

Ministère de l'Enseignement Supérieur

REPUBLIQUE DU MALI

Et de la Recherche Scientifique

UN PEUPLE - UN BUT- UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

N°

THESE

FREQUENCE ET FACTEURS ASSOCIES AU NON DEPISTAGE DE L'ANTIGENE
HBs (AgHBs) CHEZ LES FEMMES EN CONSULTATION PRENATALE (CPN) AU
PREMIER ET DEUXIEME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE A L'HOPITAL DE
DISTRICT DE LA COMMUNE IV DE BAMAKO, 2024-2025

Présentée et soutenue publiquement le 24/09/2026 devant la

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par M. Moulaye SIDIBE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat).**

JURY

Président : M. Oumar SANGHO, *Maître de Conférences Agrégé en Epidémiologie*

M. Amaguiré SAYE, *Gynécologue Obstétricien*

Membres

: M. Samba BA, *Hepato-Gastro-entérologue*

Co-directeur : M. Souleymane Sékou DIARRA, *Maître-assistant en Epidémiologie*

Directeur : M. Nouhoum TELLY, *Maître de Conférences Agrégé en Epidémiologie*

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

SECRETARIAT PRINCIPAL

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026**

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** – PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
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 Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
9	Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
10	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
11	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
12	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
13	Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
14	Mr Abdel Karim ROUMARE	Chirurgie Générale

15	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
16	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
17	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
19	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie - Virologie
20	Mr Bréhima ROUMARE	Bactériologie - Virologie
21	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
22	Mr Souleyennane DIALLO	Pneumologie
23	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
24	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
25	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
26	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
27	Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
28	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
29	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
32	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
33	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
34	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
35	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
36	Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
37	Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
38	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
39	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
40	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
41	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
42	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
43	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
44	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
45	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
46	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

48	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
49	Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
50	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
51	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
52	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
53	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
54	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
55	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
56	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
57	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
58	Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
59	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie-Hépatologie
60	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
61	Mr Aly TEMBELY	Urologie
62	Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
63	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
64	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
65	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
66	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
67	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
68	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
69	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
70	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
71	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
72	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
73	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
74	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
75	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
76	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
77	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
78	Mr Diibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
79	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladii Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Broulave Massaoülé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Diibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
6	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
7	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
8	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
9	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
10	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
11	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
12	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
13	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
14	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
15	Mr Tioukani THERA	Gynécologie/Obstétrique
16	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
18	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
19	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
20	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
21	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
22	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
23	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation

5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie

38	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
39	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
40	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
41	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
42	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
43	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
44	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
45	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
46	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
47	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
48	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
49	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
50	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
53	Mr Alphousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
54	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
55	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
56	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
57	Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
58	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
59	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
4	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie - Mycologie
5	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Dieneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
9	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
10	Mr Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
11	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
12	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire

13	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
15	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie - Mycologie
16	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
17	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
2	Antiémé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments
3	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
4	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
5	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
6	Mr Sidy BANE	Immunologie
7	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
8	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
3	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
4	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie

4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr 110 Bella DIALLO	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie

16	Mme SOW Diénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépatogastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-Entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépatogastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Diénéba KONATE	Pédiatrie
35	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme N'Drain SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale

48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM S) ET N0M	SPECIALITE
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Diigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET N0M	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie

3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bio-informatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
N°	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mme Halimatou DIAWARA	Economie de la santé
3	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
4	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
5	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
6	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
7	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
8	Mr Bakal DIARRA	Santé Publique
9	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
10	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
11	Mr Ousmane LY	Santé Publique
12	Mr Ilo DICKO	Santé Publique
13	Mr Abdoul Salam DIARRA	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
8	Mme Diénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahima KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Diibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
5	Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6	Mr Madani MARICO	Chimie générale
7	Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique
8	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
9	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
10	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
11	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
12	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
13	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
14	Mr Baba DIALLO	Santé publique bucco-dentaire
15	Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
16	Mr Issa COULIBALY	Gestion
17	Mr Kassim SIDIBE	Imagerie dentaire

18	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
19	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
20	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
21	Mr Brahim DICKO	Médecine Légale
22	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
23	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
24	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
25	Mr Ibrahima FALL	OCE
26	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
27	Mr Aly SY	OCE
28	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODP
29	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
30	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
31	Mr Madani LY	Oncologie
32	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
33	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
34	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
35	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
36	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
37	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
38	Mr Morodian DIALLO	Physique
39	Mr Apérrou dit Eloi DARA	Psychiatrie
40	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
41	Mr Ibrahim PAMANTA	Rhumatologie
42	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 02 / 06 / 2026

Le Secrétaire Principal

 Dr. Monzon TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

A Mon père

Bakoro SIDIBE :

Paysan modeste, pilier de résilience et de dignité, toi qui as cultivé la terre avec tes mains et mon avenir avec ton courage ; malgré les conditions difficiles, les saisons incertaines et les privations, tu as fait de mon éducation ton combat et de ma réussite ta fierté. Cet accomplissement est le fruit de tes sacrifices silencieux, de tes nuits d'inquiétudes et de tes prières. Puisse ce travail honorer ton nom et rendre justice à ton abnégation, l'homme dont l'amour, le respect, l'éducation et la sincérité ont guidé mon enfance, jusque-là et rendu possible cette réussite. L'homme qui a su m'inculqué les principes moraux et mondains d'une vie équilibrée. Noble, honnête et intègre, tu nous as mis sur le droit chemin, surtout en nous montrant l'exemple. Tu es mon modèle. Ton garçon te dédie ce travail en témoignage de son amour, son affection et son profond respect en ton égard. Il est le couronnement de ce que tu as entamé. Qu'Allah t'accorde longue vie et te comble de sa miséricorde.

A Mes mamans

Sata SANGARE et Aby SANGARE :

Votre éducation et vos prières constantes, qui ont illuminé mon chemin vers cette réussite. Puisse Allah le très miséricordieux, par sa gloire vous accorde une très longue vie dans la santé, pour voir grandir ce que vous avez façonné. Pour votre amour inconditionnel, votre dévouement, je ne saurai être assez éloquent pour exprimer ce que vous méritez pour tous les sacrifices que vous avez dû consentir depuis ma naissance, Je ne saurai jamais comment vous exprimer mes plus profonds sentiments, je vous aime... Avec toute ma gratitude et mon amour filial. Que Dieu vous prête longue vie et santé pour savourer ce jour.

REMERCIEMENTS

ALLAH

Mon Seigneur, créateur des cieux et de la terre, pourvoyeur par excellence de ses serviteurs, l'unique sans associé, doux et généreux, qui m'assiste au quotidien. Toutes les louanges et les remerciements lui sont dus pour tous ces bienfaits à mon endroit.

Au prophète MOHAMMED (PSBL)

Notre bien aimé, à la moralité parfaite, envoyé en miséricorde pour le monde, qui nous a incité à nous instruire afin d'être profitable aux Hommes. Il est un modèle pour nous. Ses enseignements nous ont profité au quotidien et nous en profiterons à vie. Paix, salut, et bénédictions d'Allah sur lui.

À **ma nation le MALI**, terre d'histoire, de résilience et de valeurs, qui m'a vu naître et grandir. Puisse ce travail contribuer, même modestement, à l'amélioration de la santé et au bien-être de sa population. Qu'Allah le préserve, lui accorde la paix et la prospérité, bénisse ses fils et filles

A Mes tontons : Sekou SIDIBE, Mamourou SIDIBE, Mouctar SIDIBE, Moumouni SIDIBE, Dr Alou SIDIBE : Ce travail est la résultante de vos efforts par l'enseignement que j'ai reçu de vous depuis mon enfance jusqu'à maintenant. Merci ! C'est un mot trop simple. Ce que je souhaiterais exprimer est au-delà. Je suis à la fois touché et reconnaissant pour l'aide que vous m'avez apporté. Je ne saurais assez-vous remercier. Que Dieu vous donne une longue vie.

Mes tantes : Wassa KONATE, Aiche, Djelika SIDIBE, Fatoumata SIDIBE, Barakissa SIDIBE, Djenebou, Mme OUANE Aïssata : C'est avec une joie immense que je vous adresse mes sincères remerciements. Courageuses, et nobles, je suis très heureux d'avoir reçu de vous une très bonne éducation. Vous avez été toujours à mes côtés au moment opportun, Vos affections, vos bénédictions, vos conseils, vos engagements m'ont aidé à surmonter tous les obstacles de la vie estudiantine et la vie en générale. J'espère que ce travail est juste une récompense de nos efforts.

A mes grandes mères : Korotoumou DIAKITE et Bintou DIALLO

A mes frères d'une autre mère : Chaka Camara affectueusement appelé Major, mes frères officiers Drissa SANGARE et Cheickna DIARRA : Vous avez toujours cru en moi tout en m'accordant votre présence constante, votre amour dévoué, votre tendresse, votre générosité pour donner du goût et du sens à ma vie. En témoignage de mon amour, de mon admiration ainsi que de ma grande affection, je vous prie de trouver dans ce travail l'expression de ma très haute estime et de mon sincère attachement. Merci d'être toujours là aux petits soins pour moi ; puisse ALLAH vous accorde santé et longévité.

Mes sœurs : Mariam, Aicha, Korotoumou dite Titi, Namina, Aminata, les jumelles (Adam et Awa), Ramata, Kadiatou

A mes belles sœurs : Aminata ; Awa, Yama,

Sans vous la vie aurait été différente, vous êtes sans aucun doute l'un des piliers de ma vie, merci pour tout.

A mes cousins : Adama SANGARE, Bakary SANGARE, Gaoussou, Dramane, Kadra SANGARE

Merci à vous tous pour la joie, la bonne humeur, le soutien, et l'esprit de fraternité. Que Dieu nous garde !

A Dr kalifa KEITA le Directeur General Adjoint de la santé et de l'hygiène publique ainsi que tous les membres de sa famille merci infiniment pour vos conseils et votre accompagnement

A la famille DOUMBIA et MARIKO à Massigui

Une famille exceptionnelle, incomparable, adorable, faite de membre très compréhensible, sans vous, Ce travail n'aurait pas lieu, recevez ici mes sincères remerciement. Merci de m'avoir hébergé pendant 4 ans. Ce travail est le vôtre

ENSEIGNANTS ET AMIS DE MASSIGUI :

Brehima SAMAKE, Abdoulaye COULIBALY,

Boubacar BAH, Daouda SIDIBE, Sitapha SIDIBE, Drissa SANGARÉ, Issa DIABATE, Souleymane SIDIBE

Ce document est le vôtre merci pour votre soutien et votre accompagnement

A mes enseignants du Lycée Privé Cheick Hamalah :

Dr Baba Antibe COULIBALY, M. TANGARA, M. Adama KONE, M SISSOKO, merci pour tous ce que vous avez fait pour ma modeste personne

❖ **À tous et toutes mes camarades de la 15 e promotion du numerus clausus**

Que Dieu nous accorde toujours la sagesse de maintenir l'union sacrée que nous avons établie tout au long de cette longue aventure.

❖ **À mes merveilleux amis : Mohamed dit Diegui DIABY, Mahamadou KONATE, Bouya SIMPARA, Ibrahim Mahamadou MAIGA, Mahawa BERTHE, Harouna MAIGA, Moussa COULIBALY, Assetou COULIBALY, Rokiatou BOUARE**

Vous avez été une source de motivation, d'inspiration et de détermination. Chaque rencontre me poussait vers une maturité intellectuelle plus grande. Si j'ai pu avoir une stabilité et un apaisement c'est par votre aide. Votre influence positive a contribué de manière significative mon évolution personnelle et académique. Allah a mis sur mon chemin des personnes

bienveillantes. Qu'Allah vous récompense pour votre soutien, renforce nos liens et nous accorde sa bénédiction ici-bas et dans l'au-delà.

A mes ami(e)s et collaborateur (trice)s du point G :

Dr : Adama COULIBALY (responsable de la 15^e promotion), Cherif Cheick COULIBALY (Président de la promotion) Seydou SYLLA, Oumar Kassim KONE, Bekaye COULIBALY, Mahamadou Baba SOGO, Samuel Amasongo SAYE ; Alassane SOW, Lassine S TRAORE, Aïchatou TRAORE, Diam Youssouf THIAM, Abdrahamane THERA et ma très chère amie Dr Kadidiatou Samba TAMBOURA

A mes collaboratrices : Hinda TANDJA (sage-femme), Mariam LY (kinésithérapeute)

Merci de m'avoir supporté et assisté pendant ces moments inoubliables de ma vie. Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères et des amis sur qui je peux compter. Merci à vous tous infiniment de m'avoir permis d'arriver au bout du chemin.

A Mahamoudou M TRAORE, Hamadou FOMBA, Issa SIMITO, Abdoulaye Toumani SISSOKO, Souleymane SANGARE, Amadou DIALLO, Boubacar COULIBALY

Merci infiniment pour vos respects et considérations.

Aux militants et militantes de l'Association Sante Plus Commune IV : merci pour tous

A mon grand frère et aîné : Dr Dramane K SAMAKE et mon tonton Dr Alou SIDIBE
merci infiniment pour votre soutien et accompagnement moral tout au long de ce parcours.

Aux personnels de ASACOSEKASI :

Dr Oumar KONATE (DTC), Dr Seydou OUEDRAOGO et à tous les sage-femmes, infirmier(e)s et stagiaires, mention très spéciale à **Dr Gaoussou KONATE** je vous dit tout simplement merci.

Aux personnels de L'ASACOFI :

Dr Seydou Sidibe (DTC) ; à toutes les équipes de gardes

A mon équipe de L'ASACOFI : Amadou DIALLO, Aliou Badra CAMARA, Macire SACKO, Drissa KONE, soyez en remercier pour votre apport positif durant ce parcours

A mes chers maîtres de l'Hôpital de District de la Commune IV :

Dr Amaguiré SAYE, Dr Dessé DIARRA, Dr Sirama DIARRA, Dr Brahima DEMBELE, Dr Ramatoulaye HAIDARA

Vous avez été pour moi des maîtres engagés et soucieux non seulement pour la formation des étudiants mais également pour le travail bien fait. Votre disponibilité et vos engagements n'ont jamais fait défaut. Que Dieu vous donne une longue vie pleine de bonheur.

A tous mes aînés, mes collègues internes et cadets de l'hôpital du district de la commune IV du service de Gynécologie Obstétrique :

A mes aînés :

Dr Michel GOITA, Dr Moussa DIAKITE, Dr Aldjalil DIALLO, Dr Mohamed KEITA, Dr Boubacar NIARE, Dr Lamine SIDIBE, Dr Oumar KONATE, Dr Yaya COULIBALY, Dr Ali KONATE, Dr Fatoumata SISSOKO, Dr Alou KONATE, Dr Baye DIAWARA, Dr Aiché TRAORE, Dr Kemoko DEMBELE, Dr Hassana KAREMBE, Dr Tieniké COULIBALY, Dr Lanfia KEITA, Dr Bintou FOFANA, Dr Mathieu SAYE, Dr Mahamadou FOFANA, Dr Mariam KONE, Dr Douani KANE , Dr Ibrahim A. CISSE, Dr Sadio OUATTARA, Dr Fatoumata ONGOIBA, Dr Moussa KOUAME, Dr Mamadou K DIAKITE, Dr Karamoko TOGOLA

Mes collègues internes : Amadou DIALLO, Fatoumata SIDIBE, Boubacar CAMARA, Drissa CAMARA, Hawa CAMARA, Djeneba DIAKITÉ, Yacouba DEMBELE, Karamoko CAMARA, Souley DIALLO, Siaka CAMARA

Mes cadets externes : Adam NIARÉ, Fily KONATÉ ; Astan SACKO, Mariam MAIGA, July, Marietou CAMARA, Marie DABO, Mme KONATÉ Mariam SANGARÉ, Noumoumousso KONÉ, Nagnouma, Fanta KOUYATÉ, Mastan DIALLO, Fatoumata DEMBELÉ, Nantenin KEITA, Djenebou FOFANA, Aminata SACKO, Moussa DEMBELE, Adam CAMARA, Doussou FOFANA, Djeneba BORÉ, Kadiatou BAMANI, Nafissatou, Farikou KEITA, Maimouna COULIBALY, Rokia SIDIBE; Mariam DIALLO; Nare DOUMBIA

A tout le personnel de l'Hôpital du District de la Commune IV (HDC IV) de Bamako

Aux médecins, aux sage- femmes, aux infirmiers, aux infirmières, aux majors et manœuvres

A tous ceux et celles qui m'ont soutenu de près ou de loin

Nous manquons de mots pour vous exprimer notre gratitude, car vous êtes tellement nombreux à avoir cru en moi, de m'avoir aidé et encouragé au moment où j'en avais le plus besoin. Je vous dis merci ; que le Seigneur vous le rende au centuple !

A Monsieur Komla-Djiwonou ADJAMAGBO

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à Komla pour son aide précieuse et son soutien tout au long de la réalisation de ce travail de recherche. Sa disponibilité, ses conseils éclairés, ainsi que ses encouragements constants ont grandement contribué à la qualité et à l'aboutissement de cette thèse.

A Docteur Abou SOGODOGO

Merci pour votre disponibilité, votre soutien, votre aide et vos encouragements durant toute la réalisation de ce travail. Nous ne saurions vous remercier assez.

Qu'ALLAH vous récompense de votre bienfait.

**❖ À tous les personnels du Département d'Enseignement de la Recherche en Santé
Publique et Spécialité**

J'ai découvert en vous des personnalités simples, rigoureuses, aimables et respectueuses en vous. Je vous remercie pour votre chaleureux accueil, je vous fais part de ma sympathie et de ma disponibilité. Que Dieu nous accorde une longue vie dans la santé et la prospérité.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY :

Professeur Oumar SANGHO

- **Maître de Conférences Agrégé en Epidémiologie ;**
- **Diplôme Inter-Universitaire (DIU) EPIVAC ;**
- **Certificat de Promotion de la Santé ;**
- **Enseignant-Chercheur au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique et Spécialités (DERSP) / FMOS / USTTB ;**
- **Enseignant-Chercheur à l'UKM ;**
- **Ancien Médecin Chef du District Sanitaire de Niono.**

Cher Maître,

Vous nous faites l'honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre modestie, votre simplicité, votre rigueur scientifique et vos qualités de chercheur font de vous un des maîtres les plus appréciés de la faculté. Veuillez accepter cher maître, nos sentiments d'estime, de respect et de reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Nouhoum TELLY

- **Maître de Conférences Agrégé en épidémiologie à la FMOS**
- **Chef par intérim à la division surveillance épidémiologique et recherche à la Cellule Sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites virales (CSLS-TB-H)**
- **Secrétaire Général Adjoint de la société Malienne d'épidémiologie (SOMEPI)**
- **Secrétaire administratif de la société Malienne de Santé Publique (SOMASAP)**
- **Chef de l'unité « Maladies infectieuses » du laboratoire de recherche du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP)**

Cher Maître,

Merci d'avoir accordé votre temps précieux à l'évaluation de ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, vos qualités humaines et votre persévérance font de vous un maitre exceptionnel.

Recevez ici cher maitre, nos plus hautes considérations.

À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Souleymane Sékou Diarra

- **Maître Assistant en épidémiologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)**
- **Chef du Département des opérations d'Urgence de Santé Publique à l'Institut National en Santé Publique (INSP)**
- **Coordinateur de l'Equipe Médicale d'Urgence (EMU) du Mali**
- **Expert en gestion des Urgences en Santé publique**

Cher Maître

C'est un privilège que vous nous accordez en acceptant d'être co-directeur de cette thèse, nous en sommes très honorés. Merci pour vos corrections et suggestions très utiles qui nous ont permis d'améliorer la valeur scientifique de ce travail.

Trouvez ici l'expressions de nos sincères remerciements.

À NOTRE MAÎTRE ET MEMBRES DU JURY,

Docteur Amaguiré SAYE

- **Gynécologue obstétricien et praticien hospitalier à l'hôpital de district de la commune IV de Bamako ;**
- **Chef de service de gynéco-obstétrique de l'hôpital de district commune IV de Bamako ;**
- **Médecin chef adjoint de l'hôpital de district de la commune IV de Bamako ;**
- **Chargé de recherche ;**
- **Membres de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**

Cher Maître,

Nous avons été profondément impressionnés par votre humilité, disponibilité et simplicité.

Votre sens élevé de l'humanisme et du travail bien fait, votre courage font de vous un maître admiré et respecté. Nous vous serons éternellement reconnaissant, qu'Allah vous bénisse.

À NOTRE MAÎTRE ET MEMBRES DU JURY

Dr Samba BAH

- Médecin spécialiste en Hépatogastro-Entérologie ;
- Point focal national des Hépatites virales à la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et les hépatites virales (**CSLS-TB-H**) ;
- Membre de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (**SOMMAD**) ;
- Membre de la Société Malienne de Colo-Proctologie (**SOMACOP**) ;
- Membre de la Société Africaine d'Hépatogastro-Entérologie ;
- Membre de l'Association Française pour l'Etude du Foie

Cher maître,

Nous avons beaucoup apprécié la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Cela démontre l'intérêt que vous portez non seulement à ce travail mais aussi votre souci dans l'encadrement quotidien des étudiants.

Votre simplicité et votre générosité nous ont beaucoup marquées tout au long de ce travail.

En espérant que par ce travail nous allons combler vos attentes, veuillez recevoir cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Ag HBs	: Antigène de surface du virus de l'hépatite B
Ag HBe	: Antigène e du virus de l'hépatite B
AMO	: Assurance Maladie Obligatoire
ASACO	: Association de Santé Communautaire
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CPN	: Consultation prénatale
CSCoM	: Centre de Santé Communautaire
ET	: Écart-type
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
HBIG	: Immunoglobuline spécifique contre l'hépatite B
IC 95 %	: Intervalle de confiance à 95 %
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
OR	: Odds ratio
aOR	: Odds ratio ajusté
PEV	: Programme Élargi de Vaccination
TME	: Transmission mère-enfant
USTTB	: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
VHB	: Virus de l'hépatite B
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Opérationnalisation des variables	19
Tableau II : Cadre opérationnel des objectifs spécifiques et des variables de l'étude.....	20
Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes reçues en consultation prénatale au premier trimestre à l'hôpital du district de la Commune IV de Bamako (n = 240).....	23
Tableau IV : Répartition des femmes selon l'accès aux soins et suivi prénatal (n = 240)	25
Tableau V : Répartition des femmes selon l'accès les facteurs économiques (n = 240)	25
Tableau VI : Répartition des femmes selon leur de connaissance du test et du vaccin (n = 240)	27
Tableau VII : Facteurs associés au non-dépistage de l'Ag HBs au premier trimestre en analyse bivariée des (n = 240)	29
Tableau VIII : Facteurs associés au non-dépistage de l'Ag HBs au premier trimestre en analyse multivariée par régression logistique (n = 240)	31

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Représentation schématique du cycle de vie du virus de l'hépatite B (VHB) chez l'être humain [29].	4
Figure 2 : Marqueurs sérologiques du VHB [35].	5
Figure 3 : Évolution de l'infection par le virus de l'hépatite B selon l'âge au moment de l'infection [38].	6
Figure 4 : Prévalence mondiale de l'infection par le VHB et le VHC [10].	7
Figure 5 : Approche recommandée pour le dépistage, l'évaluation, la vaccination et l'orientation des femmes enceintes vis-à-vis de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) [48].	10
Figure 6 : Carte sanitaire de la commune IV ; Source : Cartographie RGPH, 2009.	16
Figure 7 : Répartition des femmes enceintes reçues en consultation prénatale au premier trimestre à l'hôpital du district de la Commune IV de Bamako selon la réalisation du dépistage de l'AgHBs (n = 240)	27
Figure 8 : Répartition du dépistage de l'AgHBs selon le trimestre de la première CPN (n=240).	28

Table des matières

Introduction.....	1
1 Question de recherche	2
2 Objectifs.....	3
2.1 Objectif général	3
2.2 Objectifs spécifiques	3
3 Généralités	4
3.1 Hépatite B.....	4
3.2 Transmission mère-enfant (TME) du virus de l'hépatite B	8
3.3 Dépistage du virus de l'hépatite B chez la femme enceinte.....	10
3.4 Déterminants du dépistage de l'AgHBs	11
3.5 Prévention de la transmission du VHB	12
3.6 Intérêt du dépistage précoce	12
4 Matériel et méthodes	14
4.1 Cadre d'étude	14
4.2 Type et période d'étude.....	16
4.3 Population d'étude.....	16
4.4 Définitions opérationnelles	17
4.5 Variables étudiées	18
4.6 Technique de collecte des données	22
4.7 Outils de collecte des données	22
4.8 Saisie et gestion des données	22
4.9 Analyse descriptive des données.....	22
4.10 Analyse étiologique des données	22
4.11 Considérations éthiques et déontologiques	23
4.12 Plan de diffusion des résultats.....	23
5 Résultats.....	23

5.1	Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes reçues en consultation prénatale au premier trimestre à l'hôpital du district de la Commune IV de Bamako.....	23
5.2	Fréquence de non-dépistage l'AgHBs au premier trimestre de la grossesse en consultation prénatale.....	27
5.3	Facteurs associés au non-dépistages de l'AgHBs au premier trimestre de la grossesse en consultations prénatale	29
6	Commentaires et discussion	30
6.1	Caractéristiques sociodémographiques des femmes au premier trimestre de la grossesse en consultation prénatale.....	30
6.2	Fréquence du dépistage de l'AgHBs	31
6.3	Facteurs associés au non-dépistage de l'AgHBs.....	32
6.4	Limites de l'étude.....	33
	Conclusion	35
7	Recommandations	36
8	Références	37
9	FICHE SIGNALETIQUE.....	XXXII
10	ANNEXES	XXXV
10.1	ANNEXE 1 : FICHE D'ENQUETE	XXXV
10.2	ANNEXE 2 : CHRONOGRAMME DES ACTIVITES ..	Erreur ! Signet non défini.

INTRODUCTION

Introduction

L'hépatite B est une maladie virale qui entraîne une inflammation aiguë ou chronique du foie [1,2]. C'est une infection potentiellement mortelle causée par le virus de l'hépatite B (VHB)[3,4]. Elle est caractérisée par une séroprévalence élevée, un fardeau de morbidité et de mortalité important avec des approches de diagnostic et de gestion sous-optimales [5,6].

L'organisation mondiale de la santé (OMS) dans son rapport mondial sur les hépatites virales publié en Mars 2024, estime à 254 millions le nombre de personnes infectées de l'hépatite B chronique en 2022 avec 1,2 million de nouvelles infections par an [7]. L'antigène HBs est le marqueur standard du dépistage du VHB dans une population [3,4,8]. Véritable problème de santé publique mondiale, l'hépatite B est responsable de plus de 780 000 décès chaque année [9].

En France, le dépistage prénatal de l'Ag HBs est obligatoire chez toutes les femmes enceintes [11–13]. Lorsque la recherche de l'Ag HBs est positive chez la mère, le nouveau-né doit recevoir dès sa naissance, par voie intramusculaire et dans deux sites différents [11–13]. Une première injection de vaccin et seconde une injection d'immunoglobulines anti-HBs, puis un rappel vaccinal au premier mois (M1) et au sixième mois (M6) [11,13].

La prévalence de l'Ag HBs chez les femmes enceintes dans le monde est variable [14,15]. Du point de vue de la santé publique mondiale, l'infection chronique par le VHB est la principale source de carcinome hépatocellulaire, responsable de 50% des cas dans le monde et de 80% dans les zones à forte endémie du VHB [14]. En ce qui concerne la grossesse, une prévalence estimée de 0,7 à 0,9% de l'infection par le VHB chez les femmes enceintes aux États-Unis a été signalée [16].

En France, la prévalence de l'Ag HBs chez la femme enceinte varie de 0,54 à 1,56% [10].

En Afrique la prévalence de l'Ag HBs est une prévalence globale de 6,8%, de l'infections par le VHB chez les femmes enceintes en Afrique en 2020 [17]. La région africaine de l'OMS représente 63% des nouvelles infections par l'hépatite B [10].

En Côte d'Ivoire, les enfants de mères contaminées avaient un taux d'infection au VHB de 24% en 2023 [18,19]. Au Bénin 14,02% de femmes enceintes portaient le virus de l'hépatite B en 2019 [9]. Ce pourcentage est de 7,4% [20,21] au Sénégal en 2020, et de 5% en Mauritanie en 2022 [16,20]. (12,8%) au Nigéria en 2020 [20]. Au Mali, la population générale totalise 14,7% de prévalence d'infection de l'hépatite 2021 [19,22], cette prévalence est de 16% chez les femmes enceintes à Koulikoro en 2022 [17]. Une étude à l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako nous a rapporté un pourcentage de 17% chez les femmes enceintes en 2020 [17,23].

A notre connaissance il n'y a pas de données sur la fréquence et facteur associées au non-dépistage de l'hépatite B chez les femmes enceintes à l'hôpital du district de la commune IV de Bamako

Nous avons entrepris cette étude dans le but d'évaluer les fréquences et facteurs associés au non-dépistage de l'antigène HBs au cours du 1er trimestre de la grossesse en consultation prénatale (CPN) à l'hôpital du district de la Commune IV de Bamako.

1 Question de recherche

Quels sont les facteurs associés au non- dépistage de l'antigène HBs au premier trimestre de la grossesse en consultation prénatale (CPN) à l'hôpital du district de la commune IV de Bamako ?

OBJECTIFS

2 Objectifs

2.1 Objectif général

Etudier les facteurs associés au non-dépistage de l'Ag HBs en consultation prénatale à l'hôpital du district de la commune IV de Bamako.

2.2 Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes au premier trimestre de la grossesse en consultation prénatale ;
- Déterminer la fréquence de non-dépistage l'Ag HBs au premier trimestre de la grossesse en consultation prénatale ;
- Identifier les facteurs associés au non-dépistages de l'Ag HBs au premier trimestre de la grossesse en consultation prénatale.

GENERALITES

3 Généralités

3.1 Hépatite B

3.1.1 Définition

L'hépatite B est une maladie infectieuse virale caractérisée par une atteinte inflammatoire du foie, pouvant évoluer sous une forme aiguë ou chronique [24,25]. Elle résulte de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) et constitue un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale [10,24].

L'infection chronique par le VHB expose à des complications sévères, notamment la cirrhose hépatique et le carcinome hépatocellulaire, responsables d'une morbidité et d'une mortalité élevées, en particulier dans les pays à ressources limitées [26,27].

3.1.2 Agent pathogène

Le virus de l'hépatite B (VHB) appartient à la famille des *Hepadnaviridae* [25]. Il s'agit d'un virus enveloppé, à ADN partiellement double brin, présentant un tropisme hépatique marqué [25]. Le génome viral est organisé au sein d'une nucléocapside entourée d'une enveloppe lipidique contenant plusieurs antigènes viraux impliqués dans la réplication et la réponse immunitaire de l'hôte [28].

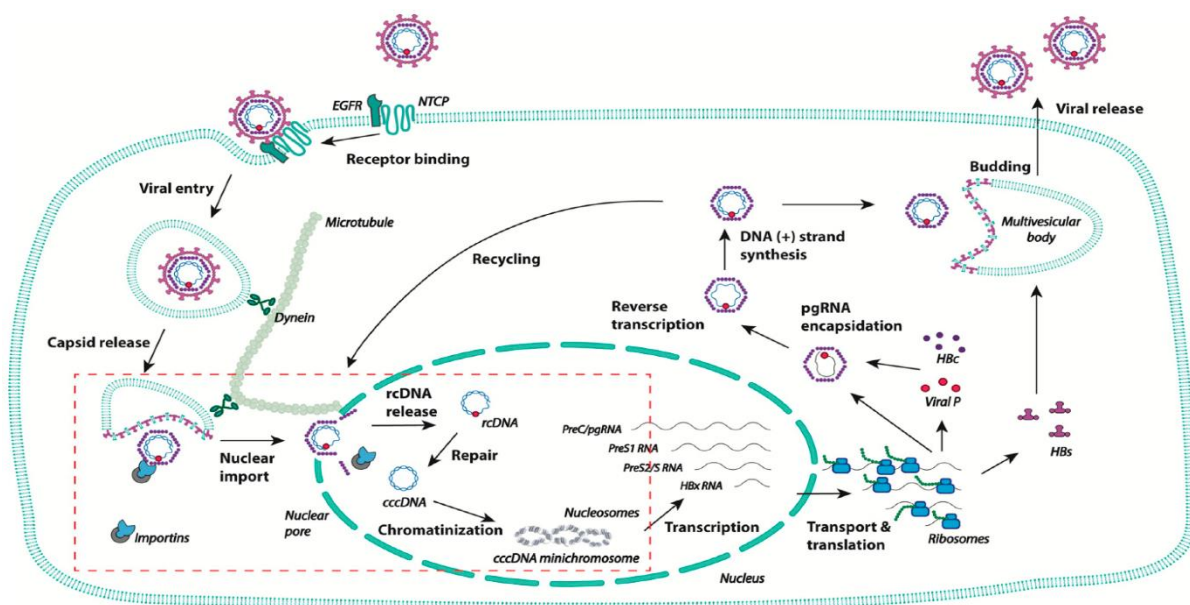


Figure 1 : Représentation schématique du cycle de vie du virus de l'hépatite B (VHB) chez l'être humain [29].

Le VHB se réplique principalement dans les hépatocytes, où il peut persister sous forme d'ADN circulaire fermé de manière covalente, favorisant l'établissement d'une infection chronique [30]. Cette capacité de persistance explique la difficulté d'éradication complète du virus et le risque d'évolution vers des complications hépatiques à long terme [31,32].

Sur le plan diagnostique, l'antigène de surface du virus (Ag HBs) constitue le marqueur sérologique de référence pour le dépistage de l'infection par le VHB dans la population générale et chez la femme enceinte. [33] La persistance de l'Ag HBs dans le sérum au-delà de six mois définit l'infection chronique par le VHB et permet d'identifier les sujets porteurs chroniques nécessitant une surveillance et, le cas échéant, une prise en charge adaptée [33,34].

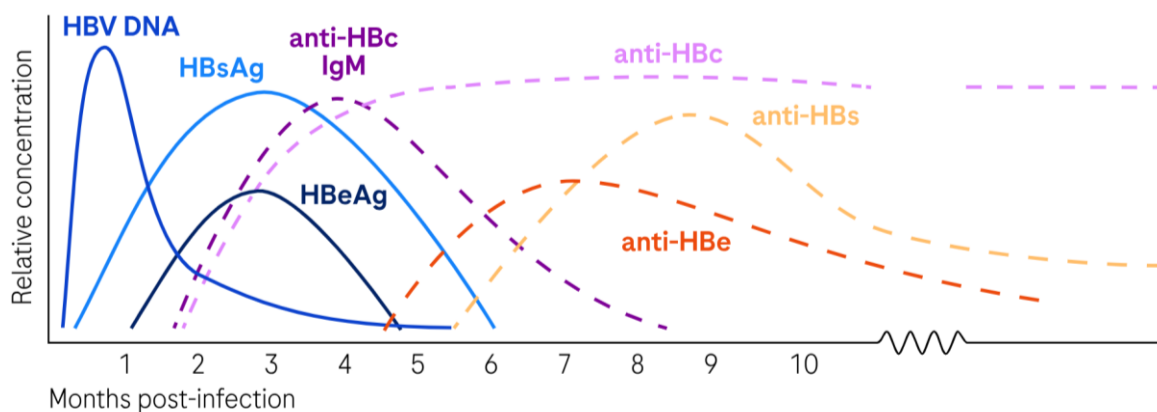


Figure 2 : Marqueurs sérologiques du VHB [35].

3.1.3 Modes de transmission

La transmission du virus de l'hépatite B (VHB) s'effectue principalement par contact avec des liquides biologiques contaminés, notamment le sang, les sécrétions génitales et certains fluides corporels [24,34]. La forte infectiosité du VHB explique sa large diffusion dans les populations humaines, en particulier dans les zones de forte endémicité [10].

La transmission parentérale survient lors de l'exposition à du sang contaminé [24]. Elle est observée notamment au cours d'actes médicaux ou paramédicaux invasifs réalisés dans des conditions d'asepsie insuffisantes, de transfusions sanguines non sécurisées, ou du partage de matériel contaminé [24,34].

La transmission sexuelle constitue un autre mode important de propagation du VHB. Elle est favorisée par les rapports sexuels non protégés, la multiplicité des partenaires et la coexistence d'autres infections sexuellement transmissibles [24,36].

La transmission mère-enfant, également appelée transmission verticale, représente un mode majeur de dissémination du VHB dans les régions de forte endémicité, notamment en Afrique subsaharienne [10]. Elle survient principalement au moment de l'accouchement, lors du contact du nouveau-né avec le sang et les sécrétions maternelles contaminées [37]. La transmission in utero est rare, et la transmission postnatale par l'allaitement est considérée comme négligeable en l'absence de lésions mammaires et lorsque des mesures de prévention adéquates sont mises en œuvre [36,37].

3.1.4 Histoire naturelle

Après contamination, l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) peut évoluer vers une hépatite aiguë ou chronique [27]. L'hépatite aiguë est le plus souvent asymptomatique ou peu symptomatique, mais peut parfois se présenter sous des formes sévères [36]. Chez l'adulte immunocompétent, l'évolution est généralement favorable avec une clairance spontanée du virus dans la majorité des cas [24,27].

En revanche, lorsque l'infection survient chez le nouveau-né ou le jeune enfant, notamment dans le cadre d'une transmission mère-enfant, le risque d'évolution vers une infection chronique est élevé [24]. La chronicité concerne environ 90 % des nouveaux nés infectés à la naissance [24] et 20 à 60% des enfants infectés avant l'âge de cinq ans, contre moins de 5 % lorsque l'infection est acquise à l'âge adulte [27].

L'infection chronique par le VHB, définie par la persistance de l'Ag HBs au-delà de six mois, évolue de manière dynamique à travers plusieurs phases de durée variable [34,36]. Elle peut rester longtemps silencieuse avant de progresser vers des complications hépatiques graves telles que la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire [36].

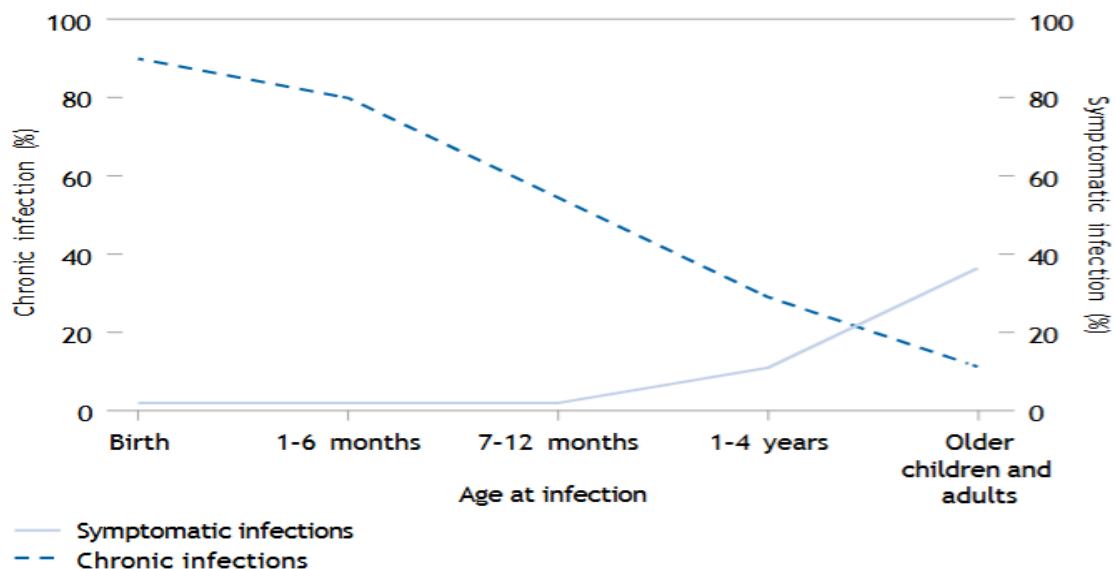


Figure 3 : Évolution de l'infection par le virus de l'hépatite B selon l'âge au moment de l'infection [38].

3.1.5 Épidémiologie

4.1.5.1. Monde

À l'échelle mondiale, l'hépatite B demeure une endémie majeure et constitue un problème persistant de santé publique [10,39]. Selon les estimations du *Global Burden of Disease Study 2019* [39], environ 304 millions de personnes vivaient avec une infection chronique par le virus de l'hépatite B et C en 2019, soit une prévalence mondiale estimée à 4,1%, et près de 555 000 décès étaient attribuables au VHB, principalement liés à la cirrhose et au carcinome hépatocellulaire.

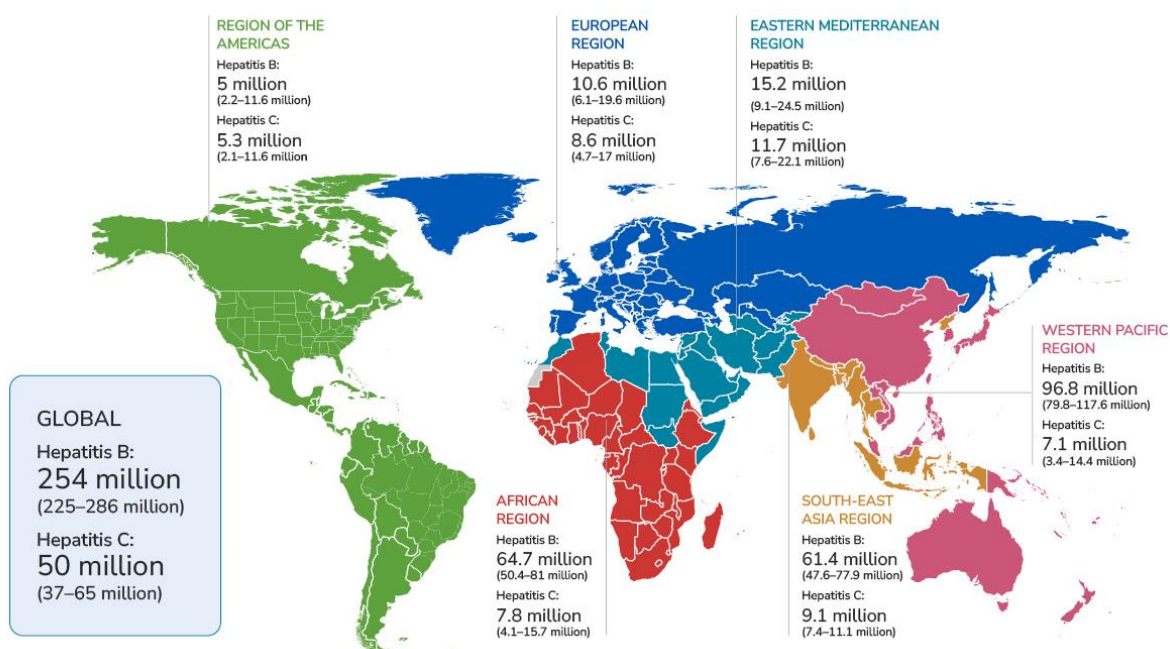


Figure 4 : Prévalence mondiale de l'infection par le VHB et le VHC [10].

Cette charge mondiale est largement déterminée par les infections acquises précocement dans la vie, en particulier par transmission mère–enfant ou durant la petite enfance. Bien que la couverture mondiale de la vaccination infantile contre l'hépatite B ait nettement progressé, l'Organisation mondiale de la Santé [10] souligne que la couverture de la dose vaccinale administrée dans les 24 heures suivant la naissance n'était que de 43% en 2022, limitant l'impact de la prévention de la transmission verticale. Or, l'infection acquise à la naissance est associée à un risque de chronicité d'environ 90%, expliquant que la majorité des adultes porteurs chroniques aient été infectés très tôt dans la vie [10].

Ainsi, malgré une réduction substantielle de la prévalence du VHB chez les enfants de moins de cinq ans depuis 1990, la transmission mère–enfant demeure un déterminant central de l'épidémiologie mondiale et constitue un levier prioritaire pour atteindre les objectifs d'élimination fixés à l'horizon 2030.

4.1.5.2. Afrique

L'Afrique subsaharienne figure parmi les régions les plus touchées par l'hépatite B et reste classée en zone de forte endémicité [10]. Selon l'OMS [10], près de 65 millions de personnes vivaient avec une hépatite B chronique dans la Région africaine en 2022, et cette région concentrait environ 63% des nouvelles infections mondiales par le VHB, illustrant le poids disproportionné de l'infection sur le continent.

Chez les femmes enceintes, plusieurs méta-analyses africaines [40,41] récentes rapportent une prévalence moyenne de l'Ag HBs comprise entre 5,9% et 6,8%, avec une hétérogénéité marquée selon les pays et les sous-régions. Ces niveaux élevés traduisent un risque important de transmission mère–enfant, principal mécanisme de constitution et d'entretien du réservoir de portage chronique en Afrique subsaharienne.

L'OMS [10] souligne que la faible couverture de la vaccination à la naissance en Afrique (18% en 2022) constitue l'un des principaux obstacles à la prévention efficace de la transmission verticale, en particulier dans les contextes de naissances hors structures sanitaires et de dépistage prénatal insuffisant. En réponse à ces contraintes, les recommandations OMS actualisées proposent, en l'absence d'accès au dosage de l'ADN du VHB, une prophylaxie antivirale par Ténofovir chez toutes les femmes enceintes Ag HBs positives, afin de renforcer la prévention de la transmission mère–enfant dans les contextes à ressources limitées [10,37].

4.1.5.3. Mali

Le Mali est classé parmi les pays à forte endémicité pour le virus de l'hépatite B (VHB). Selon l'OMS, la prévalence du portage chronique de l'antigène de surface (Ag HBs) est estimée à 8,5% chez l'adulte et à environ 5% chez les enfants de moins de cinq ans, traduisant l'effet progressif de la vaccination infantile introduite depuis 2002 dans le Programme élargi de vaccination [10].

Les études menées à Bamako indiquent une prévalence de 7 à 9% dans la population générale et jusqu'à 13% chez les donneurs de sang [42]. Chez les femmes enceintes, la prévalence de l'Ag HBs atteint 10 à 15%, exposant les nouveaux-nés à un risque élevé de transmission mère–enfant (TME), particulièrement en l'absence de dépistage prénatal et de prophylaxie antivirale [43].

3.2 Transmission mère-enfant (TME) du virus de l'hépatite B

3.2.1 Mécanismes de la transmission mère-enfant

La transmission mère-enfant du VHB survient principalement au cours de la période périnatale. Le mécanisme prédominant correspond à la transmission lors de l'accouchement, par exposition du nouveau-né au sang et aux sécrétions génitales maternelles infectées au moment

du passage dans la filière génitale [44]. Cette transmission est favorisée par l'immaturation du système immunitaire néonatal ainsi que par la présence de microlésions cutanéomuqueuses facilitant l'entrée du virus.

La transmission in utero est considérée comme rare. Elle résulte du passage transplacentaire du virus, pouvant survenir dans des situations particulières telles que les ruptures de la barrière placentaire, les micro-transfusions fœto-maternelles ou certaines atteintes placentaires [45]. La transmission post-natale est peu fréquente et n'est pas associée à l'allaitement maternel lorsque les mesures préventives recommandées sont correctement mises en œuvre [46].

3.2.2 Facteurs de risque de la transmission mère-enfant

Le facteur de risque majeur de la transmission mère-enfant est une charge virale maternelle élevée, en particulier chez les femmes enceintes porteuses de l'antigène HBe (Ag HBe) [34]. L'absence de dépistage systématique de l'hépatite B au cours de la grossesse limite l'identification des femmes à haut risque et compromet la mise en place des mesures prophylactiques adaptées [37].

D'autres facteurs augmentent le risque de transmission, notamment l'absence ou le retard de la vaccination du nouveau-né à la naissance, la non-administration ou l'administration tardive des immunoglobulines spécifiques anti-VHB, ainsi que certaines conditions obstétricales telles qu'un accouchement prolongé ou traumatique [44]. La co-infection maternelle par le VIH, la non-observance du suivi prénatal et l'accès limité aux soins constituent également des facteurs aggravants [46].

3.2.3 Conséquences chez le nouveau-né

Chez le nouveau-né, la transmission mère-enfant du VHB conduit le plus souvent à une infection chronique, en raison de l'incapacité du système immunitaire immature à éliminer efficacement le virus. Ainsi, plus de 90% des nourrissons infectés à la naissance évoluent vers un portage chronique du VHB [47].

Cette chronicité expose l'enfant à un risque élevé de complications hépatiques à long terme, notamment l'hépatite chronique, la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire. Ces complications, généralement silencieuses durant l'enfance, représentent un enjeu majeur de santé publique à l'âge adulte et soulignent l'importance des stratégies de prévention de la transmission mère-enfant [46].

3.3 Dépistage du virus de l'hépatite B chez la femme enceinte

3.3.1 Recommandations internationales

Le dépistage prénatal de l'hépatite B constitue un pilier des stratégies internationales de prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B (VHB). L'OMS [37] recommande le dépistage systématique de l'antigène de surface du VHB (Ag HBs) chez toutes les femmes enceintes, idéalement dès la première consultation prénatale, afin de permettre l'identification précoce des femmes à risque et la mise en œuvre des mesures prophylactiques appropriées.

Dans les contextes de forte endémicité, l'OMS [37] préconise également, lorsque les ressources le permettent, l'évaluation de la charge virale chez les femmes enceintes Ag HBs positives, afin d'identifier celles présentant un risque élevé de transmission et pouvant bénéficier d'une prophylaxie antivirale pendant la grossesse. Ces recommandations s'inscrivent dans les objectifs globaux d'élimination de l'hépatite virale en tant que problème majeur de santé publique.

3.3.2 Modalités du dépistage

Le dépistage du virus de l'hépatite B chez la femme enceinte repose sur la recherche de l'antigène de surface du virus (Ag HBs), qui constitue le marqueur sérologique de référence pour identifier une infection active.

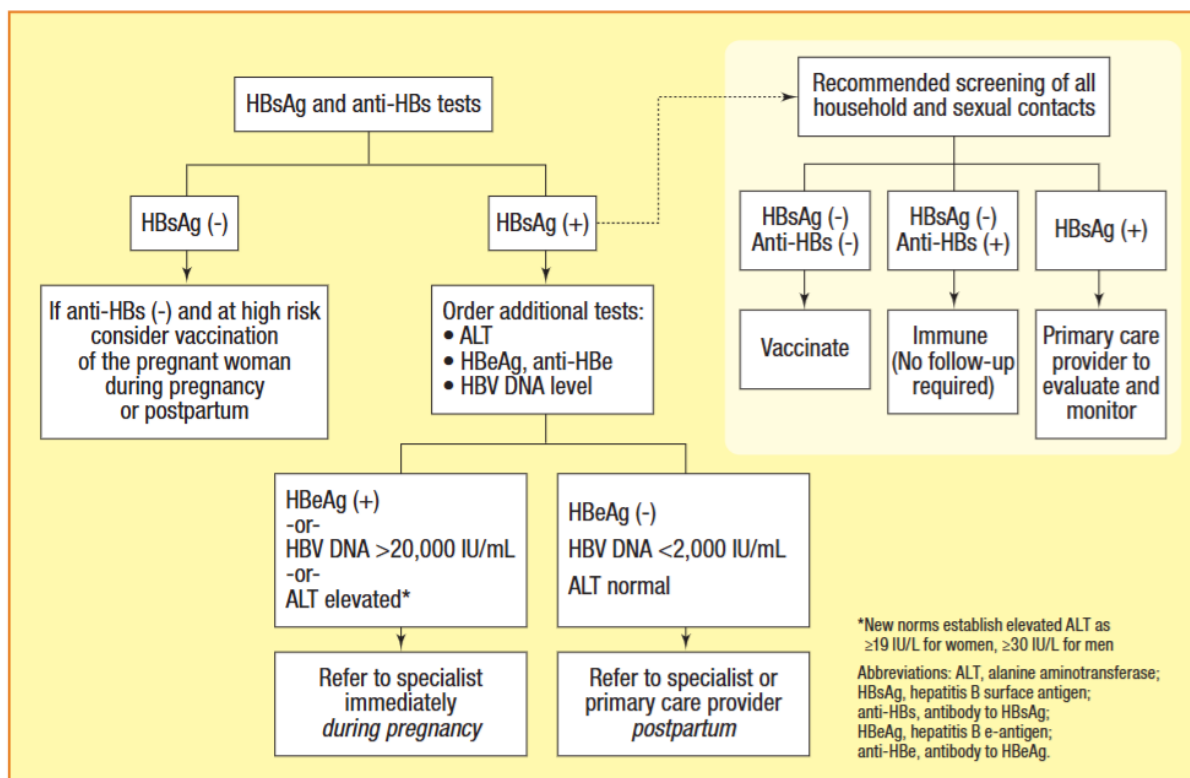


Figure 5 : Approche recommandée pour le dépistage, l'évaluation, la vaccination et

l'orientation des femmes enceintes vis-à-vis de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) [48].

3.4 Déterminants du dépistage de l'Ag HBs

Le recours au dépistage de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (Ag HBs) dépend d'un ensemble de facteurs inter reliés relevant de l'individu, de ses conditions socio-économiques et de l'organisation du système de santé.

3.4.1 Facteurs individuels

Les déterminants individuels englobent les dimensions cognitives, comportementales et démographiques influençant la décision de se faire dépister. La méconnaissance des modes de transmission du virus et des bénéfices du dépistage demeure une barrière importante, notamment dans les populations à faible littératie en santé [49]. Une perception faible du risque personnel réduit la motivation au dépistage. La peur d'un résultat positif et la stigmatisation sociale associée à l'hépatite B constituent également des freins majeurs, en particulier parmi les migrants et personnes marginalisées [50]. Le sexe, l'âge et le niveau d'éducation influencent la probabilité d'un dépistage, les femmes enceintes bénéficiant plus fréquemment de tests dans le cadre du suivi prénatal [49]. Enfin, le manque de confiance vis-à-vis des institutions de santé et la crainte d'un manque de confidentialité peuvent décourager le recours volontaire au test [50].

3.4.2 Facteurs socio-économiques

Les conditions socio-économiques déterminent fortement l'accès au dépistage. Le coût du test, les frais de transport et la disponibilité du temps libre représentent des obstacles notables pour les populations à faible revenu ou vivant en zones [10]. Un faible niveau d'éducation, souvent associé à une mauvaise compréhension des enjeux de santé, limite le recours au dépistage [51]. Les inégalités sociales et culturelles, touchant notamment les migrants, autochtones et minorités, contribuent à une couverture inégale en raison de barrières linguistiques ou de stigmatisation [50,52]. De plus, la distance et le manque d'infrastructures locales de santé réduisent l'accès au dépistage, surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [10].

3.4.3 Facteurs liés au système de santé

Les facteurs systémiques concernent la structure et la performance du système de santé. Les pays ayant intégré le dépistage de l'hépatite B dans les soins primaires ou prénataux enregistrent une couverture plus élevée [53]. La disponibilité de tests rapides, le financement public et la gratuité des services sont essentiels pour atteindre les objectifs d'élimination fixés par l'OMS [10]. La formation du personnel et la qualité de la communication, notamment dans le conseil pré- et post-test, améliorent l'acceptabilité et la participation [52]. Enfin, une

gouvernance nationale forte et la coordination intersectorielle constituent des leviers durables pour renforcer les programmes de dépistage [53].

3.5 Prévention de la transmission du VHB

La prévention de la transmission du virus de l'hépatite B (VHB) repose sur une approche intégrée agissant à plusieurs niveaux : la mère, le nouveau-né et la communauté. L'objectif est d'éliminer la transmission mère-enfant, principale source d'infection chronique dans les pays à forte endémie [54].

3.5.1 Interventions chez la mère

Le dépistage systématique de l'Ag HBs pendant la grossesse constitue la première étape. Les femmes positives, surtout à forte charge virale, bénéficient d'une prophylaxie antivirale par Ténofovir Disoproxil Fumarate à partir du troisième trimestre, ce qui réduit de plus de 90 % le risque de transmission verticale [55]. L'expérience thaïlandaise montre que la combinaison dépistage prénatal, traitement maternel et vaccination néonatale permet presque d'éliminer la transmission du VHB à la naissance [56].

3.5.2 Interventions chez le nouveau-né

L'administration du vaccin anti-VHB dans les 24 heures suivant la naissance, suivie d'un schéma complet, demeure la mesure la plus efficace. Chez les nouveau-nés exposés, la combinaison vaccin + immunoglobuline spécifique (HBIG) offre une protection optimale (>95%) [57]. Les programmes chinois, comme celui du Shandong, ont atteint une couverture vaccinale néonatale supérieure à 95%, réduisant fortement la transmission [58].

3.5.3 Stratégies communautaires et de système de santé

La réussite à long terme dépend de stratégies communautaires favorisant la sensibilisation, la formation des agents de santé et le maintien de la chaîne du froid [59]. L'intégration des services de dépistage prénatal, de traitement et de vaccination dans les soins de base a démontré son efficacité en Chine et en Afrique [60,61]. Le renforcement des politiques nationales et la mobilisation communautaire sont indispensables pour atteindre l'objectif de zéro transmission du VHB d'ici 2030 fixé par l'OMS [54].

3.6 Intérêt du dépistage précoce

Le dépistage précoce de l'infection par le virus de l'hépatite B chez la femme enceinte constitue un élément central de la prévention de la transmission mère-enfant. Réalisé dès le premier trimestre de la grossesse, il permet d'identifier rapidement les femmes porteuses de l'antigène HBs et de mettre en œuvre, en temps opportun, les mesures de prévention adaptées.

La connaissance du statut sérologique maternel facilite l'orientation vers une prise en charge appropriée, incluant le suivi médical de la mère et la planification de la sérovaccination du

nouveau-né dès la naissance. Cette stratégie contribue à réduire de manière significative le risque d'infection néonatale et, par conséquent, la survenue d'un portage chronique à long terme. Dans les pays à forte endémicité, le dépistage précoce s'inscrit également dans une démarche de renforcement du système de santé, en améliorant la qualité des soins prénataux et en favorisant l'intégration des interventions de prévention dans les services de routine. Ainsi, il représente un levier essentiel pour diminuer durablement le fardeau de l'hépatite B et ses complications dans la population.

MATERIEL ET METHODES

4 Matériel et méthodes

4.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du district de la Commune IV de Bamako.

Située dans la partie ouest du district de Bamako, la Commune IV couvre une superficie de 37,68 Km² soit 14,11% de la superficie du District avec une densité de 10266 habitants/ km². La Commune IV est composée de huit (08) quartiers, elle est limitée à l'Ouest par le Cercle de Kati, à l'Est et au Nord par la Commune III, au Sud par le lit du Fleuve Niger et la Commune III. (Source PUS CIV mars 2001).

Le district sanitaire de la Commune IV comprend neuf (09) Centres de Santé Communautaire (CSCoM) et une (01) maternité. Dans le quartier de Lafiabougou se trouvent les CSCoM ASACOLA 1 et ASACOLA 2. Le quartier de Hamdallaye dispose du CSCoM ASACOHAM ainsi que de la Maternité René Cissé. À Djikoron Para, l'offre de soins est assurée par les CSCoM ASACODJENEKA et ASACODJIP. Le quartier de Taliko abrite le CSCoM ASACOLAB 5, tandis que le quartier de Lassa est couvert par le CSCoM ASACOLABASAD. Le quartier de Sébénikoro dispose du CSCoM ASACOSEK et celui de Sibiribougou du CSCoM ASACOSEKASI. Quant au quartier de Kalabambougou, il ne dispose pas encore d'un CSCoM fonctionnel ; les populations de cette zone bénéficient des services de santé offerts par les CSCoM ASACOSEK et ASACOSEKASI.

En outre, le district sanitaire de la Commune IV compte une cinquantaine de structures privées de santé et une trentaine d'officines pharmaceutiques (37) ; 06 centres de santé socio-humanitaires tels que le CHU-Luxembourg, le CHU-HDB, le Mali Gavardo, l'El Razi, l'El Héral d'Iran, l'AMALDEME, le Centre Islamique d'Hamdallaye), 25 cliniques et polycliniques (Pasteur, Lac Télé), 24 cabinets médicaux et de soins, 03 cabinets dentaires, 02 cabinets d'ophtalmologie, 02 cabinets de sage-femme, 07 cabinets de soins infirmiers, 05 structures de médecine traditionnelle. L'hôpital de district de la commune IV est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou.

L'hôpital de district Commune IV compte 198 agents. Il appuie les centres de santé communautaire par l'affectation en personnel qualifié, la dotation en matériel et équipements, par la conduite de missions de supervision et par la formation continue du personnel. Le personnel des centres de santé communautaires à l'instar de celui de l'hôpital est pris en charge soit par l'état, l'hôpital, les fonds PPTE, l'APEJ, la mairie ou les ASACO.

▪ **Infrastructure**

l'hôpital de district CIV comprend : deux bureaux de consultation gynécologique, deux bureaux de consultation médicale, deux salles de consultation pédiatrique, un bureau de consultation ophtalmologique, une salle des urgences, deux blocs opératoires, une salle de réveil, une salle de stérilisation, une salle d'accouchement, deux salles de suites de couche, une salle de réunion, une salle pour le système d'information sanitaire, une salle pour la brigade d'hygiène, dix salles d'hospitalisation, dont 5 salles pour la gynécologie obstétrique avec 20 lits, 2 salles pour la chirurgie générale avec 6 lits, 3 salles d'hospitalisation pour la médecine et la pédiatrie ; un bureau de consultation prénatale, un bureau de consultation postnatale, un bureau de consultation ORL, un bureau des examens d'explorations ORL, un bureau de consultation de cardiologie, un bureau de consultation de neurologie, un bureau de consultation de gastro-entérologie, une salle d'endoscopie, deux salles d'échographies, une unité d'anesthésie-réanimation, une unité PEV, une unité pour le développement social, une salle des faisant fonction d'interne, une salle pour le surveillant Général, un cabinet dentaire, un laboratoire, un DAT, une unité USAC, une salle de soins infirmiers, une morgue, une Mosquée, deux cantines, des toilettes.

▪ **Ressources humaines**

L'hôpital de district CIV compte 21 médecins spécialistes, deux biologistes, 36 médecins généralistes, un pharmacien, 28 sages-femmes, 18 assistants médicaux, 14 infirmiers d'état, 50 techniciens supérieurs, 15 aides-soignants, 14 administrateurs, 11 comptables, un informaticien, un électricien, quarts agents d'assainissements, un aspergeur, deux plantons, neuf manœuvres, six chauffeurs, trois gardiens, un portier, une lingère.

▪ **Présentation du service gynécologie obstétrique**

○ **Ressources humaines**

Le service de gynécologie obstétrique comprend : le service compte quatre gynécologues obstétriciens, Vingt-trois étudiants en thèse de la FMOS de Bamako.

○ **Activités du service**

Les activités sont centrées sur la consultation externe qui est effectuée le lundi, mardi, mercredi et vendredi répartie entre 4 gynécologues obstétriciens. Un staff technique se tient chaque jour à 08heure 30 min dirigé par un Gynécologue Obstétricien afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences gynéco-obstétricales à la veille des gardes dans le service. Deux jours de programme opératoire (Mardi, Jeudi), une visite est faite chaque jour après le Staff.

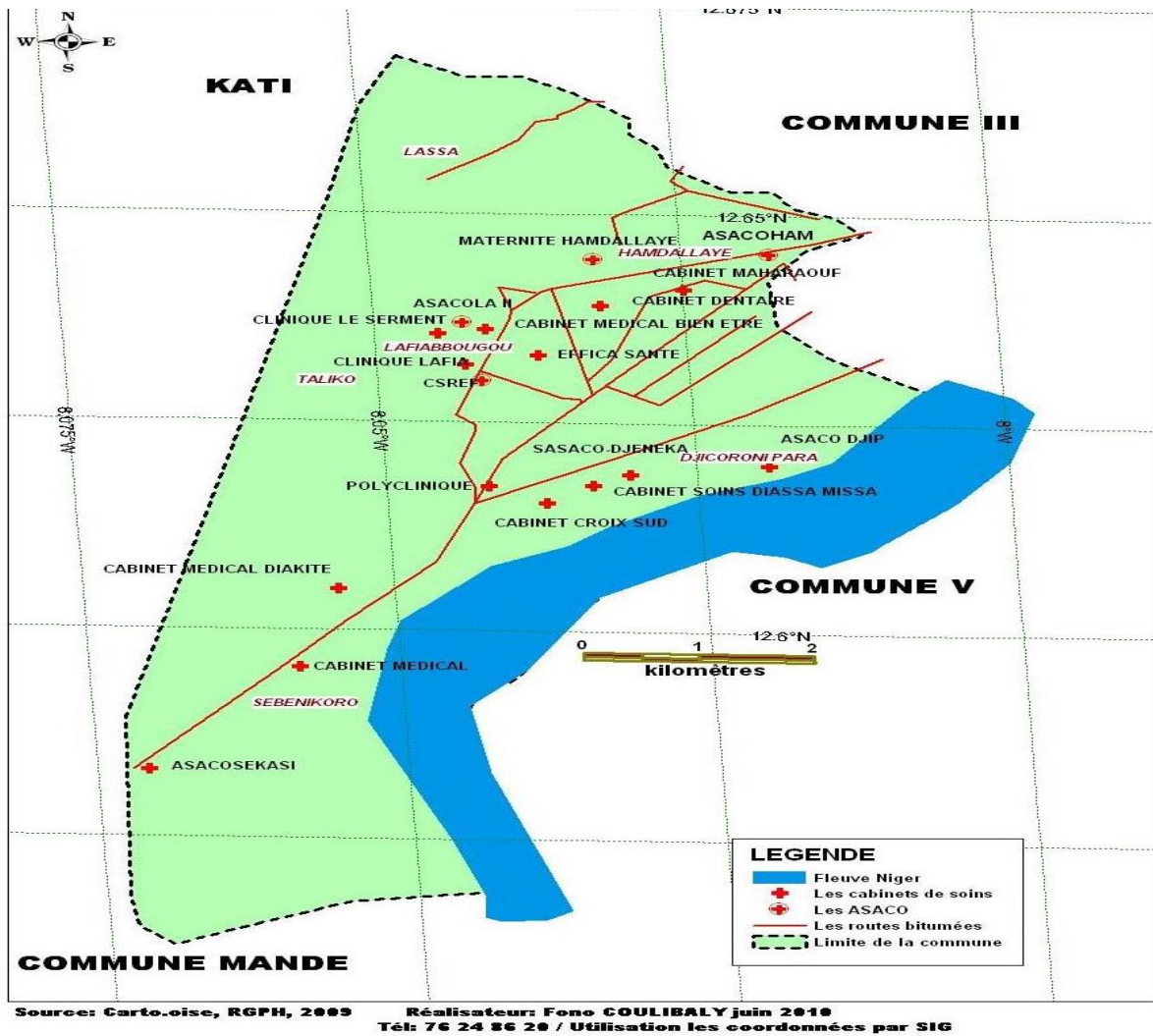


Figure 6 : Carte sanitaire de la commune IV ; Source : Cartographie RGPH, 2009.

4.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale réalisée à l'hôpital du district de la commune IV de Bamako de janvier 2025 à septembre 2026.

4.3 Population d'étude

Notre population d'étude a concerné toutes les femmes enceintes vues en CPN au premier trimestre à l'hôpital de district de la Commune IV de Bamako courant la période de l'étude.

4.3.1 Critères d'étude

4.3.1.1 Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude :

- Les femmes enceintes reçues en CPN au premier trimestre à l'hôpital de district de la Commune IV pendant la période de l'étude ;
- Les femmes reçues en CPN dépistées et non dépistées de l'Ag HBs ;
- Les femmes ayant accepté de participer à l'étude en donnant son consentement libre et éclairé.

4.3.1.2 Critères de non-inclusion

Toutes les femmes atteintes d'hépatite B chronique connue avant la grossesse

Les femmes enceintes non disponibles au moment de l'enquête

4.3.2 Échantillonnage

Nous avons fait un recensement exhaustif en incluant toutes les femmes enceintes reçues en CPN non dépistées et dépistées à l'Ag HBs.

4.3.3 Calcul de la taille minimale de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée à l'aide de la formule de SCHWARTZ :

$$n = \frac{Z^2 \times p(1 - p)}{i^2}$$

Avec :

n : taille minimale de l'échantillon

Z : valeur de la loi normale centrée réduite pour un niveau de confiance de 95% ($Z = 1,96$)

p : prévalence estimée de l'événement étudié ($p = 17\% = 0,17$), selon Traoré A., 2020

i : marge d'erreur fixée à 5 % ($i = 0,05$)

Application numérique :

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,17(1 - 0,17)}{(0,05)^2}$$

$$n = 216,81$$

La taille minimale calculée était donc de 217 participantes.

En tenant compte d'un taux prévisionnel de 10% de non-répondant, la taille finale de l'échantillon a été ajustée comme suit :

$$n_{ajusté} = 217 \times 1,10$$

$$n_{ajusté} = 238,7$$

La taille définitive retenue pour l'étude était donc de 238 participantes.

4.4 Définitions opérationnelles

Pour la clarté de l'étude nous avons adopté les définitions opérationnelles suivantes :

Dépistée : toute femme enceinte ayant réalisé le test de détection de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (Ag HBs) au cours du premier trimestre de la grossesse actuelle, avec un résultat disponible dans le carnet de consultation prénatale ou sur le bulletin d'analyse.

Non dépistée : toute femme enceinte n'ayant pas réalisé le test de l'Ag HBs au cours du premier trimestre de la grossesse actuelle, que le test ait été prescrit ou non.

Séropositive : toute femme enceinte dont le résultat du test Ag HBs est positif.

Séronégative : toute femme enceinte dont le résultat du test Ag HBs est négatif.

Gestité : c'est le nombre de grossesse chez la femme.

Nulligeste : c'est une femme qui n'a jamais fait de grossesse

Primigeste : c'est une femme qui est à sa première grossesse

Paucigeste : c'est une femme qui a fait 2 ou 3 grossesses.

Multigeste : une femme qui a fait 4 ou 5 grossesses.

Grande multigeste : une femme qui a fait 6 grossesses ou plus.

Parité : c'est le nombre d'accouchement chez la femme

Nullipare : une femme qui n'a jamais accouché.

Primipare : une femme qui a accouché une fois.

Pauciparité : une femme qui a accouché 2 à 3 fois.

Multiparité : une femme qui a accouché 4 à 5 fois.

Grande multiparité : une femme qui a accouché 6 fois ou plus.

4.5 Variables étudiées

Variable dépendante : Le dépistage à l'Ag HBs oui ou non

Variables indépendantes : Age, résidence, profession, niveau d'étude, âge gestationnelle, nombre de CPN, Gestité, Parité ; Nous allons appliquer la méthode exhaustive en incluant toutes les femmes enceintes reçues en CPN à l'hôpital de district de la commune IV chez qui les données ont été collectées. A ce titre nous procéderons à un échantillon consécutif en incluant les femmes aux CPN en fonction de nos critères jusqu'à l'atteinte de la taille d'échantillon souhaitée.

Tableau I : Opérationnalisation des variables

Variables	Types	Echelle de mesure
Variables indépendantes		
Age	Quantitatif	Ratio
Statut matrimonial	Qualitatif	Nominale
Niveau d'étude	Qualitatif	Ordinale
Résidence	Qualitatif	Nominale
Gestité	Quantitatif	Ratio
Parité	Quantitatif	Ratio
Nombre de CPN	Quantitatif	Ratio
Âge gestationnel à la CPN1	Quantitatif	Ratio
Conditions de vie socioéconomiques	Qualitatif	Ordinale
Variables dépendantes		
Proportion de femmes enceintes dépistées à l'Ag HBs	Quantitatif	Ratio
Proportion de femmes enceintes non dépistées à l'Ag HBs	Quantitatif	Ratio

Tableau II : Cadre opérationnel des objectifs spécifiques et des variables de l'étude

Objectifs spécifiques	Variables	Indicateur se rapportant à la variable	Mode de calcul de l'indicateur	Sources de données de la variable (à partir de qui ou de quoi la variable sera collectée)
OS1 : Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes non-dépistées au premier trimestre de la grossesse en consultation prénatale (CPN)	Age ; Résidence ; Profession ; Niveau d'étude ; Conditions de vie socio-économiques		Nombre d'année ; Fréquence	Femme enceinte en CPN ; Carnet de CPN
OS2 : Déterminer la fréquence de prescriptions de l'Ag HBs au premier trimestre de la grossesse en consultation prénatale	Cas non dépisté, Cas dépisté positif, Cas dépisté négatif		Nombre de femme non dépistée, Nombre de femme dépistée positif, Nombre de femme dépistée négatif	Carnet de CPN ; Bulletin d'analyse du bilan prénatal (BPN)
OS3 : Déterminer les facteurs associés au non-dépistages de l'Ag HBs au premier trimestre de la grossesse en consultations prénatale	Accessibilité au centre de sante ; CPN non réalisée ; Manque de moyen financier ;		Distance ; Nombre de CPN non réalisé ; Sources de revenue ;	Femme enceinte en CPN et leurs parents

Niveau de connaissance ;
Aspects culturels

Scolarisation ; Les
interdits

4.6 Technique de collecte des données

La collecte des données a été réalisée en face à face à l'aide de smartphones utilisant un questionnaire électronique conçu sur la plateforme KoboCollect. Les informations recueillies portaient sur les caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des participantes, notamment l'âge, le lieu de résidence, la profession, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, le nombre de CPN effectuées et l'âge gestationnel. Les données collectées concernaient également le dépistage de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (Ag HBs), en mettant un accent particulier sur la fréquence du non-dépistage au cours du premier trimestre de la grossesse ainsi que sur les facteurs associés à cette situation chez les femmes enceintes suivies en consultation prénatale à l'hôpital du district de la Commune IV de Bamako.

4.7 Outils de collecte des données

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire électronique préalablement élaboré et intégré dans l'application KoboCollect. Les entretiens ont été conduits en face à face à l'aide de smartphones, permettant un enregistrement direct et sécurisé des informations recueillies.

4.8 Saisie et gestion des données

Les données collectées à l'aide de KoboCollect ont été exportées sous format Microsoft Excel pour leur traitement. Une phase de contrôle qualité a été effectuée afin de vérifier la cohérence des informations recueillies et d'identifier d'éventuelles valeurs manquantes, incohérentes ou aberrantes. Après apurement, la base de données a été validée pour l'analyse statistique.

4.9 Analyse descriptive des données

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 21.0. Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide de paramètres de tendance centrale et de dispersion, notamment la moyenne et l'écart-type lorsque leur distribution était normale. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de proportions. Les résultats ont été synthétisés et présentés sous forme de tableaux et de graphiques afin de faciliter leur interprétation.

4.10 Analyse étiologique des données

L'analyse bivariable a été réalisée afin d'explorer l'association entre le non-dépistage de l'Ag HBs au premier trimestre et les variables explicatives qualitatives. Le test du chi-carré de Pearson a été utilisé lorsque les conditions d'application étaient respectées ; dans le cas contraire, le test exact de Fisher a été appliqué.

Les associations ont été estimées à l'aide des odds ratios (OR) bruts avec leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%). Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$.

Les variables présentant une association statistiquement significative en analyse bivariée ou jugées pertinentes sur le plan épidémiologique ont été introduites dans un modèle de régression logistique binaire afin d'identifier les facteurs indépendamment associés au non-dépistage.

Concernant les variables d'ordre économique telles que la couverture sanitaire, la capacité à payer et la perception du coût élevé ; une attention particulière a été portée au risque de colinéarité, ces variables mesurant des dimensions proches de l'accessibilité financière. Afin d'éviter une instabilité du modèle et une redondance d'information, seule la variable la plus structurante et conceptuellement pertinente (la couverture sanitaire) a été retenue dans le modèle multivarié final. Les autres variables économiques ont été interprétées au niveau de l'analyse bivariée. Les résultats de l'analyse multivariée ont été exprimés en odds ratios ajustés (aOR) avec leurs IC95%.

4.11 Considérations éthiques et déontologiques

Avant le démarrage de l'étude, le protocole de recherche a été soumis à l'appréciation et validé par les encadreurs de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS). Une autorisation de réalisation de l'étude a également été obtenue auprès des responsables de l'hôpital du district de la Commune IV.

La participation des femmes enceintes à l'étude reposait sur le principe du consentement libre et éclairé. Avant toute inclusion, les participantes ont été informées des objectifs, de l'intérêt et du déroulement de l'étude. Elles étaient libres d'accepter ou de refuser de participer sans aucune conséquence sur leur prise en charge médicale.

La confidentialité et l'anonymat des données recueillies ont été rigoureusement respectés. Aucun nom ni prénom n'a été enregistré sur les questionnaires. Chaque participante a été identifiée par un numéro de code unique attribué à sa fiche d'enquête. Les informations collectées ont été utilisées exclusivement à des fins scientifiques dans le cadre de cette étude et n'ont été accessibles qu'à l'équipe de recherche.

4.12 Plan de diffusion des résultats

A l'issue de l'étude, les résultats feront l'objet d'un rapport de thèse qui sera déposé à la bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS). Les données obtenues pourront également être valorisées à travers des communications scientifiques lors de conférences ou congrès, ainsi que par la rédaction d'articles destinés à des revues scientifiques. Par ailleurs, les résultats seront restitués aux responsables et au personnel du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital du district de la Commune IV afin de contribuer à l'amélioration des pratiques de dépistage de l'antigène HBs chez les femmes enceintes et à la mise en œuvre des recommandations issues de l'étude.

RESULTATS

5 Résultats

5.1 Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes reçues en consultation prénatale au premier trimestre à l'hôpital du district de la Commune IV de Bamako

Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes reçues en consultation prénatale au premier trimestre à l'hôpital du district de la Commune IV de Bamako (n = 240)

Variables	Effectif (n=240)	Pourcentage (%)
Âge (années)		
<20	27	11,3
20-34	175	72,5
≥35	38	15,8
Niveau d'instruction		
Aucune	90	37,5
Primaire	65	27,1
Secondaire	58	24,2
Supérieur	27	11,2
Situation matrimoniale		
Mariée monogame	196	81,7
Mariée polygame	43	17,9
Célibataire	1	0,4
Lieu de résidence		
Urbaine	215	89,6
Rurale	25	10,4
Couverture sanitaire		
Aucune	171	71,2
AMO	69	28,8

L'âge moyen des femmes enceintes était de $27,3 \pm 6,8$ ans, 72,9% appartenait à la tranche d'âge de 20-34 ans. Parmi nos femmes, 71,2% ne disposaient d'aucune couverture sanitaire.

Tableau IV : Répartition des femmes selon l'accès aux soins et suivi prénatal (n = 240)

Variables	Effectif (n=240)	Pourcentage (%)
Distance au centre		
Proche (≤ 2 Km)	140	58,3
Éloignée (≥ 5 Km)	100	41,7
Nombre de CPN		
0–1	151	62,9
≥ 2	89	37,1
Test propose		
Oui	228	95,0
Non	12	5,0

Parmi les participantes, 58,3% résidaient à proximité du centre de santé, contre 41,7% déclarant une distance éloignée (≥ 5 km).

Concernant le suivi prénatal, 62,9% des femmes avaient réalisé au plus une consultation prénatale, tandis que 37,1% en avaient effectué au moins deux.

Le test de dépistage de l'Ag HBs avait été proposé à 95,0% des participantes.

Tableau V : Répartition des femmes selon l'accès les facteurs économiques (n = 240)

Variables	Effectif (n=240)	Pourcentage (%)
Capacité à payer		
Oui	81	33,8
Non	159	66,2
Coût jugé élevé		
Oui	141	58,8
Non	99	41,2

La capacité à payer le test était rapportée par 33,8% des femmes et le coût du test était perçu comme élevé par 58,8% des participantes

Tableau VI : Répartition des femmes selon leur de connaissance du test et du vaccin (n = 240)

Variables	Effectif (n=240)	Pourcentage (%)
Connaissance du test		
Oui	69	28,8
Non	171	71,2
Connaissance du vaccin		
Oui	56	23,3
Non	184	76,7

La connaissance du test de dépistage était rapportée par 28,8% des femmes. La connaissance du vaccin contre l'hépatite B concernait 23,3% des participantes.

5.2 Fréquence de non-dépistage l'Ag HBs au premier trimestre de la grossesse en consultation prénatale

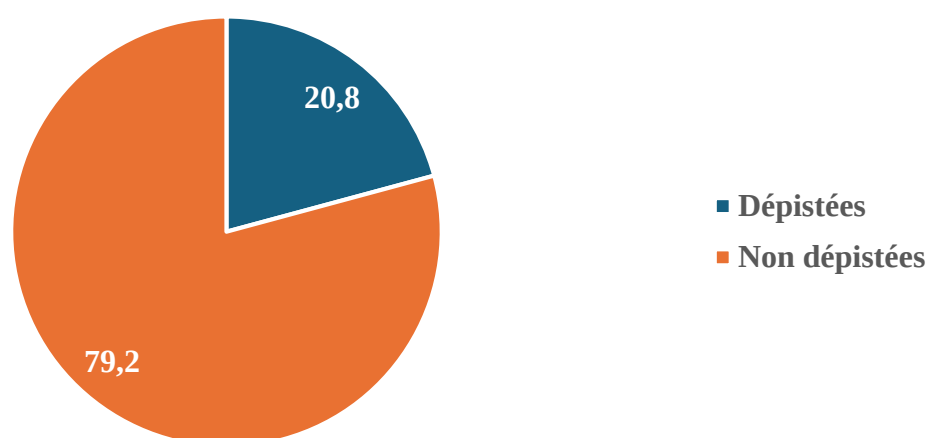


Figure 7 : Répartition des femmes enceintes reçues en consultation prénatale au premier trimestre à l'hôpital du district de la Commune IV de Bamako selon la réalisation du dépistage de l'Ag HBs (n = 240)

Parmi les femmes, seulement 20,8% avaient bénéficié du dépistage de l'antigène HBs au premier trimestre de la grossesse et aucun cas de positivité n'a été retrouvé.

Aucun cas de positivité à l'Ag HBs n'a été retrouvé parmi les femmes ayant réalisé le dépistage.

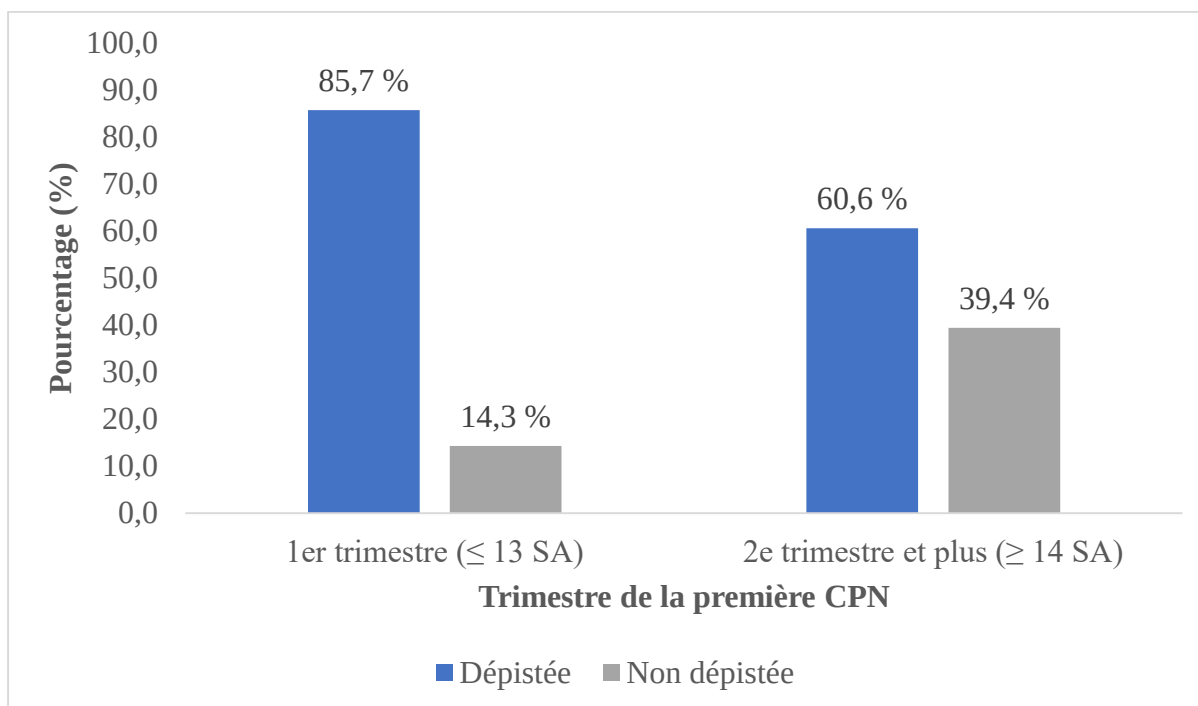


Figure 8 : Répartition du dépistage de l'Ag HBs selon le trimestre de la première CPN (n=240). Le dépistage avait été réalisé chez 85,7 % des femmes dont la première CPN avait eu lieu au premier trimestre

5.3 Facteurs associés au non-dépistages de l'Ag HBs au premier trimestre de la grossesse en consultation prénatale

Tableau VII : Facteurs associés au non-dépistage de l'Ag HBs au premier trimestre en analyse bivariable des (n = 240)

Variables	Dépistée n (%)		OR brut [IC 95 %]	p-value
	Non	Oui		
Âge (années)				0,041
< 20	26 (13,7)	1 (2,0)	1,00	
20–34	137 (72,1)	38 (76,0)	0,14 [0,02–1,06]	
≥ 35	27 (14,2)	11 (22,0)	0,09 [0,01–0,78]	
Niveau d'instruction				0,552
Non scolarisée / Primaire	65 (34,2)	20 (40,0)	1,00	
Secondaire / Supérieur	125 (65,8)	30 (60,0)	1,28 [0,69–2,36]	
Lieu de résidence				0,170
Urbaine	167 (87,9)	48 (96,0)	1,00	
Rurale	23 (12,1)	2 (4,0)	3,31 [0,74–14,8]	
Couverture sanitaire				< 0,001
AMO	40 (21,1)	29 (58,0)	1,00	
Aucune	150 (78,9)	21 (42,0)	5,18 [2,67–10,03]	
Distance au centre				0,283
Proche (≤ 2 km)	107 (56,3)	33 (66,0)	1,00	
Éloignée (≥ 5 km)	83 (43,7)	17 (34,0)	1,51 [0,78–2,89]	
Nombre de CPN				0,502
≥ 2	73 (38,4)	16 (32,0)	1,00	
0–1	117 (61,6)	34 (68,0)	1,33 [0,68–2,57]	
Capacité à payer				0,010
Oui	56 (29,5)	25 (50,0)	1,00	
Non	134 (70,5)	25 (50,0)	2,39 [1,27–4,52]	
Coût jugé élevé				0,026
Non	71 (37,4)	28 (56,0)	1,00	
Oui	119 (62,6)	22 (44,0)	2,13 [1,13–4,01]	
Connaissance du test				< 0,001
Non	161 (84,7)	10 (20,0)	1,00	
Oui	29 (15,3)	40 (80,0)	0,05 [0,02–0,10]	

L'analyse bivariée a permis d'identifier plusieurs facteurs associés au non-dépistage de l'Ag HBs au premier trimestre de la grossesse.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, l'âge était significativement associé au non-dépistage ($p = 0,041$). Comparativement aux femmes de moins de 20 ans, celles âgées de 35 ans ou plus présentaient une probabilité significativement plus faible de non-dépistage ($OR = 0,09$; $IC95\% [0,01-0,78]$). Pour la tranche 20–34 ans, l'Odds Ratio était inférieur à 1 ($OR = 0,14$; $IC95\% [0,02-1,06]$), sans atteindre le seuil de significativité statistique. Ces résultats suggèrent une tendance à une diminution du non-dépistage avec l'augmentation de l'âge.

Le niveau d'instruction n'était pas associé au non-dépistage ($OR = 1,28$; $IC95\% [0,69-2,36]$; $p = 0,552$). De même, le lieu de résidence ne présentait pas d'association statistiquement significative ($OR = 3,31$; $IC95\% [0,74-14,8]$; $p = 0,170$), bien que l'intervalle de confiance large traduise une certaine imprécision de l'estimation.

L'absence de couverture sanitaire apparaissait fortement associée au non-dépistage ($OR = 5,18$; $IC95\% [2,67-10,03]$; $p < 0,001$). Les femmes ne disposant pas de couverture AMO présentaient une probabilité significativement plus élevée de ne pas réaliser le test.

La distance par rapport au centre de santé ($OR = 1,51$; $IC95\% [0,78-2,89]$; $p = 0,283$) et le nombre de consultations prénatales ($OR = 1,33$; $IC95\% [0,68-2,57]$; $p = 0,502$) ne montraient pas d'association statistiquement significative avec le non-dépistage.

Les facteurs économiques présentaient une association statistiquement significative avec le non-dépistage. Les femmes ne disposant pas de la capacité financière de payer le test présentaient des odds de non-dépistage significativement plus élevées que celles disposant de cette capacité ($OR = 2,39$; $IC95\% [1,27-4,52]$; $p = 0,010$).

Par ailleurs, la perception d'un coût élevé du test était également associée à une augmentation des odds de non-dépistage ($OR = 2,13$; $IC95\% [1,13-4,01]$; $p = 0,026$).

Ces résultats indiquent que les contraintes économiques constituent un facteur associé à la non-réalisation du dépistage au premier trimestre.

Enfin, la connaissance du test constituait le facteur le plus fortement associé au non-dépistage ($OR = 0,05$; $IC95\% [0,02-0,10]$; $p < 0,001$). Les femmes connaissant l'existence du test présentaient une probabilité nettement plus faible de ne pas être dépistées.

Dans l'ensemble, cette analyse met en évidence l'implication de facteurs d'ordre économique et informationnel dans la survenue du non-dépistage, tandis que les variables géographiques et le suivi prénatal n'apparaissaient pas statistiquement associés au phénomène étudié.

Tableau VIII : Facteurs associés au non-dépistage de l'Ag HBs au premier trimestre en analyse multivariée par régression logistique (n = 240)

Variables	Non dépistée n (%)	Dépistée n (%)	ORa [IC 95 %]	p-value
Âge (années)				
< 20	26 (13,7)	1 (2,0)	1,00	—
20–34	137 (72,1)	38 (76,0)	0,35 [0,04–2,92]	0,332
≥ 35	27 (14,2)	11 (22,0)	0,36 [0,04–3,53]	0,380
Couverture sanitaire				
AMO	40 (21,1)	29 (58,0)	1,00	—
Aucune	150 (78,9)	21 (42,0)	3,72 [1,66–8,35]	0,001
Connaissance du test				
Non	161 (84,7)	10 (20,0)	1,00	—
Oui	29 (15,3)	40 (80,0)	0,06 [0,03–0,14]	< 0,001

L'analyse multivariée par régression logistique a permis d'identifier les facteurs indépendamment associés au non-dépistage de l'Ag HBs après ajustement sur les variables incluses dans le modèle.

L'âge n'était pas associé de manière indépendante au non-dépistage. Comparativement aux femmes âgées de moins de 20 ans, celles âgées de 20-34 ans (ORa = 0,35 ; IC95% [0,04-2,92] ; p = 0,332) et celles âgées de 35 ans ou plus (ORa = 0,36 ; IC95% [0,04-3,53] ; p = 0,380) ne présentaient pas de différence statistiquement significative en termes d'odds de non-dépistage après ajustement.

En revanche, l'absence de couverture sanitaire demeurait significativement associée au non-dépistage. Les femmes ne disposant pas d'AMO présentaient des odds de non-dépistage 3,72 fois plus élevées que celles bénéficiant d'une couverture sanitaire (ORa = 3,72 ; IC95 % [1,66–8,35] ; p = 0,001).

La connaissance du test constituait également un facteur indépendamment associé au non-dépistage. Les femmes déclarant connaître le test présentaient des odds de non-dépistage significativement plus faibles comparativement à celles ne le connaissant pas (ORa = 0,06 ; IC95% [0,03-0,14] ; p < 0,001).

DISCUSSIONS

6 Commentaires et discussion

6.1 Caractéristiques sociodémographiques des femmes au premier trimestre de la grossesse en consultation prénatale

Dans notre étude, les femmes enceintes reçues en consultation prénatale au premier trimestre avaient un âge moyen de $27,3 \pm 6,8$ ans, avec une prédominance de la tranche d'âge de 20 à 34 ans. Ce profil est proche de celui rapporté par Traoré (2020) au CHU Gabriel Touré de Bamako, où l'âge moyen était de $26,9 \pm 5,6$ ans, ainsi que de celui d'Alassane et al. En 2019 à Parakou au Bénin, qui retrouvaient un âge moyen de $26,73 \pm 5,68$ ans. Il est également comparable à l'étude de Bittaye et al. En 2019 en Gambie, où l'âge moyen des gestantes était de $28,05 \pm 5,71$ ans. [14,15,17]. Cette homogénéité suggère que notre population correspond au profil habituel des femmes en période de forte fécondité dans les études africaines portant sur l'hépatite B chez la femme enceinte. Toutefois, dans notre analyse multivariée, l'âge ne demeurerait pas associé au non-dépistage après ajustement, ce qui indique que l'effet observé en analyse brute pourrait être expliqué par d'autres facteurs, notamment l'accès financier aux soins et le niveau d'information.

Le niveau d'instruction des participantes apparaît comme un élément important d'interprétation. Dans notre étude, 37,5% des femmes n'avaient aucun niveau scolaire et 27,1% avaient seulement un niveau primaire, soit près des deux tiers des participantes avec un niveau d'instruction faible. Cette proportion est comparable aux données rapportées au CS Réf de la Commune V de Bamako par Goïta et al. En 2024, où les femmes non instruites représentaient 36 % et celles de niveau primaire 33%. En revanche, elle contraste avec l'étude d'Alassane et al. (2019) au Bénin, où 52,81% des gestantes avaient au moins un niveau secondaire, et avec celle de Bittaye et al. En 2019 en Gambie, où le niveau secondaire était le plus représenté. [14,15,62]. Ces différences peuvent traduire des variations d'accès à l'éducation, mais aussi des différences de recrutement selon les structures sanitaires. Dans notre contexte, le faible niveau d'instruction peut limiter la compréhension de l'intérêt du dépistage précoce, la capacité à demander ou à accepter certains examens, ainsi que l'appropriation des messages de prévention.

La majorité des participantes étaient mariées, principalement en régime monogamique. Ce résultat rejoint les observations de Bittaye et al. En 2019 en Gambie, où 91,3% des participantes étaient mariées, ainsi que celles de Goïta et al. En 2024 au CS Réf de la Commune V de Bamako, où 93% des femmes étaient mariées. [14,62] Cette prédominance des femmes mariées reflète le contexte socioculturel malien et ouest-africain, dans lequel la grossesse survient le plus souvent dans le cadre du mariage. Cependant, le statut matrimonial ne doit pas être

interprété uniquement comme une caractéristique descriptive. Il peut influencer indirectement le recours au dépistage à travers le rôle du conjoint dans la décision de réaliser les examens, le paiement des frais de santé et le soutien accordé aux consultations prénatales.

La résidence était majoritairement urbaine (89,6%) dans notre étude. Cette proportion élevée s'explique probablement par le lieu de recrutement, situé dans le district de Bamako. Malgré cette proximité géographique apparente, le non-dépistage demeurait fréquent. Ce constat montre que l'accessibilité géographique ne suffit pas à garantir la réalisation effective du dépistage de l'Ag HBs qui peut être dû à des barrières financières, informationnelles ou organisationnelles peuvent persister et empêcher la réalisation du test.

Enfin, l'absence de couverture sanitaire concernait 71,2% des participantes. Ce résultat constitue l'un des éléments les plus importants pour comprendre le non-dépistage dans notre étude. Dans le district sanitaire de la Commune I de Bamako, Diarra en 2019 avait montré que la couverture par une assurance maladie était associée à une meilleure utilisation des services de consultation prénatale [63]. Notre résultat va dans le même sens : l'absence de protection financière peut transformer un examen recommandé en dépense difficilement supportable pour les ménages. Ainsi, le profil sociodémographique observé dans notre étude ne doit pas être considéré comme un simple descriptif de la population ; il permet de comprendre le contexte dans lequel le dépistage n'aboutit pas. Le non-dépistage de l'Ag HBs semble moins lié à l'existence d'une consultation prénatale qu'à la capacité réelle des femmes à convertir cette consultation en accès effectif aux examens recommandés.

6.2 Fréquence du dépistage de l'Ag HBs

Dans notre étude, 79,2% des femmes enceintes n'avaient pas réalisé le dépistage de l'Ag HBs au premier trimestre de la grossesse, soit une couverture effective de seulement 20,8%. Ce niveau apparaît faible au regard des recommandations internationales [33,37,54], qui préconisent un dépistage universel et précoce de l'hépatite B chez toute femme enceinte afin de prévenir la transmission mère-enfant. Il convient toutefois de souligner que le test avait été proposé à environ 95 % des participantes. L'écart marqué entre la proposition du test et sa réalisation effective met ainsi en évidence une dissociation entre l'offre de dépistage et son aboutissement concret. Cette différence entre couverture théorique et couverture réelle constitue un élément central d'interprétation.

Des données issues de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne mettent également en évidence une grande variabilité dans la couverture du dépistage prénatal du VHB. Une étude réalisée en Ouganda par Katamba et al. en 2019 [64] avait trouvé que seulement 8,3% des femmes enceintes avaient été dépistées au cours de la grossesse. En Côte d'Ivoire, Assi et al. en 2014

[65] ont retrouvé un taux de dépistage de 4,3% au premier trimestre en consultation prénatale. À l'inverse, au Cameroun, Nsenga Djapa et al. en 2023 [66] ont rapporté une couverture d'environ 52% du dépistage pendant la grossesse dans un hôpital régional.

Toutefois, ces études ne portent pas systématiquement sur le dépistage au premier trimestre, mais le plus souvent sur la grossesse dans son ensemble, ce qui limite la comparabilité directe des taux observés avec notre indicateur. Au-delà de cette différence méthodologique, ces travaux ne remettent pas en cause l'existence de recommandations nationales en faveur du dépistage prénatal du VHB ; ils suggèrent plutôt un décalage entre les directives établies et leur mise en œuvre effective. Dans certains contextes, la non-observance des protocoles par les prestataires peut restreindre la réalisation systématique du test ; dans d'autres, les contraintes d'accessibilité, notamment financières ou géographiques, constituent des obstacles majeurs à son effectivité. Ainsi, la faible couverture observée ne traduit pas nécessairement une absence de cadre normatif, mais davantage des difficultés opérationnelles dans l'application des directives existantes.

6.3 Facteurs associés au non-dépistage de l'Ag HBs

6.3.1 Déterminants économiques et d'accessibilité

Dans notre étude, l'absence de couverture sanitaire (AMO) demeurerait significativement associée au non-dépistage de l'Ag HBs au premier trimestre ($ORa = 3,72$; IC 95% : [1,72-8,05] ; $p < 0,01$). Les femmes non couvertes étaient près de quatre fois plus susceptibles de ne pas réaliser le dépistage. Ce résultat souligne le rôle central des mécanismes de protection financière dans l'effectivité du recours aux examens prénataux recommandés.

En analyse bivariée, la perception du coût comme élevé était également associée au non-dépistage ($OR = 2,01$; IC 95% : [1,12-3,61] ; $p = 0,02$). Toutefois, cette association ne persistait pas après ajustement dans le modèle multivarié. Cette perte de significativité suggère que l'effet du coût perçu pourrait être partiellement confondu ou médié par la couverture sanitaire. Autrement dit, les femmes non couvertes sont probablement plus susceptibles de percevoir le coût du test comme élevé, et l'AMO semble capter l'effet structurel principal dans notre modèle. Ainsi, si la perception du coût reflète une barrière réelle au niveau individuel, l'absence de couverture sanitaire apparaît comme le déterminant économique indépendant majeur.

Des résultats comparables ont été rapportés par Katamba et al. en 2019 [64], qui ont montré que l'accessibilité aux services de dépistage était fortement associée à la réalisation du test ($ORa = 6,44$; IC 95% : [2,10-8,02] ; $p < 0,01$). Bien que formulée en termes d'accès organisationnel, cette variable traduit également une dimension structurelle du recours aux soins.

Selon les données de la Banque mondiale issues des *World Development Indicators*, la part des dépenses de santé supportée directement par les ménages (out-of-pocket expenditure) demeure élevée en Afrique subsaharienne, traduisant une dépendance importante au paiement direct des soins [67]. Les rapports de l'Organisation mondiale de la Santé sur le suivi de la couverture sanitaire universelle indiquent par ailleurs que des niveaux élevés de dépenses directes sont associés à un risque accru de renoncement aux soins, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire [68].

Au niveau national, les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM 2018) [69] montrent que les contraintes financières figurent parmi les principales raisons évoquées par les femmes pour ne pas recourir aux soins prénataux. L'ensemble de ces données institutionnelles appuie l'hypothèse d'un déterminisme économique structurel susceptible d'influencer la réalisation effective du dépistage de l'Ag HBs observée dans notre étude.

6.3.2 Déterminants informationnels

Dans notre étude, la connaissance préalable du test constituait un facteur protecteur (ORa = 0,06 ; IC 95% : [0,02-0,19] ; $p < 0,001$). Cette association très significative suggère que l'information spécifique sur l'existence et l'utilité du dépistage joue un rôle central dans la décision de réaliser le test au premier trimestre. Elle indique que, indépendamment des facteurs économiques, le niveau de connaissance influence directement le comportement de recours au dépistage.

Des résultats comparables ont été rapportés par Katamba et al. en 2019 [64], qui ont montré que la perception du risque d'infection était significativement associée à la réalisation du dépistage (ORa = 4,66 ; IC 95% : [1,20-6,14] ; $p < 0,05$). Cette association souligne l'importance de la perception individuelle du risque dans l'adoption d'un comportement préventif.

La convergence entre notre résultat, centré sur la connaissance du test, et celui de Katamba et al., portant sur la perception du risque, renforce l'hypothèse selon laquelle les déterminants cognitifs et informationnels constituent des leviers majeurs du recours au dépistage prénatal du VHB.

6.4 Limites de l'étude

Cette étude présente certaines limites :

Certaines variables reposaient sur les déclarations des participantes, exposant l'étude à un possible biais de mémorisation ou de désirabilité sociale.

L'étude ayant été menée dans un contexte géographique et socioculturel spécifique, la généralisation des résultats à d'autres structures sanitaires doit être interprétée avec prudence.

Par ailleurs, certains facteurs organisationnels susceptibles d'influencer le recours au dépistage n'ont pas été mesurés directement, notamment la disponibilité régulière du test Ag HBs, les ruptures éventuelles de réactifs, le coût réel du test, les pratiques de prescription, la qualité du conseil pré-test et les délais de remise des résultats.

Malgré ces limites, l'analyse ciblée du dépistage au premier trimestre constitue un indicateur pertinent pour l'évaluation de l'effectivité des recommandations de prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B.

CONCLUSION

Conclusion

Au terme de cette étude réalisée à l'hôpital du district de la Commune IV de Bamako, il ressort que le dépistage de l'antigène HBs au premier trimestre de la grossesse demeure insuffisant, alors même qu'il constitue un maillon essentiel dans la prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B.

L'analyse des données a montré que le non-dépistage était principalement associé à l'absence de couverture sanitaire et à la méconnaissance du test, mettant ainsi en évidence l'importance des barrières économiques et informationnelles dans le recours au dépistage.

Cette étude met donc en lumière la persistance d'un faible niveau de dépistage dans notre contexte, avec des implications majeures pour l'identification précoce des femmes enceintes porteuses du VHB et pour la prévention de la transmission materno-fœtale.

RECOMMANDATIONS

7 Recommandations

- **Aux autorités sanitaires**
- Rendre gratuit le cpn et le bilan prénatal en général spécifiquement le test d'hépatite B
- **Aux prestataires de soins :**
- Intensifier l'information et la sensibilisation des femmes enceintes sur l'intérêt du dépistage de l'hépatite B dès la première consultation prénatale.
- **Aux structures de santé :** veiller à la systématisation effective de la proposition, de l'orientation et du suivi de la réalisation du test au cours de la grossesse.
- **Pour la recherche :** encourager des études complémentaires sur les obstacles liés au dépistage prénatal de l'Ag HBs dans notre contexte.

REFERENCES

8 Références

- [1] Tsukuda S, , Watashi k. Hepatitis B virus biology and life cycle. *Antiviral Res* 2020;182.
- [2] Yuen M-F, Chen D-S, Dusheiko GM, Janssen HLA, Lau DTY, Locarnini SA, et al. Hepatitis B virus infection. *Nat Rev Dis Primers* 2018;4:18035. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.35>.
- [3] Diarra A. L'infection par le virus de l'hépatite B chez la femme enceinte au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de Koulikoro 2022;p37.
- [4] Kone MBB. Présentée et soutenue publiquement le 27/11./2021 Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie n.d.
- [5] Umutesi J, Simmons B, Makuza JD, Dushimiyimana D, Mbituyumuremyi A, Uwimana JM, et al. Prevalence of hepatitis B and C infection in persons living with HIV enrolled in care in Rwanda. *BMC Infectious Diseases* 2017;17:315. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2422-9>.
- [6] Mokdad AA, Lopez AD, Shahraz S, Lozano R, Mokdad AH, Stanaway J, et al. Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *BMC Medicine* 2014;12:145. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0145-y>.
- [7] Organisation Mondiale de la Santé. Hépatite B n.d. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> (accessed January 30, 2024).
- [8] Dembélé M. Etude de l'Antigène HBS chez les Femmes enceintes suivies dans le CSCOM de Kati Sananfara. Thesis. USTTB, 2024.
- [9] Dicko M, Al E. Profil sérologique des enfants nés de mères AgHBs positif ayant bénéficié de la sérovaccination à la naissance. *Rev Mali Infectiol Microbiol* 2024;19:1–7. <https://doi.org/10.53597/remim.v19i2.2821>.
- [10] World Health Organization. Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024.
- [11] El Agheb MOM, Grange J-D. Prévention de la transmission mère-enfant de l'hépatite B. *Pan Afr Med J* 2015;20:316. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.20.316.6193>.
- [12] Prévention de la transmission mère3 n.d.
- [13]. Guingane N. Prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B au Burkina Faso 2021.
- [14] Bittaye M, Idoko P, Ekele BA, Obed SA, Nyan O. Hepatitis B virus sero-prevalence amongst pregnant women in the Gambia. *BMC Infectious Diseases* 2019;19:259. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3883-9>.
- [15] Alassan KS, Imorou RS, Sonombiti H, Salifou K, Ouendo E-M. Séroprévalence et facteurs associés à l'hépatite virale B chez les gestantes à Parakou en République du Bénin. *Pan Afr Med J* 2019;33:226. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.226.19429>.
- [16] Boushab BM, Al E. Prévalence de l'Ag HBs chez les femmes enceintes au Centre Hospitalier Mère-Enfant de Nouakchott, Mauritanie. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie* 2022;17:72*76-72*76. <https://doi.org/10.53597/remim.v17i1.2230>.
- [17]. Traoré A. L'infection par le virus de l'hépatite B chez la femme enceinte au service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré. Thèse, Méd, USTTB Bamako,Mali 2020;p35.
- [18] Guingane N. Prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B au Burkina Faso : état des lieux et nouvelles stratégies. phdthesis. Université Montpellier, 2021.
- [19] Keita B. Etude de la séroprévalence et les facteurs associés à l'hépatite virale B chez les gestantes au Centre de Santé de Kati. Thesis. USTTB, 2024.
- [20] Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030 n.d. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240053779> (accessed April 18, 2025).

- [21] Keita MN. DÉPISTAGE DU VIRUS DE L'HÉPATITE B À PROPOS DE 500 FEMMES ENCEINTES AU CHU DE KATI. n.d.
- [22] Bekol B, Raoul A. Portage de l'antigène HBs chez les femmes enceintes suivies au service de Gynéco-obstétrique du CHU Point-G. Thesis. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2021.
- [23] SogniP_HepatitisBetGrossesse_Resume_Juin2013.pdf n.d.
- [24] Organisation mondiale de la Santé (OMS). Hépatite B. World Health Organization 2025. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> (accessed January 1, 2026).
- [25] Tsukuda S, Watashi K. Hepatitis B virus biology and life cycle. *Antiviral Res* 2020;182:104925. <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2020.104925>.
- [26] Stanaway JD, Flaxman AD, Naghavi M, Fitzmaurice C, Vos T, Abubakar I, et al. The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the global burden of disease study 2013. *Lancet (Lond Engl)* 2016;388:1081–8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30579-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30579-7).
- [27] Trépo C, Chan HLY, Lok A. Hepatitis B virus infection. *Lancet* 2014;384:2053–63. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60220-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60220-8).
- [28] Ma L, Chen S, Wang H, Chen L. Hepatitis B virus integration and hepatocarcinogenesis. *Liver Res* 2025;9:189–98. <https://doi.org/10.1016/j.livres.2025.09.002>.
- [29] Dias JD, Sarica N, Neuveut C, Dias JD, Sarica N, Neuveut C. Early steps of hepatitis B life cycle: from capsid nuclear import to cccDNA formation. *Viruses* 2021;13:0–14. <https://doi.org/10.3390/v13050757>.
- [30] Seeger C, Mason WS. Hepatitis B virus biology. *Microbiol Mol Biol Rev: MMBR* 2000;64:51–68. <https://doi.org/10.1128/MMBR.64.1.51-68.2000>.
- [31] Nassal M. HBV cccDNA: viral persistence reservoir and key obstacle for a cure of chronic hepatitis B. *Gut* 2015;64:1972–84. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-309809>.
- [32] Boonstra A, Sari G. HBV cccDNA: the molecular reservoir of hepatitis B persistence and challenges to achieve viral eradication. *Biomolecules* 2025;15:62. <https://doi.org/10.3390/biom15010062>.
- [33] World Health Organization, editor. WHO guidelines on hepatitis B and C testing. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017.
- [34] Terrault NA, Lok ASF, McMahon BJ, Chang K-M, Hwang JP, Jonas MM, et al. Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. *Hepatology (Baltim Md.)* 2018;67:1560–99. <https://doi.org/10.1002/hep.29800>.
- [35] Roche interactive testing algorithm n.d. https://infectious-diseases-testing-guide.roche.com/test-hbv-unknown?utm_source=chatgpt.com (accessed January 3, 2026).
- [36] European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatology* 2025;83:502–83. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2025.03.018>.
- [37] Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus (HBV): guidelines on antiviral prophylaxis in pregnancy. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2020.
- [38] Organization WH. Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection (text extract): executive summary. *Infectious Diseases & Immunity* 2024;4:103–5. <https://doi.org/10.1097/ID9.0000000000000128>.
- [39] GBD 2019 Hepatitis B Collaborators. Global, regional, and national burden of hepatitis B, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet, Gastroenterol Hepatology* 2022;7. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(22\)00124-8](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(22)00124-8).
- [40] Wondmeneh TG, Mekonnen AT. Epidemiology of hepatitis B virus infection among pregnant women in Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis* 2024;24:921. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-09839-3>.

- [41] Yirsaw BG, Agimas MC, Alemu GG, Tesfie TK, Derseh NM, Abuhay HW, et al. Prevalence of hepatitis B virus infection and its determinants among pregnant women in east Africa: systematic review and meta-analysis. *PLOS One* 2024;19:e0307102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307102>.
- [42] Maiga A, Traore A, Diakite SS, Dicko OA, Guindo H, Toure AB, et al. Prévalence du portage de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B chez les sujets dépistés en milieu communautaire dans le district de Bamako au Mali. *Rev Mali Infect Microbiol* 2024;19:33–7. <https://doi.org/10.53597/remim.v19i1.2791>.
- [43] Kouakou C, Dainguy ME, Djoman A, Assi A, Gro Bi A, Djivehoussoun A, et al. Transmission mère–enfant des marqueurs du virus de l'hépatite B dans un hôpital de référence en côte d'ivoire. *Mali Méd* 2020;35.
- [44] Nelson NP, Jamieson DJ, Murphy TV. Prevention of perinatal hepatitis B virus transmission. *J Pediatr Infect Dis Soc* 2014;3 Suppl 1:S7–12. <https://doi.org/10.1093/jpids/piu064>.
- [45] Xu D-Z, Yan Y-P, Choi BCK, Xu J-Q, Men K, Zhang J-X, et al. Risk factors and mechanism of transplacental transmission of hepatitis B virus: a case-control study. *J Med Virol* 2002;67:20–6. <https://doi.org/10.1002/jmv.2187>.
- [46] Organization WH. Global hepatitis report 2017. World Health Organization; 2017.
- [47] Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk RT, Krause G, Ott JJ. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. *Lancet (Lond Engl)* 2015;386:1546–55. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61412-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61412-X).
- [48] Apuzzio J, Block JM, Cullison S, Cohen C. Chronic Hepatitis B in Pregnancy n.d.
- [49] Ki M, Kim B-W, Baik D, Kim J-H. Factors associated with hepatitis B mother-to-child transmission in a national prevention program. *Clin Mol Hepatol* 2025;31:1298–315. <https://doi.org/10.3350/cmh.2025.0214>.
- [50] Martyn E, Eisen S, Longley N, Harris P, Surey J, Norman J, et al. The forgotten people: hepatitis B virus (HBV) infection as a priority for the inclusion health agenda. *eLife* 2023;12:e81070. <https://doi.org/10.7554/eLife.81070>.
- [51] Jareebi MA, Awam AA, Otayf DAH, Almrayisi SA, Alqamaryat IH, Alghamdi AA, et al. Prevalence and diagnostic determinants of hepatitis B infection among saudi adults: implications for targeted screening and early detection. *Diagnostics* 2025;15. <https://doi.org/10.3390/diagnostics15233050>.
- [52] Anyiwe K, Erman A, Hassan M, Feld JJ, Pullenayegum E, Wong WWL, et al. Characterising the effectiveness of social determinants of health-focused hepatitis B interventions: a systematic review. *The Lancet Infectious Diseases* 2024;24:e366–85. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00590-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00590-X).
- [53] Hiebert-Suwondo L, Manning J, Tohme RA, Buti M, Kondili LA, Spearman CW, et al. A 2024 global report on national policy, programmes, and progress towards hepatitis B elimination: findings from 33 hepatitis elimination profiles. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2025;10:671–84. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(25\)00069-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(25)00069-X).
- [54] Easterbrook PJ, Luhmann N, Bajis S, Min MS, Newman M, Lesi O, et al. WHO 2024 hepatitis B guidelines: an opportunity to transform care. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2024;9:493–5. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(24\)00089-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(24)00089-X).
- [55] Luo Y-L, Gao S, Zhang Q-F, Liu X, Lv D-Y, Chen J-H, et al. Eliminating mother-to-child transmission of hepatitis B virus: practice and progress in baoan, a national pilot district of China. *BMC Public Health* 2024;24:58. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17500-y>.
- [56] Lessons from Thailand's successful prevention of mother-to-child hepatitis B transmission: advancing toward elimination by 2030. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2025;43:1–9. <https://doi.org/10.12932/AP-220125-2021>.

- [57] Zheng H, Walsh N, Lesi O, Cui F. New progress towards elimination of mother-to-child transmission of hepatitis B virus in China. *Hepatology* 2022;16:1273–81. <https://doi.org/10.1007/s12072-022-10400-0>.
- [58] Meng X, Zhang W, Yan B, Feng Y, Lu J, Zhang L. Progress toward elimination mother-to-child transmission of HBV in Shandong province, China: coverage trend in hepatitis B vaccination and HBIG administration, 2017–2024. *Human Vaccines and Immunotherapy* 2025;21:2554029. <https://doi.org/10.1080/21645515.2025.2554029>.
- [59] Xu M, Terrault NA. Hepatitis B virus elimination strategies. *Current Hepatology Reports* 2024;23:268–77. <https://doi.org/10.1007/s11901-024-00658-3>.
- [60] Kong Q, Ding L, Chen Y, Jiang J, Qian J, He C, et al. Optimizing the prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B through integrated care models: a pilot study in Jiangsu province, China. *BMC Public Health* 2025;25:3634. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24939-8>.
- [61] Faniyi AA, Okesanya OJ, Manirambona E, Oso TA, Olaleke NO, Nukpezah RN, et al. Advancing public health policies to combat hepatitis B in Africa: challenges, advances, and recommendations for meeting 2030 targets. *Journal of Medical Surgery Public Health* 2024;2:100058. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100058>.
- [62] Goïta D, Sogoba D, Tall S, Traore M, Camara L, Doumbia S, et al. Séroprévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (AgHBs) chez les femmes enceintes dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence (CSRef) de la Commune V du District de Bamako. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie* 2024;19:27–33. <https://doi.org/10.53597/remim.v19i3.2888>.
- [63] Diarra AB. Facteurs associés à l'utilisation des services de consultation prénatale dans le district sanitaire de la commune I de Bamako en 2019. Mémoire de Master. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, 2019.
- [64] Katamba PS, Mukunya D, Kwesiga D, Nankabirwa V. Prenatal hepatitis B screening and associated factors in a high prevalence district of Lira, northern Uganda: a community based cross sectional study. *BMC Public Health* 2019;19:1004. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7344-6>.
- [65] Assi C, Koné S, Ndjitoyap Ndam AW, Yimfor T, Ouattara A, Soro D, et al. Fréquence et facteurs associés au non dépistage de l'antigène HBs (AgHBs) au premier trimestre de la grossesse en consultation prénatale (CPN) à Abidjan. *Journal of African Hepato-Gastroenterology* 2014;8:131–4. <https://doi.org/10.1007/s12157-014-0532-1>.
- [66] Gr ND. Prevalence and awareness of the HBsAg status among pregnant women in the labour room of the Ebolowa regional hospital 2023:1–5.
- [67] World Bank. World development indicators: out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) 2023.
- [68] Tracking universal health coverage: 2021 global monitoring report. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021.
- [69] Institut National de la Statistique (INSTAT) and Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) and ICF. Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018: Indicateurs Clés. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA: INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF; 2019.

FICHE SIGNALETIQUE

9 FICHE SIGNALETIQUE

Nom et prénom : Moulaye SIDIBE

E-mail : mailto:smoulaye1998@gmail.com

Titre de la thèse : Fréquence et facteurs associés au non-dépistage de l'antigène HBs (Ag HBs) au premier trimestre de la grossesse en consultation prénatale (CPN) à l'Hôpital du District de la Commune IV de Bamako

Année de soutenance : 2026

Pays d'origine : Mali

Ville et lieu de soutenance : Bamako, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS), Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS), USTTB, Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique - Épidémiologie - Santé maternelle - Hépatites virales

Résumé

Introduction : Le dépistage de l'antigène HBs (Ag HBs) pendant la grossesse est essentiel à la prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B. Cette étude visait à étudier les facteurs associés au non-dépistage de l'Ag HBs au premier trimestre chez les femmes reçues en consultation prénatale à l'Hôpital du District de la Commune IV de Bamako.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale réalisée de janvier 2025 à septembre 2026 auprès de 240 femmes enceintes reçues en consultation prénatale au premier trimestre. Les données ont été recueillies par questionnaire électronique. Une analyse descriptive et bivariée a été suivie d'une régression logistique binaire. Les associations ont été estimées par odds ratios avec leurs intervalles de confiance à 95 %.

Résultats : L'âge moyen était de $27,3 \pm 6,8$ ans et 71,2 % des participantes n'avaient aucune couverture sanitaire. Le test Ag HBs avait été proposé à 95,0 % des femmes, mais seulement 20,8 % l'avaient réalisé, soit une fréquence de non-dépistage de 79,2 %. Aucun cas positif n'a été retrouvé parmi les 50 femmes dépistées. Après ajustement, l'absence de couverture sanitaire était associée au non-dépistage (aOR = 3,72 ; IC95 % : 1,66–8,35 ; $p = 0,001$), tandis que la connaissance du test était associée à une diminution des odds de non-dépistage (aOR = 0,06 ; IC95 % : 0,03–0,14 ; $p < 0,001$).

Conclusion : Le non-dépistage demeurait fréquent malgré une proposition quasi systématique du test. Les résultats mettent en évidence des barrières économiques et informationnelles, justifiant une meilleure protection financière et information des femmes enceintes.

Mots-clés : Ag HBs ; hépatite B ; dépistage ; grossesse ; consultation prénatale ; facteurs associés ; Bamako.

Abstract

Introduction: Screening for hepatitis B surface antigen (HBs Ag) during pregnancy is essential for preventing mother-to-child transmission of hepatitis B virus. This study aimed to assess factors associated with non-screening for HBs Ag during the first trimester among women attending antenatal care at the District Hospital of Commune IV in Bamako.

Methods: A cross-sectional study was conducted from January 2025 to September 2026 among 240 pregnant women attending antenatal care during the first trimester. Data were collected using an electronic questionnaire. Descriptive and bivariate analyses were followed by binary logistic regression. Associations were estimated using odds ratios with 95% confidence intervals.

Results: The mean age was 27.3 ± 6.8 years, and 71.2% of participants had no health insurance coverage. HBs Ag testing had been offered to 95.0% of women, but only 20.8% had undergone testing, corresponding to a non-screening frequency of 79.2%. No positive case was found among the 50 women screened. After adjustment, lack of health insurance coverage was associated with non-screening (aOR = 3.72; 95% CI: 1.66–8.35; $p = 0.001$), whereas knowledge of the test was associated with lower odds of non-screening (aOR = 0.06; 95% CI: 0.03–0.14; $p < 0.001$).

Conclusion: Non-screening remained frequent despite the test being offered to nearly all women. The marked gap between test proposal and completion suggests persistent barriers to effective access. The findings mainly highlight financial and informational barriers, supporting stronger financial protection and better information for pregnant women.

Keywords: HBs Ag; hepatitis B; screening; pregnancy; antenatal care; associated factors; Bamako.

ANNEXES

10 ANNEXES

10.1 ANNEXE 1 : FICHE D'ENQUETE

Lieu : Hôpital du district de la commune IV de Bamako

Public cible : Femmes enceintes en consultation prénatale (CPN)

Durée estimée : 10–15 minutes

Numéro d'identification : / ____ /

I. Caractéristiques sociodémographiques

1. Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
2. Âge : _____ ans (en chiffre et en année)
3. Niveau d'instruction : ☐ Aucune ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur
4. Situation matrimoniale : ☐ Mariée ☐ Célibataire ☐ Divorcée ☐ Veuve
5. Profession : _____
6. Revenu mensuel estimé (en FCFA) : _____
7. Couverture sanitaire : ☐ Assurance privée ☐ AMO ☐ Aucun
8. Lieu de résidence : ☐ Commune urbaine ☐ Zone rurale ☐ Autre ville
9. Distance domicile-centre de santé : _____ km

II. Antécédents obstétricaux et médicaux

1. Nombre de grossesses antérieures : ____
2. Nombre d'enfants vivants : ____
3. Antécédents de fausses couches : ☐ Oui ☐ Non
4. Maladie(s) chronique(s) connue(s) : ☐ Oui ☐ Non. Si oui, précisez : _____
5. Dépistage antérieur de l'hépatite B : ☐ Oui ☐ Non
6. Antécédents familiaux d'hépatite B : ☐ Oui ☐ Non

III. Dépistage de l'AgHBs au 1er trimestre (objectif 1 : taux de non dépistage)

1. Âge gestationnel lors de la 1ère CPN (en semaines) : ____
2. Nombre de CPN effectuées pour cette grossesse : ____
3. Information sur les examens à faire au 1er trimestre : ☐ Oui ☐ Non
4. Dépistage AgHBs réalisé au 1er trimestre : ☐ Oui ☐ Non
5. Si non, raison(s) : ☐ Coût ☐ Non recommandé ☐ Ignorance ☐ Autre : _____
6. Connaissance de la recommandation du test AgHBs en CPN : ☐ Oui ☐ Non
7. Avez-vous effectué un test de dépistage AgHBs au 1er trimestre ? ☐ Oui ☐ Non
8. Si non, pourquoi ? ☐ Coût ☐ Ignorance ☐ Non recommandé ☐ Autre : _____

9. Le test a-t-il été proposé par le personnel soignant ? ☐ Oui ☐ Non
10. Avez-vous payé vous-même ce test ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concernée

IV. Variables explicatives potentielles du non-dépistage à explorer dans l'analyse

Ces variables seront considérées comme des facteurs associés uniquement si l'analyse statistique met en évidence une association significative avec le non-dépistage de l'AgHBs.

1. Le test vous a-t-il été proposé par le personnel ? ☐ Oui ☐ Non
2. Saviez-vous que ce test est recommandé en début de grossesse ? ☐ Oui ☐ Non
3. Qui a payé pour le test ? ☐ Moi-même ☐ Conjoint ☐ Gratuit ☐ Non concernée
4. Le coût du test est-il un frein pour vous ? ☐ Oui ☐ Non
5. Le centre dispose-t-il régulièrement du test ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
6. Le personnel vous a-t-il informée de son utilité ? ☐ Oui ☐ Non
7. Avez-vous reçu des informations écrites ou orales sur ce test ? ☐ Oui ☐ Non
8. Avez-vous confiance dans les résultats de ce test ? ☐ Oui ☐ Non
9. Vos croyances influencent-elles votre décision de faire le test ? ☐ Oui ☐ Non
10. Vos proches vous encouragent-ils à le faire ? ☐ Oui ☐ Non

V. Connaissances et perceptions sur l'hépatite B (facteurs liés)

1. Avez-vous déjà entendu parler de l'hépatite B ? ☐ Oui ☐ Non
2. Modes de transmission connus (plusieurs choix) : ☐ Sang ☐ Sexualité ☐ Mère-enfant ☐ Salive ☐ Ne sait pas
3. Connaissez-vous les conséquences possibles ? ☐ Oui ☐ Non. Si oui : _____
4. L'hépatite B est-elle selon vous une maladie grave ? ☐ Oui ☐ Non
5. Le test permet-il de protéger votre enfant ? ☐ Oui ☐ Non

VI. Séroprévalence de l'AgHBs (objectif 3)

1. Résultat de votre test AgHBs (si effectué) : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Ne sait pas
2. Avez-vous été orientée vers une prise en charge ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concernée
3. Connaissez-vous votre statut sérologique avant cette grossesse ? ☐ Oui ☐ Non
4. Avez-vous reçu un suivi médical suite au test ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas concernée
5. Recommanderiez-vous ce test à d'autres femmes enceintes ? ☐ Oui ☐ Non

Merci pour votre participation. Vos réponses resteront strictement confidentielles.

SERMENT DE MEDECIN

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples,

Je promets et je jure, au nom de DIEU, 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 religions, de nations,

De races, de partie 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 leurs 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 !

