHB	Vaccination des participants contre le VHB		Total
	Non	Oui	
Non	130	70	200
Oui	9	11	20
Total	139	81	220

Khi-2= 3,126 ddl=6 P=0,077

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la vaccination contre l'hépatite B et la participions à des formations sur le dépistage des hépatites (P=0,077).

Tableau XVIII : Répartition des enquêtés selon la Proposition d'un dépistage de l'hépatite B (VHB) à leurs patients et la qualification du prestataire.

Qualification du prestataire	Proposition de dépistage de l'hépatite B à vos patients				Total
	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	
Gynécologue	0	3	0	0	3
DES en Gynécologie	1	2	1	5	9
DES en chirurgie	0	3	3	2	8
Médecin généraliste	1	8	15	23	47
Étudiant en thèse	2	15	28	23	68
Sage-femme	0	15	26	14	55
Infirmière obstétricienne	2	7	8	13	30
Total	6	53	81	80	220

Khi-2= 27,51 ddl=18 P=0,070

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la Proposition d'un dépistage de l'hépatite B (VHB) à leurs patients et la qualification du prestataire (P=0,070).

Tableau XIX : Répartition des enquêtés selon la vaccination contre l'hépatite virale B et le fait de proposer la vaccination contre VHB aux patients.

Proposition de vaccination contre le VHB à vos patients	Vaccination contre l'hépatite B		Total
	Non	Oui	
Non	37	13	50
Oui	102	68	170
Total	139	81	220

Khi-2= 3,25 ddl=1 P=0,071

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la vaccination contre l'hépatite et le fait de proposer la vaccination contre VHB aux patients (P=0,071).

Tableau XX : Répartition des enquêtés selon la vaccination contre l'hépatite virale B et le fait de proposer la vaccination contre VHB aux patients.

Qualification du prestataire	Proposition de la vaccination contre le VHB à vos patients		Total
	Non	Oui	
Gynécologue	2	1	3
DES en Gynécologie	3	6	9
DES en chirurgie	1	7	8
Médecin généraliste	10	37	47
Étudiant en thèse	20	48	68
Sage-femme	7	48	55
Infirmière obstétricienne	7	23	30
Total	50	170	220

Khi-2= 9,275 ddl=6 P=0,159

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la spécialité et le fait de proposer la vaccination contre VHB aux patients (P=0,159).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude a consisté en une enquête transversale réalisée sur une période allant du 02 février au 02 Aout 2022 auprès des Médecins spécialistes, des Médecins en spécialisations, des Médecins généralistes, des étudiants en thèse, des sage-femmes et des infirmières obstétriciennes du centre de référence de la commune V de Bamako. Elle avait pour objectif général de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des Médecins spécialistes, des Médecins en spécialisations, des Médecins généralistes, des étudiants en thèse, des sage-femmes et des infirmières obstétriciennes en matière de dépistage de l'hépatite virale B. Elle a permis de nous renseigner sur leur niveau de connaissances sur l'hépatite virale B, leurs attitudes et leurs pratiques sur le dépistage du VHB et leurs opinions sur le management de l'hépatite virale B au Mali.

Limites et difficultés de l'étude

Les limites de notre étude résident dans son caractère d'interview où la véracité des informations fournies ne dépendent que de la franchise du sujet enquêté. En outre au cours de ce travail nous avons rencontré quelques difficultés qui étaient entre autres :

- ✓ La non disponibilité du personnel notamment le manque de temps surtout chez les sage-femmes très occupées à remplir leurs taches auprès de femmes enceintes ;
- ✓ D'autres personnels étaient absents pour diverses raisons (garde, congé, formation...);
- ✓ Le refus de certains personnels de remplir les fiches d'enquêtes.

Caractéristique du personnel.

➤ L'âge du personnel

La tranche d'âge de 20-29 ans était majoritaire avec 55,9% suivi de celle de 30-39 ans avec 41,8%. L'âge moyen du personnel enquêté était de 30 ans avec des extrêmes allant de 22 à 55 ans.

Ces chiffres concordent avec la réalité au Mali et les spécificités de notre population d'étude : les sage-femmes ont un niveau Bac + 3 ans. La moyenne d'âge retrouvée dans notre étude était légèrement inférieure (sans être statistiquement différente) à celle retrouvée dans l'étude menée par Diallo M [36] à l'IOTA à Bamako qui était de 36,5 ans avec des extrêmes allant de 26 à 56 ans, ou par Olesgun au Nigeria [37] qui a retrouvé un âge moyen de $33,8 \pm 8,9$ ans avec des extrêmes allant de 20 à 59 ans. Ces âges correspondent à la période d'activité professionnelle dans nos pays.

➤ L'ancienneté du personnel

L'ancienneté du personnel enquêté était en moyenne de 3,86 ans et allait de 0 à 32 ans, ce large intervalle nous a permis de mesurer les données chez un éventail varié de personnel en termes d'expérience professionnelle et d'inclure plusieurs classes d'années d'expérience avec un effectif consistant, celui de 20 ans et plus nous paraît particulièrement important en ce qui concerne les connaissances. Benié et al en Côte d'Ivoire s'étaient intéressés à l'ancienneté d'exercice, ils ont trouvé que la majorité du personnel (67,3%) avait entre 1 et 10 ans d'ancienneté [38].

➤ Le sexe

Le sexe masculin était prédominant dans notre étude (52,7% de l'effectif enquêté). Également dans les études de Youmbi N [39] et de Diallo M [36] le sexe masculin était majoritaire, représentant respectivement 69,1 % et 71,6 % de leur effectif.

➤ **Les catégories professionnelles**

La qualification la plus représentée était celle des sage-femmes soit 40,5% du personnel enquêté. Notre étude mis à part les médecins avait spécialement inclus les sage-femmes tout en excluant d'autres spécialités telles que infirmiers d'état et les aides-soignants, car ce sont les sages-femmes qui assurent les consultations prénatales et il est important qu'elles soient bien informées sur le dépistage de l'hépatite virale B pour pouvoir lutter contre la transmission mère-enfant du VHB, qui est la principale voie de transmission dans les pays de haute endémicité.[40]

➤ **Niveau de connaissance sur l'hépatite virale B**

La majorité des enquêtés soit 55% ont affirmé qu'il n'existait pas de programme de lutte contre les hépatites au Mali contre 45%. Seulement 9,1% du personnel enquêté ont affirmé avoir participé à des formations sur le dépistage des hépatites contre 90,1%. Cela pourrait s'expliquer par la rareté des formations sur le dépistage de l'hépatite au Mali, le manque de sensibilisation et d'information : Il est possible que la majorité des enquêtés ne soient pas suffisamment informés sur l'existence de programmes de lutte contre les hépatites au Mali. Le manque de sensibilisation et de communication sur ces programmes pourrait expliquer pourquoi tant de personnes ignorent leur existence. Pour résoudre ce problème et augmenter la participation à des formations sur le dépistage des hépatites, il est essentiel de renforcer la sensibilisation, d'améliorer l'accessibilité aux formations, de mettre en place des canaux de communication efficaces, d'adapter les programmes de formation aux besoins et aux intérêts du personnel, et d'allouer suffisamment de ressources pour soutenir ces efforts. Une compréhension plus approfondie du contexte local et des besoins du personnel est nécessaire pour concevoir des stratégies efficaces [40-42].

➤ **Attitudes du personnel enquêté sur le dépistage de l'hépatite B**

Parmi le personnel enquêté, 70,5 % affirmaient référer les patients qui avaient l'AgHBs positif au service de gastro-entérologie, Les centres de santé de référence sont des structures périphériques ne disposant pas de spécialistes pouvant prendre en charge les cas d'hépatite virale, la référence est donc de mise. On remarque qu'une bonne proportion se faisait vers les gynécologues car ils sont les collaborateurs directs des sage-femmes qui sont nombreuses dans notre population d'étude. Cependant une bonne information s'impose pour améliorer les connaissances sur les structures de référence de l'hépatite B et une bonne organisation du circuit s'impose.

En ce qui concerne la proposition de vaccination, plus de la moitié du personnel soit 77,3 % proposait la vaccination contre le VHB à leurs patients. Ceci reste insuffisant car le principal moyen de prévention de l'hépatite virale B et donc de sa complication majeure qu'est le cancer du foie passe avant tout par la vaccination [41].

Parmi le personnel enquêté 36,2% avaient fait leurs vaccinations contre 63,2 % n'étaient pas vaccinés, ce qui reste insuffisant pour le personnel soignant en milieu hospitalier, car ils sont à risque de contact avec le VHB. Dans l'étude de Diallo M [36] 37,8 % étaient complètement vaccinés et 46 % n'étaient pas du tout vaccinés, dans celle de Youmbi N 34,3 % avaient complètement fait leur vaccination. A Treichville [39] 49,9 % avaient leurs vaccinations à jour et 34,9 % n'étaient pas du tout vaccinés. La couverture vaccinale déclarée par le personnel contre l'hépatite B dans notre étude se rapproche de celle d'Olesegun A au Nigeria [37] où 65 % du personnel affirmaient avoir complètement fait leurs vaccinations contre l'hépatite. Elle est par contre inférieure à celle de Denis et al en 2003 en France [42] où la couverture vaccinale contre l'hépatite chez le personnel soignant était de 90 %. Ceci s'expliquerait par le fait que dans ce pays, la vaccination du personnel de santé contre l'hépatite B est obligatoire et complètement prise en charge par l'employeur [43]. Des efforts sporadiques et inachevés ont été faits

dans certaines structures selon notre interview, ce constat souligne la nécessité de rendre systématique cette vaccination pour le personnel soignant dans notre pays, de la rendre gratuite ainsi que d'en assurer la documentation et le suivi.

Pratiques du personnel en matière de dépistage de l'hépatite virale B.

Près de 2,7% du personnel enquêté n'avait jamais proposé de dépistage de l'hépatite virale B contre 98,3% qui effectuait de temps à autre des propositions de dépistage.

Parmi le personnel de santé, la grande majorité 80,5% utilisait la recherche d'AgHBs comme examen complémentaire pour le dépistage et 10,4% y ajoutait d'emblée la recherche d'anticorps HBc. Ceci démontre une mauvaise pratique du dépistage car la HAS recommande de doser à la fois les marqueurs : AgHBs AC HBc totaux (IgM et IgG) pour déterminer le statut immunitaire exact de la personne à risque du VHB. Cette pratique se justifierait par le coût élevé des marqueurs de l'hépatite B.

Facteurs influençant les connaissances, attitudes et pratiques

Pour améliorer les connaissances du personnel, une formation continue s'impose, durant notre étude, la formation du personnel était représentée avec un taux de 34,9% suivi des IEC avec 29,5%.

Etude Analytique

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre la vaccination contre l'hépatite B et la qualification du prestataire ($P=0,001$). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les prestataires de soins de santé ayant une formation médicale plus avancée, tels que les gynécologues, les médecins spécialisés, et les étudiants en thèse, peuvent avoir de meilleures connaissances et une sensibilisation plus élevée aux risques liés à l'hépatite B.

Par conséquent, ils sont plus enclins à se faire vacciner pour se protéger. Elle pourrait également s'expliquer par l'accès à la vaccination : Les prestataires de soins de santé ayant une meilleure qualification professionnelle peuvent avoir un

meilleur accès à la vaccination contre l'hépatite B dans leur milieu de travail. Les cliniques, les hôpitaux et les établissements de santé où ils exercent peuvent offrir des programmes de vaccination.

Par ailleurs nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la vaccination contre l'hépatite B et la participions à des formations sur le dépistage des hépatites ($P=0,077$). Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la Proposition d'un dépistage de l'hépatite B (VHB) à leurs patients et la qualification du prestataire ($P=0,070$). Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la vaccination contre l'hépatite et le fait de proposer la vaccination contre VHB aux patients ($P=0,071$). Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la spécialité et le fait de proposer la vaccination contre VHB aux patients ($P=0,159$).

CONCLUSION

CONCLUSION

Au terme de notre étude nous pouvons dire qu'environ 70 % du personnel soignant dans le centre de santé de référence de la Commune V de Bamako ont une bonne connaissance sur le dépistage de l'hépatite virale B, mais en pratique plus de la moitié du personnel ne propose pas ce dépistage à leurs patients et ce même en face des patients ayant des facteurs de risque d'exposition au VHB. Très peu de personnel soignant ont reçu une formation continue en matière de dépistage de l'hépatite B, ce qui expliquerait la faible utilisation de l'outil de dépistage par le personnel de santé. La couverture vaccinale de ce personnel pour l'hépatite B reste insuffisante alors qu'ils sont exposés quotidiennement au risque d'AES. Des actions urgentes s'imposent donc pour renforcer la lutte contre l'hépatite B.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude :

Nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Au ministère de la santé**

- Organiser des campagnes de dépistage et de sensibilisation aussi bien auprès du personnel soignant qu'auprès de la population.
- Promouvoir la gratuité du dépistage du VHB pour la population
- Former de façon continue le personnel soignant sur le dépistage de l'hépatite virale B

➤ **Aux personnels soignants :**

- Sensibiliser les patients sur la prévention et le dépistage de l'hépatite B
- Mettre à jour leur vaccination contre l'hépatite virale B
- Proposer systématiquement un dépistage à toutes les femmes enceintes.
- Inclure dans le programme de causerie éducative un chapitre sur le Virus de l'hépatite B
- Faire le dépistage du VHB chez toutes femmes enceintes au 6^{ème} mois de grossesse d'autant plus que si le VHB est contracté tôt dans l'enfance plus grand est le risque d'évolution vers la chronicité.
- Référer les cas positifs pour une prise en charge adéquate dans le cadre de la PTME de l'hépatite B.

REFERENCES

REFERENCES

- [1] Block TM, Guo H, Guo JT. Virologie moléculaire du virus de l'hépatite B pour les cliniciens. *Clin Liver Dis.* 2007; 11: 685-706.
- [2] Wright TL, Lau JY. Aspects cliniques de l'infection par le virus de l'hépatite B. *Lancet.* 1993; 342: 1340-4.
- [3] OMS. Soixante-troisième Assemblée Mondiale de la Santé, Point 11.12 de l'ordre du jour provisoire, Rapport du Secrétariat, Hépatite virale. A63/15, 25 mars 2010.
- [4] ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales). Hépatites virales B et C/Pays en développement : Présentation générale
- [5] Coulibaly A. Contribution à la qualité du diagnostic du VHB au laboratoire du CHU Gabriel Touré [Thèse]. Pharmacie : Bamako;2011.151p
- [6] Hamissi J, Tabari ZA, Najafi K, Hamissi Z. Knowledge, attitudes and practice of hepatitis B vaccination among Iran dentitistis. *Int J CollabResIntern Med Public Health* 2014 ;6 : 199 – 206.
- [7] Abeje G, Azage M. Hepatitis B vaccine knowledge and vaccination status among health care workers of Bahir Dar City Administration, Northwest Ethiopia : a cross sectionnal study. *BMC infect Dis* 2015 ;15 :30.
- [8] Hassan M, Awosan KJ, Nasir S, Tunau K, Burodo A, Yakubu A, et al. Knowledge, risk perception and hepatitis B vaccination status of healthcare workers in UsmanuDanfodiyo University Teaching Hospital, Sokoto, Nigeria. *J Public Health Epidemiol*2016;8(4):53–59.
- [9] Epidémiologie de l'infection par le VHB. *Développement et santé.*2012 ;200p 7-16
- [10] Epidémiologie des Hépatite virales B en Afrique. [En ligne]. [Consulté le 29 Juin 2020]. Disponible: <http://www.HépatiteAfrique.org>

[11] World Health Organization, Dept of Epidemic and Pandemic Alert and Reponse. Hepatitis B [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002(76).

[12] Virus de l'hépatite B(VHB). Agent de l'hépatite B [En ligne]. [Consulté le 26 Juin 2020]. Disponible : <http://www.wikipédia.org>.

[13] Sidibé S, Sacko Y, Traore Y. Prévalence des marqueurs sérologiques du virus de l'hépatite B chez les femmmes enceintes dans le district de Bamako, Mali. Bull Soc Pathol Exot .2001; 94(4):339-341

[14] Aubert J, Catrice M, Bouée S, Pumpo AD, Santana P, Gervais A, et al. Prévac B: prévention de l'hépatite B dans les populations migrantes originaires de zones de forte endémie, Afrique subsaharienne et Asie Enquête prospective en soins primaires, d'observation et d'intervention. Rev Prat [Internet]. 2010 [cité 22 nov 2023]; Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Pr%C3%A9vac-B%3A-pr%C3%A9vention-de-l%27h%C3%A9patite-B-dans-les-de-de-Aubert-Catrice/3af3ab8e2e796c91243127eafb4c0864ce0ae609>

[15] Institut National de Prévention et d'Education Pour la Sante–INPES. Prévention de l'hépatite B auprès des personnes les plus exposées, Mai 2005 [en ligne]. [Consulté le 13 février 2014] disponible <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/931.pdf>.

[16] ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales). Hépatites virales B et C/Pays en développement : Présentation générale [enligne]. [Consulté le 21 Mai 2013] disponible. <http://www.anrs.fr/Hepatites-virales-B-et-C/Pays-endéveloppement/>

[17] Haute autorité de santé. Rapport de recommandation 2014 sur la prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Paris : 2014. 527.

- [18] Bourel M. Hépatologie. Paris : Ellipses ; 1991- 383 .
- [19] Ballian A. Hepatogastro-entérologie medicale. Vernazobres-Grego : Paris ; 2004. 450 p.
- [20] Buffet C, Pelletier G. Abrégé d'hépatologie. Paris : Masson ; 1994.p 59-85.
- [21] Yerbanga XF. L'antigénémie HBs et paramètre hématologique chez les donneurs de sang au CNTS de Bamako, Thèse Pharm. Bamako 1997
- [22] Fleury HJ. Abrégé de virologie, Masson. Paris, 1997, 191p.
- [23] La Revue de Med 'AF, 2002. Mali : Médecine Tropicale ; édition trimestriel, N°1, juillet 2002. ; P345-49
- [24] Pol S. Epidémiologie et Histoire naturelle de l'infection chronique par le VHB.
- [25] La lettre de l'hépatogastro-entérologue : 2006. 9(4) :173 – 177. 2003- OMS. Hépatite B. Aide-mémoire, N204, juillet 2016[consulté le 2 Aout 2017 à 10h05mn] <http://www.who.int/Mediacentre/Factsheets/FS204/Fr>.
- [26] Eugène C. Les hépatites virales. Paris : Masson ,2000-226 .
- [27] Dao S et al. La Co- infection VIH-VHB, Médecine d'Afrique Noire 200754(10), 485-88 18- Yerbanga XF
- [28] Les techniques virologiques de diagnostic et suivit de l'hépatite B [En ligne]. [Consulté le 19 février 2015]. Disponible : <http://www.emConsult.com>
- [29] MINSANP/PNLS. Politique national de dépistage du VIH à Madagascar. Edition 2011.
- [30] Sacko D. Connaissances, attitudes et pratiques des consultants à propos de l'Hépatite virale B au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako [Thèse]. Médecine : Bamako ;2015. 84p

- [31] MINSANP/PNLS. Politique national de dépistage du VIH à Madagascar. Edition 2011.
- [32] Sacko D. Connaissances, attitudes et pratiques des consultants à propos de l'Hépatite virale B au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako [Thèse]. Médecine : Bamako ;2015. 84p
- [33] Lohouès-kouacou MJ, Assi C, Nigué L, Bieké AR, Ouattara A, Koné S et al. Connaissance et couverture vaccinale contre l'Hépatite virale B (HVB) : étude transversale parmi les étudiants de l'université de Cocody, Cote d'Ivoire. Rev Epidémiol santé publique.61(2013)494-498.
- [34] Organisation Mondiale de la Santé. Hépatite B. Juillet 2020
- [35] Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement en faveur des personnes atteintes d'une infection à hépatite B chronique. Avril 2016.
- [36] Diallo M. Enquete connaissance attitudes et pratiques du personnel soignant de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique de (IOTA) visà-vis de l'hépatite virale B. [Thèse].Médecine :Bamako; 2009,67p .
- [37] Olesegun A, Ndububa AD, Olowookere AS, Ijarotimi O, Ijadunola KT. Knowledge on hepatitis B virus infection, Immunisation with hépatitis B vaccin, Risk Perception And Challenges to control hepatitis infection among Hospital workers in Nigerian tertiary hospitals. Hindawi. 2015 ; 439867-6
- [38] Benié J, Tiembre I, Ekra D, Attoh Toure H , Kpebo S, Dagnan S et al. Connaissances attitudes et pratiques du personnel de santé sur l'hépatite virale B dans la commune de Treichville. *Cah Santé Pub.* 2008 ;7(1) : 7-20.
- [39] Youmbi N. Connaissances Attitudes et Pratiques du personnel soignant du CHU du point G sur les Hépatites virales B et C [Thèse]. Médecine : Bamako; 2014,89p .

[40] ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales). Hépatites virales B et C/Pays en développement : Présentation générale [en ligne] [consulté le 21 Mai 2013] disponible : <http://www.anrs.fr/Hepatitis-virales-B-et-C/Pays-endéveloppement/Présentation-générale>.

[41] Gautier A, Jestin C. Pratiques du dépistage des hépatites virales par les médecins généralistes. France; 2009. BEHWeb 2011(1). [en ligne] [consulté le 11 décembre 2012] disponible : www.invs.sante.fr/behweb/2011/012.htm. Denis F, Debrock C. Stratégie de vaccination dans la prévention de l'hépatite B. *Med Mal Infect.* 2003;33:61-6.

[42] Brouard C, Gautier A, Saboni L, Jestin C, Semaille C, Beltzer N et al. Connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010. *BEH* 2012;29:333-8.

ANNEXES

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : Aoudoukadi **Prénom :** Touré

Mail : Abdoukadir@gmail.com

Tél : (00223) 72 94 74 26

Titre : Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant sur le dépistage l'hépatite virale B à la maternité du centre de santé de référence de la commune V.

Année de soutenance : 2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine d'odontostomatologie et de la faculté de pharmacie.

Secteur d'intérêt : Connaissances, attitudes, pratiques, personnel soignant, Dépistage, Hépatite, Santé publique, Mali.

Résumé :

Introduction : L'hépatite virale B pose un problème de santé publique dans plusieurs régions du monde. Le but de cette étude était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de la maternité du centre de santé de référence de la commune V sur le dépistage de l'hépatite virale B.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique à collecte prospective allant de 02 février au 02 Aout 2022 (6 mois). Nous avons inclus tout Médecin, Étudiant en thèse, Sage-femme et Infirmière obstétricienne exerçant à la maternité du centre de santé de référence de la commune V qu'il soit permanent ou qu'il y prenne des gardes, présent au moment de la collecte et ayant donné son consentement éclairé. Les données collectées à l'aide d'une fiche d'enquête ensuite elles ont été saisies et analysé sur le logiciel SPSS version 20.0. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

Résultats : Au total nous avons enquêtés 220 agents de santé dont 3 Gynécologue (1,4), 9 DES en Gynécologie (4,1), 8 DES en chirurgie (3,6), 47 médecin généralistes (21,4%), 68 étudiants

(30,5%), 55 sage-femmes (25%), 30 Infirmière obstétricienne (13,6%). L'ancienneté du personnel enquêté était en moyenne de 3,86 ans et allait de 0 à 32 ans. Le sexe masculin était prédominant dans notre étude (52,7% de l'effectif enquêté). La majorité des enquêtés soit 55% ont affirmé qu'il n'existait pas de programme de lutte contre les hépatites au Mali contre 45%. Seulement 9,1% du personnel enquêté ont affirmé avoir participé à des formations sur le dépistage des hépatites contre 90,1%. Parmi le personnel enquêté, 70,5 % affirmaient référer les patients qui avaient l'AgHBs positif au service de gastro-entérologie, Les centres de santé de référence sont des structures périphériques ne disposant pas de spécialistes pouvant prendre en charge les cas d'hépatite virale, la référence est donc de mise. Près de 2,7% du personnel enquêté n'avait jamais proposé de dépistage de l'hépatite virale B contre 98,3% qui effectuait de temps à autre des propositions de dépistage. Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre la vaccination contre l'hépatite B et la qualification du prestataire (P=0,001). Conclusion : la fréquence de l'hépatite B restes élevés dans notre contexte et le dépistage et la vaccination restent un moyen efficace de prévention.

Mots clés : connaissances, attitudes, pratiques, personnel de la maternité, Dépistage, Hépatite virale B, Mali.

Abstract

Introduction: Viral hepatitis B is a public health problem in many parts of the world. The aim of this study was to assess the knowledge, attitudes and practices of maternity ward staff at the commune V referral health centre regarding screening for viral hepatitis B.

Method: This was a descriptive and analytical cross-sectional study with prospective data collection from 02 February to 02 August 2022 (6 months). We included all doctors, thesis students, midwives and obstetric nurses practising in the maternity ward of the commune V referral health centre, whether permanent or on call, who were present at the time of data collection and who had given informed consent. The data were collected using a survey form, then entered and analysed using SPSS version 20.0 software. Anonymity and confidentiality were respected.

Results: A total of 220 health workers were surveyed, including 3 gynaecologists (1.4), 9 postgraduate gynaecologists (4.1), 8 postgraduate surgeons (3.6), 47 general practitioners (21.4%), 68 students (30.5%), 55 midwives (25%) and 30 obstetric nurses (13.6%). The average length of service of the staff surveyed was 3.86 years, ranging from 0 to 32 years. Males predominated in our study (52.7% of the staff surveyed). The majority of respondents (55%) said that there was no programme to combat hepatitis in Mali, compared with 45%. Only 9.1% of the staff surveyed said they had taken part in training courses on hepatitis testing, compared with 90.1%. Of the staff surveyed, 70.5% said that they referred patients who tested positive for HBsAg to the gastroenterology department. The referral health centres are peripheral facilities that do not have specialists who can treat cases of viral hepatitis, so referral is essential. Nearly 2.7% of the staff surveyed had never offered screening for viral hepatitis B, compared with 98.3% who did offer screening from time to time. We found a statistically significant relationship between hepatitis B vaccination and provider qualification ($P=0.001$).

Conclusion: The frequency of hepatitis B remains high in our context, and screening and vaccination remain an effective means of prevention.

Key words: knowledge, attitudes, practices, maternity staff, screening, viral hepatitis B, Mali.

FICHE D'ENQUETE

Date : __/02/2022

1 PROFESSIONNEL DE SANTE

1.1 Quel est le nom de votre établissement d'exercice ?

1.2 Avez-vous déjà rempli cette fiche d'enquête ? Oui Non

1.3 Quelle est votre spécialité ? Sage-femme Généraliste Interniste Gastro entérologie

Maladies Infectieuses Pédiatrie Gynéco obstétrique Chirurgie

Autres, _____ précisez _____ :

1.4 Sexe Féminin Masculin

1.5 Age / __ / __ / ans

1.6 Nombre d'année d'exercice / __ / __ / ans

1.7 Combien de patients consultez-vous en moyenne par jour ? / __ / __ /

1.8 Existe-t-il un Programme de lutte contre les Hépatites au Mali? Oui Non

1.9 Avez-vous déjà participé à des formations sur le dépistage des hépatites ?

Oui Non (si « Non » passez à la question 1.12)

1.10 Si oui quel était la structure organisatrice ?

1.11 Si oui, en quelle année s'est déroulée votre dernière formation? / __ / __ / __ / __ /

1.12 Etes-vous vacciné contre l'hépatite B ? Oui Non

2 PATIENTS

2.1 Proposez-vous un dépistage de l'Hépatite B (VHB) à vos patients ?

Jamais Parfois Souvent Très souvent

2.2 Si « jamais », pourquoi ?

—

—

(Passez à la question 2.7 mais si vous répondez « jamais » passez à la question 2.1)

Si vous avez répondu souvent ou très souvent à la question 2.1,

2.3 Quel(s) est (sont) le(s) examen(s) sérologique(s) que vous demandez systématiquement pour le dépistage de l'Hépatite virale B aigüe ?

2.4 Que faites-vous lorsque l'Ag HBs revient positif ?

2.5 Quel(s) est (sont) le(s) examen (s) que vous demandez pour le dépistage de l'Hépatite virale B chronique ?

2.6 Quels sont les facteurs de risque devant motiver le dépistage de l'hépatite B ? (Cocher les bonnes réponses)

- Usagers de drogues par voies IV ou nasale
- Entourage familial d'un patient HBs positif
- Personne ayant des comportements sexuels à risque

- _ Personne vivant avec le VIH
- _ Personne originaire d'un pays à forte endémicité (Afrique, Asie du Sud-Est)
- _ Personne en situation de précarité
- _ Patient qui présente une hépatomégalie
- _ Personnes exposées dans le cadre d'une activité professionnelle
- _ Patient ayant bénéficié d'une transfusion sanguine
- _ Travailleurs du sexe
- _ Homosexualité
- _ Bilan de grossesse
- _ Bilan pré vaccinal
- _ Autres (préciser) : _____

2.7 Proposez-vous la vaccination contre le VHB à vos patients ? _ Oui _ Non

2.8 Si la réponse est " Oui", dans quelle(s) situation(s) proposez-vous ?

3 RECOMMANDATIONS

3.1 Que pensez-vous du management du dépistage des hépatites virales B ?

3.2 Que proposiez-vous pour une meilleure pratique du dépistage des hépatites virales B dans vos structures sanitaires ?

Merci monsieur/Madame d'avoir bien voulu remplir ce questionnaire

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, 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 des 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 la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai 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 leurs pères.

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 !