

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali  
Un peuple - Un But - Une Foi

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



## **FACULTE DE MEDECINE, ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année scolaire : 2014- 2015

N°.....

*TITRE*

### **CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES CONSULTANTS A PROPOS DE L'HEPATITE VIRALE B AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO**

*THESE*

Présentée et soutenue publiquement 09/ 04 / 2015 devant  
la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie  
de Bamako

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

*M. Demba SACKO*

*JURY:*

Président :	Pr Moussa T DIARRA
Membre :	Dr Oumar GUINDO
Codirecteur :	Dr Abdoulaye M TRAORE
Directeur de thèse :	Pr Daouda K MINTA

## **Dédicaces**

Je dédie ce travail

**à la mémoire de mon père feu SIAKA SACKO**

Je prie le seigneur pour que la terre te soit légère, le fruit de mon travail est le tien et j'espère en être digne de ta confiance. J'aurai aimé que tu sois là en ce moment mémorable qui voit l'aboutissement et la réalisation de tous les travaux consentis. Puisse ce travail te faire plaisir jusque dans ta dernière demeure. Que le tout puissant t'accueille dans son paradis. Amen !

## **REMERCIEMENT**

J'adresse mes sincères remerciements

**A Allah** le tout puissant, le miséricordieux, le Clément, le Maître des destins, le sauveur ; de m'avoir guidé et surtout assisté tout le long de mes études jusqu' à la réalisation du document. Qu'il me donne beaucoup de chances dans cette vie et à l'au delà.

Au Prophète Mahomet (Paix et Salut sur lui)

### **A mes mères Korotoumou BAGAYOGO et Kamissa KONATE**

Chères mères, les mots me manquent vous remerciez aujourd'hui. C'est le moment pour moi de rendre grâce à Dieu le tout Puissant qui nous a donné la chance de grandir auprès de vous. Ce travail est le fruit de votre patience, de tes sacrifices et de tes bénédictions.

### **A mon frère Oumar SACKO**

En ce moment solennel de ma vie, il me manque les mots pour vous exprimer ma reconnaissance et mon attachement. Votre gentillesse, votre disponibilité, votre attention et votre esprit de sacrifice nous ont beaucoup marqué.

Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui .Qu'**ALLAH** le tout puissant vous garde longtemps à nos cotés. Amen !

### **A ma tante BINTOU SACKO**

Votre affection et vos bénédictions m'ont apporté réconfort et consolation. Merci beaucoup. Que Dieu le tout puissant vous accorde une longue vie. Amen !

### **A mes frères, sœurs, cousins et cousines**

Bekaye Sacko , Kadiatou Sacko ,Bintou Sacko ,Seydou Sacko,Maimouna Sacko ,Farima Sacko , Maki Sacko ,Lassine Sacko, Daouda Sacko , Salimata Sacko ,Aminata Sacko.

### **A ma femme et mon enfant**

Soutien moral ne m'a jamais fait défaut.

### **Au Docteur Dembélé Youssouf**

Ce travail est le fruit de la confiance, du soutien, et de l'amour dont j'ai bénéficié à vos cotés.

### **Au Docteur Maiga Ibrahima**

Pour les suggestions et conseils que vous avez donnés du début à la fin de ce travail.

### **Au Docteur Alpha Madani KONE**

Pour ses précieux conseils et ses concours à la réalisation de ce travail.

**Au Docteur BAKARY KONE**

Pour sa disponibilité et son courage sur cette étude

Au Docteur DOUMBIA MOHAMED

Merci pour tes efforts consentis pour la réalisation de ce travail

**A tous mes camarades de promotion**

Gaoussou Konate, Lassine Keita, Seydou Boire, Idrissa Sidibe. Merci pour votre franche collaboration

**A tous mes amis**

Particulièrement à Yacouba Alou Coulibaly, Gaoussou Konate, Naman Traoré, Mamadou Diabaté,

**A tous mes maitres des cycles antérieurs**

Vous avez eu le mérite de poser les jalons de ce travail. Soyez en remercier et trouvez ici l'expression de ma très haute considération

**Au personnel soignant du Centre de Santé de Référence de la Commune IV**

Pour vos efforts durant ma formation.

**A tous les internes et externes du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako.**

### **Hommage aux membres du jury**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

**Professeur MOUSSA DIARRA**

- Maître de conférences agrégé en Hépatogastro-entérologie à la faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (F.M.O.S) de Bamako.
- Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré

Honorable Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre dynamisme, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître admiré de tous. Respecté et respectable, votre exemple restera une tache d'huile.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY,

**Docteur Oumar GUINDO**

- Diplômé de Médecine générale,
- Diplômé de Vaccinologie,
- Master 2 en Santé Publique,
- ancien médecin chef adjoint du CSRéf Commune IV,
- en service à l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux

Cher maître,

Votre respect, votre sagesse, votre faculté d'écoute, votre simplicité sont des qualités professionnelles qui ont suscités en nous admiration et confiance.

Respecté et respectable, votre exemple restera pour nous une référence

Soyez assuré, cher maître de notre profonde gratitude et de notre attachement fidèle.

A NOTRE MAITRE ET CO- DIRECTEUR DE THESE :

**Docteur ABDOULAYE Mamadou TRAORE**

- Chef de clinique dans le service des maladies infectieuses
- Spécialiste des maladies infectieuses et tropicales
- Certifié en Santé Publique
- Chercheur au DEAP de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.
- Chef de projet de la Third Line Antiretroviral Optimization (THILAO) pour le Mali.

Cher Maître, c'est un privilège et un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de co-diriger ce travail. Nous ne saurions dire toutes les qualités humaines, professionnelles et morales que nous admirons en vous. Nous avons été marqués par votre constante disponibilité et ne trouverons jamais assez de mots pour vous témoigner notre reconnaissance. C'est une fierté pour nous d'être compté parmi vos élèves.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

**Professeur DAOUDA K MINTA**

- Professeur Agrégé de Maladies Infectieuses et Tropicales
- Maître de conférences agrégé en Maladies Infectieuses et Tropicales à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
- Chercheur au département d'épidémiologie et des affections parasitaires de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
- Vice-Président de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI).
- Responsable de l'enseignement de pathologie infectieuse.
- Enseignant de thérapeutique.
- Président du comité Scientifique National VIH adulte du Mali.  
Directeur du Centre d'Excellence VIH adulte du Mali.

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites d'avoir accepté de diriger ce travail. Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement théorique à la faculté. Travailleur acharné, votre simplicité, votre gentillesse, votre disponibilité, ainsi que vos connaissances et votre rigueur scientifique resteront pour nous un bel exemple. Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

## **LISTE DES ABREVIATIONS :**

**ADN :** Acide DésoxyriboNucléique

**ALAT:** Alanine Amino Transférase

**AMM:** Autorisation de Mise sur le Marché

**Ac Anti-HBc:** Anticorps anti-HBc

**Ag HBs:** Antigène HBs

**ARN :** Acide RiboNucléique

**ASAT :** Aspartate Amino Transférase

**CSRef :** Centre de santé de référence

**CHU :** Centre Hospitalier Universitaire

**CNTS :** Centre National de Transfusion Sanguine

**ELISA:** Enzyme Linked Immuno-Sorbant Assay

**FMOS :** Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**IFN :** Interféron

**Ig G :** Immunoglobuline G

**Ig M :** Immunoglobuline M

**IM :** Intramusculaire

**IST:** Infections Sexuellement Transmissibles

**Kg :** Kilogramme

**Nm :** Nanomètre

**OMS :** Organisation Mondiale de la Santé

**SC** : Sous-cutané

**TP** : Taux de Prothrombine

**VHB** : Virus de l'Hépatite B

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humain

**GGT** : Gamaglutamine Transpeptidase

**CHC** : Carcinome hépatocelulaire

**EDSM** : Enquête démographique et de santé du Mali

## SOMMAIRE

I .INTRODUCTION :	1
II.OBJECTIFS.....	3
III.GENERALITES.....	4
IV.METHODOLOGIE.....	24
V.RESULTATS.....	33
VI.DISCUSSION.....	52
VII.CONCLUSION.....	56
VIII.RECOMMANDATIONS.....	57
IX.REFERENCES.....	59
X.ANNEXES	

## I .INTRODUCTION :

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) constitue un véritable problème de santé publique dans plusieurs régions du globe terrestre, par sa fréquence, ses complications et ses conséquences socio-économiques [1-2].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 2 milliards le nombre de personnes qui sont ou ont été infectées par le VHB, dont 370 à 400 millions sont des porteurs chroniques, soit 5% de la population mondiale [3 , 4 ,1]. En effet, la contagiosité élevée du virus de l'hépatite virale B est liée à sa présence dans la majorité des liquides biologiques : sang, sperme, sécrétions vaginales et même, en moindre proportion, dans la salive. C'est pour cela que l'OMS range ce virus, au même titre que le VIH, parmi les dix principales causes de décès par maladie infectieuse avec 1à 2 millions chaque année liées aux complications [5]. L'infection à VHB se caractérise par une hépatite aiguë, le plus souvent sans symptômes et une hépatite chronique. La prévalence de l'infection est faible en Europe de L'Ouest, L'Australie et Amérique du Nord où la fréquence du portage étant comprise entre 0,1-0,5%. Cette prévalence est très élevée en Afrique tropicale et en Asie du Sud-ouest où la fréquence du portage chronique peut atteindre 20% de la population [6]. En Côte d'Ivoire, la séroprévalence de l'Ag HBs était estimée à 9% de la population générale [7]. Au Mali la prévalence de l'infection est déterminée à travers des études parcellaires. Le taux de prévalence de l'hépatite virale B est estimé entre 15% et 17% d'après plusieurs études qui ont concerné des populations restreintes à risque comme les donneurs des sang, le personnel de laboratoire d'analyses biomédicales, le couple mère-enfant, contre 4% à 5% pour hépatite C [9 ;10]. Ainsi en 2014 chez les patients dépistés à l'hôpital Gabriel Touré la prévalence était estimée à 18,3% avec un taux de couverture vaccinale de 25,7% des enfants selon EDSM III [11 ;12]. La fréquence de la transmission verticale est courante chez les femmes asymptomatiques qui ignorent leur état de porteur [2] . Portant il existe pour le VHB depuis plus de 20 ans une prophylaxie efficace par la vaccination.

La pratique de la vaccination confère une immunité constante et solide vis-à-vis du virus de l'hépatite B et depuis 2001, elle apparait introduite dans le paquet du PEV destiné aux enfants.

Il est admis que les pratiques en matière de prévention d'une maladie sont généralement liées au niveau de connaissance sur cette dernière et de sa prise en compte. La vaccination n'est pas courante dans la population générale hormis les enfants ayant bénéficié du PEV. De ce fait les individus ignorent le plus souvent leur statut sérologique vis-à-vis du VHB. Devant la fréquence des hépatopathies associées soient 55% dont l'issue est le plus souvent fatale et la morbidité fréquente des infections chroniques du VHB, il nous a paru opportun de conduire une étude afin d'évaluer le niveau de connaissances et de prévention auprès des consultants dans un centre de santé extrahospitalier. Nous avons ainsi entrepris cette étude au CS Réf CIV

## **II. OBJECTIFS :**

### **1 - OBJECTIF GENERAL :**

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques de populations adultes consultantes à propos de l'hépatite B au CSRef C IV du district de Bamako

### **2-OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Apprécier les connaissances de populations consultantes au CSRef CIV sur les aspects cliniques, étiologiques, et préventives de l'infection virale B ;
- Décrire leurs pratiques devant un signe fréquemment rencontré au cours de la maladie
- Déterminer les pratiques en matière de vaccination contre l'hépatite virale B

### III. GENERALITES [ 14, 15, 16, 17, 18,19, 20, 21, 22, 23, 24]

**1. Définition:** l'hépatite virale B est définie par une atteinte Inflammatoire du parenchyme hépatique associée à une nécrose hepatocyttaire et parfois une cholestase due à un virus alphabétique B ou virus hépatotrope B (plus ou moins associée au D) [14, 15,16]

#### 2. Caractéristiques épidémiologiques du VHB

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

Elle comporte les éléments suivants :

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

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

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

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

- La région S précédée de régions pré S1 et pré S2 : codant pour l'enveloppe antigène HBs de surface (Ag HBs).
- La région C codant pour la capsid antigène HBc et Antigène HBe.
- La région P codant pour l'ADN polymérase qui assure la réplication virale.
- La région X qui a probablement une action dans la transaction de la réplication du virus de l'hépatite B.

- L'enveloppe extérieure du virus contient des protéines qui protègent la structure virale, et lui permettent de pénétrer dans les cellules cibles. Ces particules ne sont pas infectieuses et sont composées de lipides et de protéines qui font partie de la surface du virion qu'on appelle l'antigène de surface (AgHBs) et qui est produit en excès pendant la durée de vie du virus. La longueur du génome varie selon le sous type du virus de l'hépatite B. Il existe quatre (4) sous types dont la prévalence varie en fonction des régions. Un déterminant antigénique est commun aux différents sous types. Deux paires de déterminants exclusifs sont associées au déterminant « a » définissant les sous types suivants : adw, adr, ayw, ayr. Les déterminants sont liés à des mutations nucléotidiques d'une région immunologiquement compétente de l'antigène HBs [16]

### **3-Modes de transmission :**

L'infection par le virus de l'hépatite B est due à un virus qui provoque des lésions inflammatoires du foie. La contamination se fait surtout de la mère à l'enfant lors de l'accouchement ; ou par voie sexuelle, mais également par voie sanguine (aiguilles contaminées notamment chez les toxicomanes ; lors de tatouages ou de piercing...). Le virus est fortement contagieux, 100 fois plus que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y aurait 350 millions de porteurs du virus de l'hépatite B dans le monde. Les zones de forte endémicité concernent principalement le continent africain et l'Asie du Sud-est [18].

Dans les zones de faible endémicité, la transmission se fait généralement à l'âge adulte par voie sexuelle ou par le sang. L'infection par le virus B touche surtout les groupes à risque comme : les homosexuels, les toxicomanes intraveineux, les hémodialysés, les hémophiles, le personnel de santé. Les principaux modes de transmission du virus de l'hépatite B sont : la voie parentérale, la voie sexuelle, la transmission mère- enfant, la transmission communautaire. La transmission du virus de l'hépatite B est essentiellement parentérale. Une contamination familiale non sexuelle par contact intime ou parentéral a été également observée [16].

### **3-1-La transmission parentérale :**

La transmission sanguine est un mode de transmission de l'infection par le virus de l'hépatite B par manque de technique adéquate de dépistage du virus de l'hépatite B chez les donneurs de sang. La transmission est aussi parentérale par exposition percutanée ; par toxicomanie intraveineuse ; par accident d'exposition au sang (piqûre par un matériel mal stérilisé). D'autres modes de contamination parentérale existent comme la contamination accidentelle du personnel de santé, l'excision, les scarifications et les tatouages [14].

### **3.2-La transmission sexuelle :**

L'hépatite B est une infection sexuellement transmissible. La transmission sexuelle du virus de l'hépatite B est démontrée. Le virus de l'hépatite B se transmet facilement par des rapports sexuels non protégés avec une personne porteuse de l'antigène du virus de l'hépatite B. Le risque de contamination par voie sexuelle peut varier de 30 à 80%. Le risque augmente avec le nombre de partenaires sexuels, les années d'activité sexuelle, les autres infections sexuellement transmissibles (IST) et le type de rapports notamment les rapports anaux réceptifs [20,21].

La contamination peut se faire de la femme vers l'homme ou de l'homme vers la femme. La transmission sexuelle explique la prévalence élevée des marqueurs du virus de l'hépatite B dans le sérum des sujets ayant des partenaires sexuels multiples chez les homosexuels mâles (prévalence cependant moindre depuis les années 1980 en raison de l'usage plus important des préservatifs, à cause de la pandémie VIH sida [23,16, 19].

### **3.3-La transmission verticale ou materno-fœtale:**

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

La transmission verticale du virus de l'hépatite B de la mère à l'enfant est due à l'exposition du nouveau-né aux sécrétions maternelles lors du passage dans la filière génitale ou pendant la période néonatale [21]. Il semble exister un passage transplacentaire du virus de l'hépatite B qui entraîne une immuno- tolérance chez le nouveau- né. Celui-ci devient porteur chronique

du virus de l'hépatite B. En France, le dépistage du virus de l'hépatite B est obligatoire chez la femme enceinte. Si ce dépistage est positif, une sérovaccination de l'enfant sera réalisée à la naissance [20, 22,23].

### **3.4-La transmission horizontale non sexuée:**

L'infection par le virus de l'hépatite B chez les enfants de mères séronégatives pour le virus de l'hépatite B, est courante dans de nombreuses régions du monde. Il existe aussi une contamination horizontale d'enfant à enfant. Chez l'adulte comme chez l'enfant, bien qu'une transmission parentérale par objets usuels (rasoirs, brosses à dents, couteau etc.) soit possible, le contact étroit par échange de liquides organiques comme la salive peut jouer un rôle important. La transmission nosocomiale est également possible par des pratiques non hygiéniques et des gestes invasifs [20].

L'infection par le virus de l'hépatite B est fréquente. On estime qu'environ 5% de la population mondiale est porteuse chronique du virus de l'hépatite B (environ 300 millions d'individus) [13,16].

### **3.5-Prévalence de l'hépatite virale B :**

Il existe trois zones d'endémicité :

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

Dans la région hyper-endémique comme l'Asie ou l'Afrique noire, la transmission du virus a lieu à la naissance ou pendant l'enfance. Lorsque la mère est atteinte d'une infection chronique avec multiplication virale, le risque de transmission au nouveau né est important (90%). Lorsque le nouveau né est infecté, il devient le plus souvent porteur chronique (90%).

Dans les régions de faible endémicité comme l'Europe ou l'Amérique du Nord, l'infection par le virus de l'hépatite B touche moins de 1% de la population.

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

### **3.6. Physiopathologie:[14, 15, 16,20]**

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

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

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

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

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

**- la deuxième phase ou phase de séroconversion HBe:** qui survient en général après quelques années d'évolution, correspond à une augmentation de la réponse immunitaire et à une diminution de la répllication virale. Il existe à cette phase des signes d'activités biologique (hypertransaminasémie) et histologique (hépatite chronique active avec nécrose et

inflammation). Dans cette phase, l'antigène HBe est encore présent sans anticorps anti-HBe, mais les taux ADN viral et de DNA polymérase diminuent dans le sérum.

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

Deux ordres d'évènements restent possibles :

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

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

#### **4. Les signes [16]**

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

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

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

##### **4.2 Le début ou phase pré-ictérique :**

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

- Un syndrome pseudo-grippal avec : une asthénie souvent intense, une fièvre en règle modérée à 38°-38°5 avec parfois des frissons, des myalgies, des arthralgies et des céphalées.

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

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

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

##### **Les signes généraux**

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

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

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

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

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

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

L'échographie abdominale : elle est systématique et est en général normale, en particulier sans dilatation des voies intra et/ou extrahépatiques sans thrombose des veines sus-hépatique.

\*Les autres examens : La NFS (numération formule sanguine) : qui montre une leucocytose normale, ou parfois neutropénie.

L'électrophorèse des protides : qui peut montrer une hypergammaglobulinémie polyclonale modérée (sans grand intérêt).

#### **4.4 L'évolution**

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

#### **4.5. Les formes cliniques [14, 23, 20]**

##### **Les formes chroniques**

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

##### **Données histologiques**

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

-La nécrose hépatocytaire est focale à prédominance périportale. La nécrose, lorsqu'elle intéresse les hépatocytes de la lame bordante (c'est-à-dire les hépatocytes situés au contact de l'espace porte) s'appelle nécrose parcellaire (ou piecemeal necrosis) ; et si elle intéresse des

traversées d'hépatocytes réunissant un espace porte et une veine centrolobulaire s'appelle nécrose en pont (bridging necrosis)

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

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

-Plusieurs indices évaluent de manière semi- quantitative les lésions histologiques dues aux virus des hépatites B, et C. Le plus utilisé sur le plan international est le score de knodell. Quatre items sont alors pris en compte : 1. Nécrose périportale/nécrose en pont. 2. Nécrose intralobulaire. 3. Infiltra inflammatoire portale, 4.fibrose.

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

### **Les formes asymptomatiques :**

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

### **Les formes anictériques :**

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

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

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

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

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

Les phosphatases alcalines et les Gamma Glutamyl Transpeptidase sont franchement élevées.

**Les formes avec manifestations extra hépatiques:**

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

**Les formes fulminantes :**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Les formes de l'immunodéprimé**

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

**La Co-infection VHB /VHD :** La surinfection par le VHD d'une infection chronique déjà établie par le VHB induit une hépatite aiguë plus sévère qu'en cas de coinfection concomitante par les deux virus (Dubois et al 1990).

## **4.6. Diagnostic [16]**

### **Diagnostic positif :**

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

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

L'augmentation des transaminases est habituellement supérieure à 10 fois la valeur supérieure de la normale, la bilirubinémie à prédominance conjuguée est augmentée dans les formes ictériques.

Le TP est le reflet des capacités de synthèse hépatique.

#### **4.7. Diagnostic différentiel :**

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

**4.7.2Hépatites alcooliques :** L'élévation des transaminases est moins importante, dépassant exceptionnellement 10 fois la limite supérieure de la normale et porte surtout sur les ASAT. Il existe également une élévation franche de la GGT et une macrocytose.L'interrogatoire doit rechercher une notion d'imprégnation éthylique et la biopsie hépatique confirme le diagnostic.

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

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

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

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

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

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

#### **4.7.9-Les virus systémiques, les toxiques**

### **5. Le traitement : [19,21, 22,24]**

#### **5.1. Le traitement curatif**

##### **5.1.1. Buts**

- Obtenir une suppression de la réplication du VHB
- Obtenir une amélioration des lésions histologiques
- Obtenir une réponse virologique prolongée”, c’est-à-dire une charge virale maintenue à un niveau suffisamment bas pour qu’il n’y ait plus de progression de l’atteinte hépatique.
- Eviter des gestes agressifs

##### **5.1.2. Les moyens et méthodes :**

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

-

##### **-Les médicaments**

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

##### **Les analogues nucléos(t)iques :**

Certaines molécules des nucléosides entravent la multiplication du virus en inhibant la transcriptase inverse du VHB, mais elles n'ont qu'une action « suspensive » de la multiplication virale. Tant qu'elles sont administrées, ces molécules empêchent la multiplication du virus, mais si on arrête le traitement, la multiplication virale reprend et la rechute peut être grave : apparition d'une insuffisance hépatique. Le traitement par nucléosides est donc, à priori, d'une durée indéfinie. L'inconvénient est le risque d'émergence

d'un VHB mutant résistant au nucléoside employé ; ce risque croît avec la durée d'utilisation des nucléosides.

**Les analogues nucléosidiques sont :**

• **La lamivudine ou 3TC (Zeffix®, Epivir®) :**

Le 3TC est le plus ancien des nucléosides inhibiteurs de la polymérase du VHB, également efficace sur la transcriptase inverse du VIH, elle est utilisée à la dose de 100 mg par jour pour le traitement de l'hépatite B (contre 300 mg par jour dans le traitement du VIH). Elle à une activité antivirale d'une part contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont l'autorisation de mise sur le marché en 1995 sous forme de Epivir comprimés de 150mg et d'autre part contre le virus de l'hépatite B dont l'autorisation de mise sur le marche (AMM) en fin 1999 sous forme de Zeffix, Comprimés dosés à 100mg à la posologie d'un comprimé par jour. Sous 3TC, l'ADN du VHB baisse rapidement, mais des mutations sont présentes.

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

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

• **L'emtricitabine (Emtriva®):**

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

• **La Vidarabine phosphate:**

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

## **Les analogues nucléotidiques sont :**

### **• L'adéfovir (Hepsera®):**

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

### **• Le ténofovir (Viread®):**

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

## **Les combinaisons thérapeutiques**

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

- En cas de charge virale inférieure à 10000 copies/ml et transaminases élevées: c'est le cas des patients ayant déjà, spontanément une réponse immune, l'interféron pégylé, qui va renforcer cette réponse immune, doit, là, être envisagé en première intention. En effet, dans cette situation, un traitement de durée définie peut induire une rémission prolongée.

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

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

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

- Résistance à la lamivudine : la meilleure option est d'ajouter l'adéfovir ou le ténofovir, dès l'augmentation de la charge virale et avant même la remontée des transaminases. Le passage de la lamivudine à l'entecavir n'est pas conseillé chez ces patients, compte tenu de la résistance croisée entre la lamivudine et l'entecavir et du risque de sélection de mutants résistant à la fois à l'entecavir et à la lamivudine qui atteint environ 30% des patients après 3 ans de traitement.

- Résistance à l'entecavir : soit lors d'un premier traitement, soit après un échec de lamivudine, les premières études indiquent que l'adéfovir et le ténofovir sont efficaces pour contrôler la charge virale chez ces patients ayant présenté une résistance à l'entecavir.

- Résistance à l'adefovir : en fonction du profil de mutations, on peut conseiller soit l'ajout de la lamivudine, soit l'ajout de l'entecavir tout en continuant l'adéfovir, dès la remontée de la charge virale, soit le relais par ténofovir.

## **L'interféron :**

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

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

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

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

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

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

Les contre-indications sont :

- Thrombopénie (<50000plaquettes/mm<sup>3</sup>)
- Neutropénie (<1000polynucleaires neutrophiles/mm<sup>3</sup>)
- Cirrhose décompensée avec insuffisance hépatocellulaire sévère et/ou complications (ascite, encéphalopathie, hémorragie digestives)
- Insuffisance rénale avec clairance de la créatinine (<50ml/min)
- Hypersensibilité à la substance active ou à tout autre interféron ou l'un des excipients.
- Epilepsie non contrôlée
- Dépression non contrôlée ou psychose sévère actuelle

- Transplantation d'organe à l'exception du foie
- Hépatite auto-immune
- Grossesse, allaitement
- Troubles thyroïdiens préexistants sauf s'ils peuvent être contrôlés par un traitement conventionnel

Les effets secondaires de l'interféron peuvent être :

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

### **La transplantation hépatique :**

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

### **5.1.3. INDICATION**

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

**Hépatite fulminante :** transplantation

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

\* ou analogues nucléos(t)idiques

**Cirrhose :**

\*si ADN détectable

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

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

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

## **5.2. Le traitement préventif :**

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

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

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

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

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

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

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

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

- Le personnel de santé
- Les toxicomanes intraveineux
- Les sujets à partenaires sexuels multiples
- Les malades polytransfusés
- Les personnes exposées aux dérivés du sang
- Les immunodéprimés
- L'entourage de porteurs chroniques du VHB

- Les nouveaux nés de mère porteuse chronique de l'antigène HBs

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

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

### **Dépistage systématique des donneurs de sang**

-Eviction des donneurs porteurs de l'Ag HBs et/ou de l'Ac anti-HBc et/ou de transaminases élevées avant tout don de sang

-Utilisation de matériel jetable et désinfection du matériel souillé non jetable

## **IV. METHODOLOGIE :**

### **1 - Cadre et lieu d'étude :**

Notre étude a été réalisée dans le service de Médecine du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

### **2- Données géographiques :**

La commune IV couvre une superficie de 37,68 Km soit 14,11% de la superficie du district de Bamako. Elle est limitée :

-A l'Ouest par la limite Ouest du district qui fait frontière avec le cercle de Kati,

-A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III

-Au sud le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (Source PUS CIV Mars 2001)

### **3- Données Sociodemographiques :**

La population totale de la commune IV en 2014 est estimée à 357792 habitants dont 51% sont des hommes et 49% des femmes.

La Commune IV représente 16% de la population totale du district de Bamako. Le quartier de Lafiabougou est le plus peuplé avec 69 698 habits, le moins peuplé est Lassa avec 4649 hts. La densité de la population est de 9495 hts par km<sup>2</sup>. La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV à savoir : Bambaras, Soninkés, Malinkés, Peuhls, Sonrhais, Sénoufo, Bobos, Bozos, Mianka ; et les ressortissants d'autres pays (Source DNSI, recensement 2009)

### **4- Les Structures Sanitaires :**

Au total, le territoire de la Commune IV est couvert par 10 aires de santé de niveau 1 et une structure communautaires de niveau 2 ; dont une non fonctionnelle : CS Hamdallaye.

#### 4.1- Structures communautaires de niveau 1 :

Tableau I : liste des aires de santé de la Commune IV en fonction de l'année de création et de la distance au CS Réf CIV

Nom Aires	Date de création	Distance CSC om /CS Réf (en km)
ASACOSEK	Janvier-91	5,5
ASACOLA I	Février-97	1,5
ASACOLA B5	Décembre-97	2
ASACOLA II	Juillet-98	1
ASACODJIP	Juin-99	7,5
ASACOSEKASI	Novembre-01	7,5
ASACOLABASAD	Novembre-01	10
ASACODJENEKA	Novembre-05	8
CSHAMDALLAYE	1986	4
ASACOHAM	Avril- 06	6

Tableau II : répartition des structures privées de santé en fonction du type dans la commune IV en 2011 :

Type A	Type B	Type C	Type F
Stoma dent	Serment	Maharouf	Diassa Missa
Molo	Lac Télé	Lafia	Croix Du Sud
Bien Etre	Kabala	C Helal D'Iran	Jigi
Moctar Thera	Faran Samaké	Eureka	Mande Keneya
Yeelen	Fraternité	Espérance	C SF,
CS Demewale	CMCR Pasteur		AMALDEME
CM Dily	Effica Santé		CM. Niana
CM Magnene	Luxembourg		Centre Islamique
CM Sigui	C Méd. Diakité		INF Orange
CM Keneya Ton	Defi Santé		
CM Mande	Dédié		
Vision Santé	Acti-santé		
Islamique Relief San	Djiguiya		
Guérison	Mandé Keneya		
N'Didi Moussa			
Diassa Missa			
Bah Bintou			

a=cabinet de consultation, b=clinique médicale, chirurgicale et d'accouchement, c=clinique médicale, f= cabinet de soins (physiothérapie, kinésithérapie soins infirmier).

Au total dans la commune il existe 37 structures privées de santé.

**4.2- Structures communautaires de 2<sup>ème</sup> niveau :** représentées par le Centre de Santé de Référence de la Commune IV (CS Réf CIV).

Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou.

Il a d'abord été Protection Maternelle et Infantile (PMI) à sa création (en 1981) érigé en CS Réf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

**Les locaux :** le CS Réf C IV comprend :

- 2 bureaux de consultation gynécologique,
- 2 bureaux de consultation médicale,
- 2 salles de consultation pédiatrique,
- 1 bureau de consultation ophtalmologique,
- 1 salle des urgences,
- 2 salles d'interventions chirurgicales,
- 1 salle d'accouchement,
- 2 blocs d'hospitalisation,
- 5 salles pour la gynécologie obstétrique avec 18 lits dont une salle VIP,
- 2 salles pour la chirurgie générale avec 6 lits dont une salle VIP,
- 3 salles pour la médecine et la pédiatrie,
- 1 salle pour l'ophtalmologie avec 4 lits.
- 1 salle avec une toilette pour le major et son adjointe de la gynécologie,
- 1 salle pour les infirmières de la gynécologie,
- 1 salle pour le major et les infirmières de la médecine.
- 1 unité de consultation prénatale,
- 1 unité de consultation postnatale,
- 1 unité de consultation ORL,
- 1 cabinet dentaire,
- 1 laboratoire,
- 1 DAT,
- 1 USAC,
- 2 salles de soins infirmiers,
- 1 morgue
- 1 Salle d'échographie
- 
- **Personnel** : le CS réf CIV emploie :
  - 5 médecins gynécologues obstétriciens,
  - 1 médecin ophtalmologiste,
  - 2 médecins pédiatres, dont le médecin chef du centre,

- 8 médecins généralistes,
- 25 sages-femmes,
- 4 assistants anesthésistes réanimateurs,
- 10 techniciens supérieurs,
- 2 assistants de laboratoire,
- 2 assistants en odontostomatologie,
- 10 aides-soignants,
- 1 gérante de pharmacie,
- 4 Techniciens de surface,
- 3 chauffeurs,
- 4 comptables.

**Remarque :** A ce personnel, s'ajoute un nombre variable selon les périodes de Thésards et de CES de gynéco-obstétrique (médecin en spécialisation) qui jouent un rôle important dans le fonctionnement du CS Réf CIV.

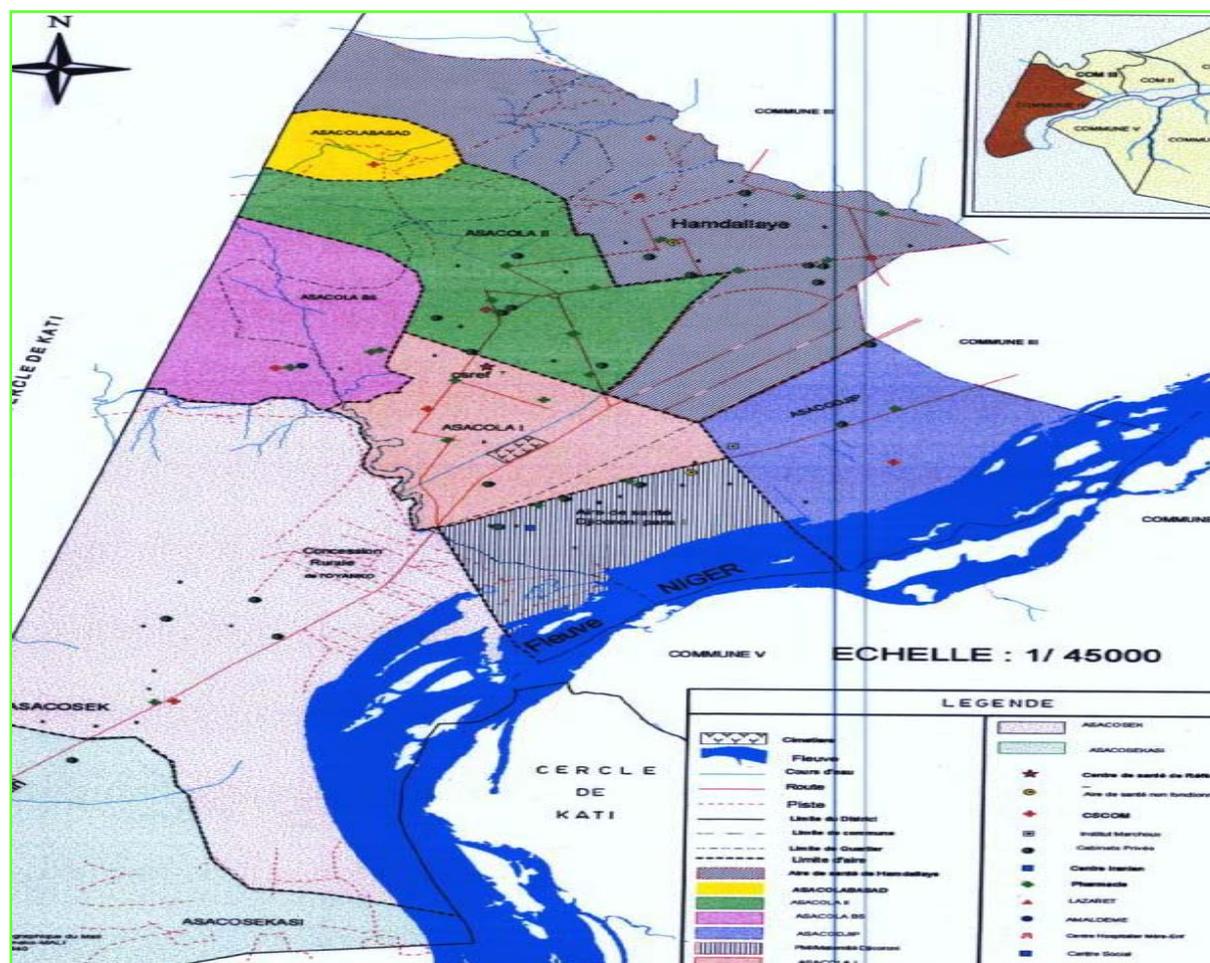
#### **4.3- Fonctionnement :**

Le CS Réf CIV est permanemment fonctionnel avec une équipe de garde composée de :

- gynécologue ;
- 01 Médecin généraliste ;
- 02 Thésards qui sont des étudiants en médecine en fin de cycle ayant des thèses au CS Réf CIV ;
- 01 Sage-femme et 01 infirmière qui sont remplacées toutes les 12 heures ;
- 05 infirmiers respectivement pour la salle de perfusion et les salles d'hospitalisation de la chirurgie, gynécologie, médecine, et pédiatrie ;
- 01 technicien supérieur en Anesthésie ;
- 01 technicien de Laboratoire ;
- 01 gestionnaire pour la pharmacie et les tickets de consultation ;
- 01 chauffeur d'ambulance ;
- 02 garçons de salle assurant la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de : 01 table de consultation, 01 table gynécologique, 03 tables d'accouchement, 02 salles d'intervention chirurgicales, 01 stock de sang et 01 pharmacie.

**Les Centres de recherche :** représentés par le Centre National d'Appui à la lutte.



**Figure1** : Carte sanitaire de la commune IV du district de Bamako (PUS CIV Mars 2001).

### 5- Type et période d'étude :

Notre étude était de type CAP à collecte transversale et prospective en un seul passage allant de Mars à Mai 2014.

### 6-Population d'étude :

Notre étude a concerné toute la population adulte consultant dans le CS Réf CIV au moment de l'enquête quelque soit le profil et les motifs de consultations

### **7.1 Critères d'inclusion :**

Il s'agit des patients :

- ✓ Agés de 18 ans et plus des deux sexes ;
- ✓ Ayant consulté et résidant habituellement en commune IV ;
- ✓ Ayant consulté en possession de toutes ses facultés mentales
- ✓ Dont l'état clinique permet de comprendre le questionnaire et répondre aux questions
- ✓ Ayant accepté de participer librement et volontairement à l'enquête

### **7.2 : Critères de non inclusion :**

- ✓ N'avaient pas été inclus dans notre étude :
- ✓ -Toute personne d'âge inférieur à 18 ans,
- ✓ -Habitant dans d'autres communes,
- ✓ -Refusant de participer librement à notre enquête
- ✓ -Dont l'état clinique ne permet pas la participation à l'étude

## **8-TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNEES :**

Notre étude s'est déroulée comme suite :

Etape 1 : validation de protocole par le directeur de thèse et le Médecin chef de la commune IV.

Etape 2 : Elaboration de questionnaire testé, amendé, validé.

Etape 3 : Enquête proprement dite.

Nous avons procédé par l'interview directe de chaque participant. Le questionnaire ou guide était traduit par le thésard en langue Bambara et les réponses étaient transcrites en Français. L'entretien était semi directif.

## **9-SUPPORT DE DONNEES :**

Un questionnaire à été élaboré .Ce questionnaire comportait :

-L'identification du sujet (nom, prénom, sexe, âge, profession)

-Connaissance sur l'hépatite virale B

-Attitude et pratique à propos de l'hépatite virale B

## **10-CONSIDERATION ETHIQUE :**

Avant le début de l'étude le médecin chef a été informé verbalement ainsi que les autres acteurs (responsable de l'unité de médecine, surveillant général).la participation était libre et volontaire, nous leurs avons expliqué le but et tout l'intérêt de l'enquête .C'est après l'obtention du consentement que l'interview du participant était faite. Les données ont été collectées et saisies de manière à respecter l'anonymat des participants.

## **11. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES :**

Les informations transcrites à partir des données recueillies auprès des participants à notre enquête et les questionnaires ont été saisies dans une base de données et analyse à l'aide du logiciel Epi version 6

-le calcul des fréquences a permis la description des variables qualitatives.

-la distribution des variables quantitatives a été décrite par la moyenne, l'écart type et les valeurs extrêmes.

-les variables mesurées étaient relatifs aux données sociodémographiques (âge, sexe, profession, ethnie, provenance), les donnés de l'anamnèse (CAP à propos de l'hépatite B).

## **12-définitions opérationnelles :**

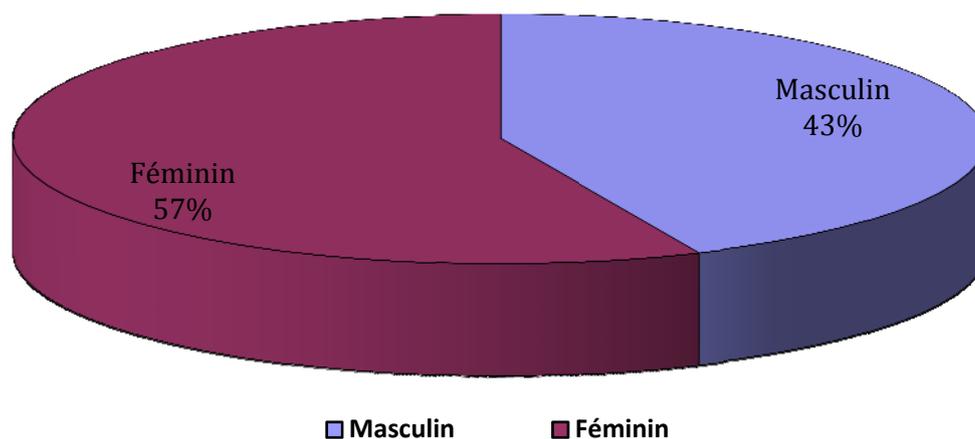
➤ **connaissances** : les connaissances sont définies comme un ensemble des informations acquises par des personnes sur une question de sante donnée. elles permettent à chaque personne de cerner son niveau de vulnérabilité face à cette question. elles portent tant sur la capacité pour une personne à définir le concept étudié, mais aussi a énoncer les différents éléments qui le constituent tels la prévention, la transmission, le traitement.

- **ATTITUDES** : Déterminer les attitudes d'une cible, c'est mettre en œuvre un dispositif d'observation anthropologique des perceptions, des croyances, des représentations, et des motivations face à un phénomène.
- **PRATIQUES** : Les pratiques sont des actes réels accomplis par la personne en situation, dans son contexte

## V.RESULTATS

Dans le CSRéf CIV nous avons enregistré un total de 3140 consultations tout âge confondu dont 815 adultes dans le service de médecine générale .Notre étude a porté sur 300 participants soit 36% ayant consulté dans le dit service du 1<sup>er</sup> mars au 31 mai 2014.

### 1. Données sociodémographiques



**Figure 1 :** Représentation graphique selon le sexe

Les femmes étaient les plus représentées avec 56,7%.

Le sex- ratio ( F/H) était de 1,32 en faveur des Femmes.

**Tableau III :** Répartition des patients selon les quartiers de résidence de la commune

Résidence	Effectifs	Pourcentage (%)
Lafiabougou	200	65,7
Djicoroni para	41	13,7
Sébénicoro	34	11,3
Hamdallaye	25	8,3
Total	300	100

La majorité des participants 65,7% résidaient dans le quartier de lafiabougou.

**Tableau IV : Répartition des patients selon les tranches d'âges**

Tranches d'âge	Effectifs	Pourcentage (%)
18 – 28 ans	132	44
29 – 39 ans	92	30,7
40 – 59 ans	70	23,3
60 ans et plus	6	2
Total	300	100

La majorité de nos patients avait un âge compris entre 18 et 28 ans avec 44%.

L'âge moyen de notre population était  $32 \pm 11$  ans.

**Tableau V : Répartition des patients selon leur niveau d'étude**

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage (%)
Primaire	99	33
Analphabète	73	23,4
Secondaire	70	23,3
Supérieur	36	12
Médorsa	13	4,3
Coranique	9	3
Total	300	100

Dans notre série, 33% des patients avaient fréquenté le niveau d'étude primaire ; 23,4% des patients était non alphabétisés et 23,3% pour le niveau secondaire.

**Tableau VI : Répartition des patients selon leur statut matrimonial**

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentage (%)
Marié	219	73
Célibataire	64	21,3
Divorcée	10	3,4
Veuf(e)	7	2,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients était mariée avec un taux de 73%.

**Tableau VII : Répartition des patients selon leur occupation**

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Femme au foyer	105	35
Fonctionnaire d'état civile	51	17
Elèves/étudiants	48	16
Commerçant	46	15,2
Ouvriers	35	12
Manœuvres	7	2,2
Artistes	5	1,6
Cultivateurs	3	1
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

La majorité des patients soit 35% était les femmes au foyer.

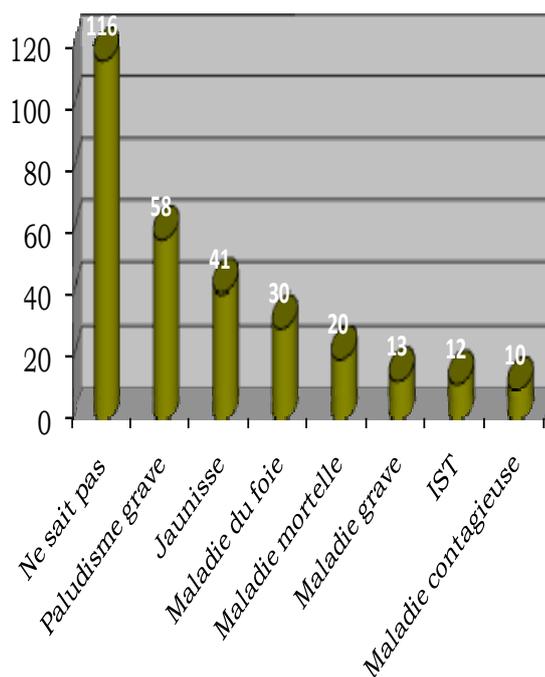
## 2. Connaissances et perception sur l'Hépatite virale B

**Tableau VIII: Répartition des participants selon qu'ils aient entendu parler de l'hépatite virale B**

Avez-vous entendu parler de l'hépatite B	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	232	77,3
Non	66	22
NSP	2	0,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Dans notre série 77,3% de nos patients avaient entendu parler de l'hépatite B, et 22% n'ont jamais entendu parler de l'hépatite virale B.

*Effectif*



*Définition*

**Figure 2 :** Représentation graphique de la définition donnée par les consultants.

La majorité de nos sujets soit 38% ne sait pas définir l'hépatite virale B

**Tableau IX : Connaissances des participants par rapport aux manifestations de l'hépatite virale B**

Manifestation du VHB	Effectifs	Pourcentage (%)
Fièvre+ictère+douleur abdominale	162	54
NSP	101	33,8
Ictère	16	5,3
Fatigue+nausée et vomissement+douleur abdominale	15	5
Fièvre	2	0,7
Douleur abdominale	1	0,3
Nausée et vomissement	1	0,3
Fatigue	1	0,3
Maladie asymptomatique	1	0,3
Total	300	100

NSP :ne sait pas

Parmi les symptômes cités, l'association fièvre+ l'ictère+ la douleur abdominale ont représenté 54% contre 5,3% pour l'ictère isolé

**Tableau X : Répartition des participants selon les sources d'informations sur l'hépatite virale B**

Source d'infos sur l'hépatite B	Effectifs	Pourcentage (%)
Causerie débat	130	43,3
NSP	73	24,3
Campagne de vaccination	38	12,8
Radios	27	9
Ecoles	19	6,3
TV	7	2,3
Campagne de dépistage	6	2
Total	300	100

NSP : ne sait pas

Dans notre série, 43,3% des patients avaient été informés au cour des causeries par des personnes ressources sur l'hépatite virale B.

**Tableau XI : Connaissances sur la guérison de l'hépatite virale B**

<b>L'hépatite B est elle guérissable ?</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	138	46
NSP	120	40
Non	42	14
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

NSP :ne sait pas

Dans notre série 46% de nos sujets pensaient que l'hépatite virale B était guérissable.

**Tableau XII : Répartition des participants sur l'existence de traitement contre virale l'hépatite B**

<b>Existence de traitement contre l'hépatite B</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
NSP	166	55,2
Traitement traditionnel et médical	45	15,2
Traitement traditionnel	43	14,3
Traitement médical	40	13,3
Vaccination	6	2
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des personnes enquêtées soit 55,2% ne savaient pas qu'il existe un traitement contre l'hépatite virale B.

**Tableau XIII : Connaissances sur les complications du VHB.**

<b>L'hépatite B peut-elle donnée des complications ?</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	190	63,3
Ne sais pas	62	20,7
Non	48	16
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Dans notre série 63,3% pensaient que le VHB peut donner des complications

**Tableau XIV : Répartition de la réponse selon que la contagion de VHB à lieu au décours de contact sexuel non protégé du porteur ?**

<b>Peut-on avoir l'hépatite B par le contact non protégé du porteur ?</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
NSP	123	41
Oui	91	30,3
Non	86	28,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Dans notre série 41% ne savaient pas que l'hépatite virale B peut être transmise par contact sexuel non protégé du sujet malade.

**Tableau XV: Connaissance de la gravité et de la mortalité de l'hépatite virale B**

<b>L'hépatite B est quelle sorte de maladie ?</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Grave et mortelle	204	68
NSP	83	27,7
Grave	7	2,3
Grave non mortelle	6	2
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Dans notre échantillon 68% affirmaient que l'hépatite virale B est une maladie grave et mortelle.

**Tableau XVI : Connaissances par rapport aux voies de transmission du VHB**

<b>Les voies de transmission du VHB</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Voie sexuelle	130	43,3
NSP	78	26
Par la salive	38	12,7
Voie sanguine	34	11,3
Voie verticale	20	6,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

NSP : ne sait pas

La voie sexuelle a été la plus citée avec 43,3% des cas.

**Tableau XVII : Répartition des patients selon leur expérience de la maladie**

Connaissance d'un cas d'hépatite B ?	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	170	56,7
Oui	130	43,3
Total	300	100

43,3% des participants avaient déjà vu un cas l'hépatite virale B.

**Tableau XVIII: Répartition selon l'évolution clinique des cas avérés d'hépatite virale B**

Evolution des cas connus	Effectifs	Pourcentage (%)
Guéri	59	45,4
Décédé	47	36,1
NSP	14	10,8
Perdue de vue	7	5,3
Trouble de mémoire	2	1,5
Traitement en cours	1	0,9
Total	130	100

Au cours de notre enquête ; 36,1% des cas d'hépatite virale B vus par les patients étaient décédés des suites de leur hépatite virale B. Par contre ;45,4% étaient guéris des cas qu'ils avaient vus

**Tableau XIX : Répartition selon les structures de PEC de l'hépatite virale B connus**

<b>Service de prise en charge de l'hépatite B ?</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Ne sais pas	201	67
Structures sanitaires	79	26,3
A domicile	20	6,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Au cours de notre étude, 67% des consultants ne savaient pas le lieu de traitement et 26,3% des participants savaient qu'on traitait l'hépatite virale B dans les structures sanitaires.

**Tableau XX : Répartition des participants par rapport à l'existence des moyens de prévention du VHB**

<b>Possibilité de Prévention</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	192	64
Non	7	2,3
Ne sait pas	101	33,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des participants (64%) savaient qu'il existe un moyen de prévention contre l'hépatite virale B

**Tableau XXI : Répartition selon les moyens de prévention connus du VHB**

<b>Moyens de prévention de l'hépatite B</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Vaccination	82	27,4
Décontamination des objets souillés	36	12
Dormir sous moustiquaire	33	11
Dépistage du VHB	33	11
Lavage des mains	4	1,3
Rapport sexuel protégé	4	1,3
NSP	108	36
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Dans notre série les 27,4% des consultants savaient qu'il existe un vaccin qui protège contre l'hépatite virale B.

**Tableau XXII : Répartition des patients par rapport à leur immunisation personnelle contre le VHB**

<b>Êtes – vous vacciner contre l'hépatite B</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Non	198	66
Ne sait pas	76	25,3
Oui	26	8,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Dans notre série, 66% de nos participants n'étaient pas vaccinés contre l'hépatite virale B contre 8,6% de vaccinés.

**Tableau XXIII : répartition par rapport au nombre de dose vaccinale reçue contre VHB chez les vaccinés**

Nombre de vaccin reçu contre VHB ?	Effectifs	Pourcentage (%)
1 fois	12	47
2 fois	10	38
3 fois	4	15
Total	26	100

Parmi les participants vaccinés dans notre étude seulement 15% avaient reçus les trois doses de vaccin contre l'hépatite virale B.

**Tableau XXIV : Répartition selon leur connaissance du rythme de vaccination contre VHB**

Rythme de la vaccination contre VHB	Effectifs	Pourcentage (%)
NSP	10	38,5
2 doses	7	27
4 doses	3	11,5
A chaque grossesse	3	11,5
1 seule dose	2	7,7
3 doses	1	3,8
Total	26	100

Parmi les vaccinés 38,4 % des participants n'avaient aucune connaissance sur le rythme de vaccination contre VHB.

**Tableau XXV : Attitudes des participants par rapport au dépistage du VHB**

<b>Avez-vous pensé à vous dépister contre VHB</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Non	267	89
Oui	33	11
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Quatre vingt neuf pour cent des patients n'avaient pas pensé à se faire dépister du VHB et 11% pensaient se faire dépister du VHB.

**Tableau XXVI : Répartition des raisons du dépistage du VHB**

<b>Raisons du dépistage du VHB</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
NSP	267	89
Pour la prévention	23	7,7
Maladie contagieuse	10	3,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

La majorité des participants 89% ne savaient pas l'utilité de se faire dépister du VHB.

**Tableau XXVII : Répartition des raisons de non dépistage du VHB**

<b>Raisons du non dépistage du VHB</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
NSP	267	89
Vaccination	33	11
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

NSP : ne sait pas

Dans notre échantillon 89% n'ont pas de raisons du non dépistage du VHB.

**Tableau XXVIII : Répartition des avis par rapport à l'utilité de vacciner les enfants contre VHB**

Utilité de vacciner les enfants contre VHB	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	191	63,7
Ne sait pas	105	35
Non	4	1,3
Total	300	100

Dans notre série 63,7% des participants pensent que la vaccination permet de protéger contre l'hépatite virale B.

**Tableau XXIX : Répartition des conjoints selon que leurs épouses aient été dépistées du VHB au cours de la grossesse**

Epouses dépistées contre VHB au cours grossesse	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	38	57,5
Oui	13	19,7
Ne sait pas	15	22,8
Total	66	100

Dans notre série, 57% des époux ont affirmé que leurs épouses n'ont pas été dépistées au cours de leur grossesse.

**Tableau XXX : Répartition des résultats du dépistage l'hépatite virale B au cours de leur grossesse**

Résultats du dépistage du VHB au cours de grossesse	Effectifs	Pourcentage (%)
Négatif	9	69,2
Ne sait pas	4	30,8
Total	13	100

Parmi les épouses dépistées au cours de leurs grossesses 69,2% sont revenues négatifs

**Tableau XXXI : Répartition par rapport à l'accessibilité de vaccination à tous les âges de la vie**

Possibilité de la vaccination à tous les âges de la vie ?	Effectifs	Pourcentage (%)
Ne sait pas	193	64,3
Oui	99	33
Non	8	2,7
Total	300	100

Dans notre série 64,3% des consultants ne savaient pas la possibilité de vaccination à toutes les périodes de la vie.

**Tableau XXXI : Répartition des affirmations pour la période d'efficacité du vaccin**

Période d'efficacité du vaccin	Effectifs	Pourcentage (%)
Ne sait pas	274	91,5
10 à 20 ans	10	3,3
5 à 10 ans	8	2,6
0 à 5 ans	8	2,6
Total	300	100

91,5% consultants ne connaissent pas la durée de validité du vaccin contre VHB.

**Tableau XXXII : Répartition selon le désir d'être vacciné contre VHB ?**

Souhait d'être vacciner contre VHB	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	211	70,3
Ne sait pas	83	27,7
Non	6	2
Total	300	100

Les 70,3% ont accepté d'être vacciner contre VHB.

**Tableau XXXIV : Connaissance de la supériorité de contagiosité du VHB par rapport au VIH**

<b>Contagiosité de l'hépatite B par rapport au VIH</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Ne sait pas	133	44,3
Non	131	43,7
Oui	36	12
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Dans notre étude 12% des patients ont affirmé que l'hépatite virale B est plus contagieuse que le VIH ; les 43,3% disent non et 44,3% ne savent pas.

**Tableau XXXV : Connaissance sur l'existence d'une co-infection de l'hépatite virale B et le VIH**

<b>Co-infection de VHB et le VIH</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Ne sait pas	151	50,4
Oui	112	37,3
Non	37	12,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Les cinquante virgule quatre pour cent (50,4%) ne savaient pas sur la possibilité de co-infection avec le VIH.

**Tableau XXXVI : Attitudes face à une exposition au risque de contamination**

<b>Attitudes face à une exposition de risque de contamination</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Consultation médicale	116	38,7
Ne sait pas	115	38,4
Utilisation d'antiseptique	38	12,7
Traitement traditionnel	26	8,7
Vaccination	5	1,5
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Après une exposition à un risque, 38,7% des consultants interrogés faisaient une consultation médicale.

**Tableau XXXVII : comportements des époux vis-à-vis de leurs femmes en cas de portage du VHB**

<b>Comportements des époux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Ne sait pas	44	66,7
Vaccination de la femme	19	28,8
Rapport sexuel protégé	3	4,5
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Parmi les participants 66,7% ne savaient pas ce qu'il faut en cas de VHB chez leurs femmes enceintes et 28,8 ont proposé la vaccination.

**Tableau XXXIIX : Proposition faite par les participants pour la lutte contre VHB**

<b>Propositions de lutte contre l'hépatite B</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Sensibilisations	119	39,7
Ne sait pas	93	31
Vaccination	75	25
Dépistage	10	3,3
Traitement des cas	3	1
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Les 39,7% des sujets ont proposé la sensibilisation comme moyen de lutte contre l'hépatite virale B.

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

La présente étude qui a porté sur les niveaux de connaissances, les attitudes et les pratiques des consultants de l'unité de Médecine du CSRéf CIV du district de Bamako à propos de l'hépatite virale B a concerné 300 consultants du 1<sup>er</sup> mars au 31 mai 2014. Tous les participants ont répondu aux questionnaires.

### **Niveau d'alphabétisation**

Dans notre série 23,4% des patients n'avaient pas été scolarisés. Parmi les scolarisés, 33% avaient un niveau primaire contre 23,3% du niveau d'étude secondaire et 12% pour le niveau d'étude supérieur. Ailleurs au Cameroun, une étude effectuée par Njoya et al [24] rapportait que 36% des participants avaient un niveau primaire, 26% un niveau secondaire et 18% avait atteint un niveau d'étude supérieur. Le niveau d'étude peut être déterminant dans la compréhension des messages d'éducation sanitaire dans le cadre de la promotion de la prévention.

### **Age**

Dans notre échantillon, l'âge moyen était de  $32 \pm 11$  ans. Cette catégorie d'âge, de façon générale, constitue une franche importante active du secteur sanitaire au Mali. Selon Njoya et al [24] l'âge moyen était de  $25 \pm 6$  ans et chez Boutayeb au Maroc [26] ; l'âge moyen des enquêtés était de 27 ans.

### **Sexe**

Dans notre série les femmes étaient les plus nombreuses avec 57% pour un sex- ratio (H/F) de 1,3 en faveur des Femmes. Dans la série de Bouyateb et al au Maroc les femmes représentaient 19% des participants et ceux de Traoré A [11] elles représentaient 59,8%.

## **Connaissances, attitudes et pratique à propos de l'hépatite B**

La majorité des participants dans notre série étaient informés de l'existence de l'hépatite virale B. La proportion de sujets informés sur l'hépatite virale B dans notre échantillon était inférieure à celle rapportée par Boutayeb chez les donneurs de sang au Maroc [26]. Leur connaissance était acquise à travers les médias (9% à la radio, 2,3% à la télévision), 43,3% au cours des causeries ; lors des campagnes de vaccination 12,7% ; à l'école 6,3%, et 2% au cours du dépistage. Malgré les informations parcellaires sur la réalité de l'hépatite virale B 33,7% n'avaient énuméré aucun signe clinique correcte de l'hépatite virale B dans notre étude. Une étude conduite au Maroc a notifié que 40% ne savaient aucun signe [26]. Au Cameroun 82,7% des femmes enquêtées savaient les signes de l'hépatite à virus B [24]

La voie sexuelle a été la voie de transmission la plus citée (43,3%) suivie de la voie salivaire (12,7%), la voie sanguine (11,3%) et la transmission mère-enfant (6,6%). Njoyab et al [24] rapportaient dans leur travail que la transmission sexuelle représente 31,3% suivie de la transmission verticale 25,9%. D'autre part Boutayeb [26] rapportait que la transmission principale était la voie sanguine (71%) suivie de la voie salivaire (26%) et la voie sexuelle (24%).

La complication secondaire hépatique était citée par 9,3% dans notre série. Ces résultats sont différents de ceux rapportés par Agnès en Rouen [29] où la complication hépatique était citée dans 49,4%. Dans l'étude de Njoyab [24] la complication hépatique avait été citée dans 16,4% des cas.

La vaccination a été le mode de prévention le plus cité avec 27,3% suivi de la décontamination des objets souillés (12%) et le dépistage (11%). Dans l'étude de Agnès [25] la vaccination a été citée dans 64,6%. Njoyab et al [24] rapportait la vaccination dans 41,7% et le dépistage dans 8,8%.

Les personnes enquêtées de notre série ont affirmé qu'il existe un traitement médical dans 13,3%, un traitement traditionnel dans 14,3% et parfois les deux dans 15,2%. Pour Njoyab les sujets enquêtés ont cité le traitement médical dans 5,86% et le traitement traditionnel dans 93,3% des cas [24].

## **Hépatite virale B et VIH**

Dans notre étude la notion co-infection entre l'hépatite virale B et le VIH a été évoquée chez 37,3% de nos patients. Ce taux est bas par rapport à ceux de Njoyab [24] et Tatagan [27] au Togo qui ont trouvé respectivement 98% et 44%.

### **Attitude et pratique face au risque à l'HBV :**

Après une exposition à un risque de contamination, plusieurs solutions ont été entreprises. La majorité avait eu recours au centre de santé pour leur prise en charge (38,7%). Cela doit être encouragé. Cependant, d'autres (12,7%) avaient fait un nettoyage avec un antiseptique et 8,7% envisageaient un traitement traditionnel. Une campagne d'information, d'éducation et de sensibilisation sur les moyens de prévention à l'endroit de la population. Ils avaient aussi pour habitude de proposer au personnel médical de leur faire le dépistage, la sensibilisation ou un vaccin contre hépatite virale B chaque fois qu'ils sont en contact d'un risque de contamination. Agnès [25] rapporte à Rouen qu'aux décours d'une exposition à un risque de contamination au VHB ; 69,6% des exposés ont un premier réflexe de se faire dépister. Njoyab [28] au Cameroun cite que 93,4% des consultants pensent aux traitements traditionnels.

### **Le statut vaccinal et dépistage.**

Nous avons noté 8,7% de sujet vaccinés parmi lesquels 1% correctement vacciné (3 doses). La vaccination n'était pas du tout entreprise chez 66%. Une Situation inquiétante pour une population vivant en zone endémique à haute prévalence; contrairement à une étude Française [28] Alexandrine rapportait que 21,7% de la population étaient vaccinés

Au cours de l'étude de Njoyab et al 4,5% de l'échantillon ont déclaré être vacciné contre l'hépatite virale B et dans la série de Traoré A 1,4% était vacciné [29]

Dans notre étude la raison la plus évoquée pour le non dépistage était le manque de sensibilisation et d'information et l'utilité du dépistage avec 44%. Dans celle de Njoyab et al [28] la principale raison évoquée pour le non dépistage était le manque d'information au cours de leur CPN. Il est important donc d'intensifier la sensibilisation pour le changement de comportement à l'endroit de la population en renforçant le dépistage et la vaccination.

## **Vaccination et dépistage des femmes et enfants contre l'hépatite virale B**

Dans notre série, 19,7% des patients affirmaient que leurs épouses avaient été dépistées au cours de leurs différentes grossesses contre 57,5% qui affirmaient qu'aucun dépistage n'a été effectué chez leurs épouses. Njoyab rapporte que 8,8% des participantes ont bénéficié le dépistage au cours de leurs grossesses.

Aussi, les consultants pensaient utiles de vacciner les enfants contre l'hépatite virale B dans 63,7%.

Dans l'étude d'Agnès [29] l'importance de la vaccination des enfants a été confirmée chez 64,6% des parents. La possibilité de vaccination à tous les âges étaient connus de 33% de l'ensemble des participants. Dans l'étude d'Agnes [29] la possibilité de vaccination à tous les âges était connue dans 51% des cas

### **Canaux d'information et de sensibilisation :**

Dans notre étude, les canaux de l'information sur l'hépatite virale B étaient les causeries débat (43,3%), les médias (11,3%), les écoles (6,3%), les campagnes de dépistage et de vaccination (12,7% et 2%). La sensibilisation sur l'hépatite virale B doit être améliorée en faisant passer plus d'émission à la télévision et sur les radios surtout de proximité à propos de l'hépatite virale B. Il faut aussi renforcer la communication sur la santé dans les établissements scolaires, en insistant sur le dépistage et la vaccination.

Ici il faut souligner la place du SOS hépatite qui est une association de lutte contre les hépatites au sein de la société civile malienne dont le rôle est primordial.

## **VII.CONCLUSION**

Ce travail a permis de déterminer les connaissances, les attitudes en cas d'exposition et pratiques des consultants en matière de protection contre l'hépatite virale B.

- ✓ Plus de la moitié des consultants avaient entendu parler de l'hépatite virale B (77,3%)
- ✓ Que certains ignoraient l'existence de l'hépatite virale B
- ✓ Plus de la moitié des patients avaient un niveau primaire
- ✓ Par contre si la voie sexuelle a été le mode de transmission le plus cité (43,3%) seulement la transmission verticale était connue dans 6,6% de l'échantillon.
- ✓ 9,3% connaissaient la complication hépatique de l'hépatite virale B.
- ✓ A part la vaccination (27,4%) les autres mesures de prévention de l'HVB ont été peu citées.
- ✓ Seulement 1% de l'échantillon avait reçu 3 doses de vaccin ce qui était inattendu pour la population surtout dans une zone de forte endémie
- ✓ Peu de patients avaient déclaré être vaccinés contre l'hépatite virale B mais les rappels vaccinaux n'étaient pas à jour,
- ✓ En cas d'exposition à un risque, certains faisaient recours aux structures de santé, tandis que d'autres faisaient recours aux tradithérapeutes.
- ✓ Les sources d'information des patients sur l'hépatite virale B étaient les causeries, les médias (radio, télévision) et les campagnes de vaccination et de dépistage.

Il convient ainsi de renforcer la sensibilisation sur l'hépatite virale B par tous les canaux et méthodes disponibles (médias, les campagnes de proximité dans les établissements scolaires, campagne de promotion du dépistage et de vaccination en insistant surtout sur l'importance du dépistage et la vaccination anti VHB en vigueur.

## VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude qui nous a permis de déterminer les connaissances, les attitudes et pratiques à propos de l'hépatite virale B parmi les clients consultant au Csréf CIV du district de Bamako, il serait nécessaire de faire quelques recommandations :

### 1- Au Ministère de la santé

- Renforcer la sensibilisation par rapport à ce fléau (VHB)
- Prendre en charge les patients infectés par le VHB et crée un centre spécialisé pour leur suivi.
- Renforcer les capacités en ressources humaines et matérielles des centres de diagnostic pour un meilleur dépistage du VHB.
- Rendre gratuit ou subventionner la vaccination contre le VHB sur le territoire national
- Créer un programme national de lutte contre l'hépatite virale B
- Renforcer la politique de sensibilisation sur les IST et sur l'hygiène, en impliquant davantage les professionnels de santé et les leaders de la communauté.
- Rendre disponible et accessible les molécules anti virales telles que le Tenofovir

### 2- Au personnel médical et paramédical

- Former le personnel médical et paramédical
- Poursuivre les études sur l'hépatite virale B, surtout en relation avec l'évolution du SIDA, le paludisme et le traitement antirétroviral.
- Observer les bonnes pratiques de laboratoire
- Eduquer et informer l'entourage des sujets infectés par le VHB.
- Proposer un dépistage systématique chez toutes personnes venant en consultation dans les services de santé surtout chez les femmes enceintes.
- Proposer la vaccination des sujets naïfs

### 3- A la population

- S'informer et utiliser tous les moyens nécessaires pour prévenir le VHB et les autres IST.
- Se vacciner contre l'hépatite virale B et demander la sérovaccination à la naissance.
- Penser à se faire vacciner et dépister régulièrement ainsi que les membres de sa famille.

- Une sensibilisation continue sur la prévention de l'hépatite virale B.
- 'Améliorer les connaissances sur la co-infection VIH/VHB pour assurer la prévention et la prise en charge adéquates de la co-infection VIH/VHB

## IX.REFERNCE BIBLIOGRAPHIQUE

### 1. WHO/CDS/CSR/LYO/2002

### 2. **Rachelle D.**

Profil épidémiologique et sérologique du virus de l'hépatite B dans un milieu urbain de Bamako, Thèse Med., Bamako, 2011, p 18.

3-**Lamelin J.P., Trepo C.** Les marqueurs de l'hépatite virale B et leur signification ; Immuno Méd. 1990 ; 4 : 26 – 30.

4-**Adja G.** Contribution à l'étude épidémiologique de l'hépatite virale B en Cote d'Ivoire. Thèse Méd. Abidjan 1995; n°1131 : 121 p.

5-**Pol. S.** Epidémiologie et Histoire naturelle de l'infection chronique par le VHB. La lettre de l'hépatogastro-entérologue : 2006. 9(4) :173 – 177.

### 6-HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE MEDICALE.

Nouvelles question de l'internat 2004 Axel Balian.

7- **Rouet F., Chaix ML., Inwoley A., Mselloti P., Viho I., Combe P., et al. :** Prévalence VHB chez les femmes enceintes en RCI. ANRS 1236 DITRAME-B & C Study group. HBV and HCV Prévalence and vireamia en in HIV- positive and HIV-négative Pregnant women in Abidjan, côte d'Ivoire: the ANRS 1236 study. J Med. Virol, 2004. Sep; 74(1) : 34-40.

8- **Sidibe S., Sacho B Y., Traore I.** Prévalence des marqueurs sérologiques du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes dans le district de Bamako.

Bull Soc Path Exot, 2001; 91(4):339-341.

### 9- **Guindo. O.**

Infection à VIH et à VHB chez les donneurs de sang au CNTS de BKO.Thèse Pharm . Bamako 2003 ; 46.

### 10-**Tangara. O.**

Co-infection HVB et HVC chez les donneurs de sang au CNTS de BKO. Thèse Pharm. 2004 ; No 61

11. **Traore A M.** Portage de l'AgHbs chez les patients dépistés au laboratoire du CHU GABRIEL TOURE. These Pharm. Bamako 2014 ; 57p.

12-**Enquête démographique et de santé-III.Mali** rapport de synthèses. P 121-122

**13-Diarra .M ; Konate. A ; Minta. D.**

Aspects épidémiologiques de la co-infection par le VIH et le virus des hépatites. Mali Médical 2006 ; 21 :27-30

**14. Bourel M.**

Hépatologie.

Paris: Ellipses, 1991. 383 p.

**15. Buffet C, Pelletier G.**

Abrégé d'hépatologie.

Paris : Masson, 1994, PP 59-85.

**16. Eugene C.**

Les hépatites virales.

Paris : Masson ,2000. 226 p.

**17. Hess J ; Gonvers J ; Moradpour D.**

Quand et comment traiter les hépatites B et C ?

Revue Médicale Suisse 2005, 3, 1-5.

**18. Coulibaly K.**

Contribution à la transmission verticale de l'hépatite B

Prévalence de l'antigène HBs chez 206 couples mères enfants

Thèse Med. Bamako 1983; 2.

**19. Flateau C.**

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

Etude dans deux centres de référence parisiens de 2000 à 2005.

Thèse, Med, paris V, 2007 ;

**20. Ballian A .**

INTER MED 2004.

Paris : Vernazobres-Grego ,2004. 450p.

**21. Catrice M.**

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

Thèse, Med, paris VII, 2009;

**22. Denis F.**

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

Hépatologie, 7-015-B-32,2007 ;

**23. Zoulim F; Kay a; Merle P; Trepo C.**

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

Hépatologie, 7-015-B30, 2006 ;

**24. Njoya. O ; Essi. MJ ; Ongolo. B ; Obama.MT .**Connaissance, perceptions et pratiques des femmes enceintes vis à vis de l'hépatite B en milieu urbain au Cameroun. Healt Sci : vol 14(12) June 2013.

**25. Agnès R.** Enquêtes sur l'hépatite virale B auprès des parents de 445 enfants en consultation aux urgences pédiatrique du CHU de ROUEN entre janvier et mars 2011 : Thèse méd. ROUEN ; 2011, p 102.

**26- Boutayeb H ; Amoun A.A, Benchemsi N.** Connaissances sur le virus des hépatites B et C et le VIH chez des donneurs de sang à Casablanca. Estern Mediterranean Health Journal, vol.12, N°5,2006

**27-Tatagan A, Toure M, Saka A, Saka B, Saka AS, Kombate D, Tchama R, Singo A, Mpélé K3, Pitche P .**Connaissances, attitudes et pratiques en matière de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH chez la femme enceinte vue en consultation prénatale en 2010 au Togo. Med Trop2011 ; 71 :472-6.

**28.Denis. F, Abitbol V., et al. (2004).** "Evolution des stratégies vaccinales et couverture vaccinale contre l'hépatite B en France, pays de faible endémie." Med Mal Infect 34(4): 149-158.

**29. Dembélé M, Maïga I, Minta D, Konate A, Diarra M, Sangaré D et al.**

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

Bull Soc Pathol Exot 2004, 97: 161-4.

**30. Maïga M Y, Dembélé M, Diallo F, Traore H A, Traore AK, Guindo A.**

Valeur diagnostique de l'endoscopie digestive haute au cours de la cirrhose. Acta Endoscopica 2002; 32: 211-8.

**31. Diarra M, Konate A, Dembélé M, Kone B, Wandji MJ, Maïga MY et al.**

Carcinome hépatocellulaire : aspects épidémiologiques et évolutifs

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

**32. Chang MH, Chen CJ, Lai MS Hsu HM ; Wu TC ; Kong MS et al**

Universal hepatitis B vaccination in Taiwan and the incidence of hepatocellular carcinoma in children. *N Engl J Med* 1997; 336:1855-9.

## FICHE D'ENQUETE :

N\* =

Date :

### A-DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

Identification de la personne enquêtée :

N\*.....

-Prénom (s):.....

-Nom :.....

-Sexe :.....(M /F)

-Age :.....ans

-Adresse :.....

Profession :.....

-Niveau conventionnel et autres études : 1 : Primaire 2 : secondaire

3 : supérieur 4 : analphabète 5 : coranique 6 : medersa

\_Statut matrimonial : / \_\_\_\_\_ / 1 : Célibataire 2 : marié 3 : divorcé  
4 : veuf

## B-CONNAISSANCES ET PERCEPTION SUR L'HEPATITE B :

1-Avez-vous entendu parler de l'hépatite B ? : 1 : oui 2 : non

2-Qu'est ce que l'hépatite B ?.....

3-Comment se manifeste l'hépatite B ?:

a : une fièvre 1) oui 2) non

b : un ictère 1) oui 2) non

c : une douleur abdominale 1)oui 2) non

d : nausée et vomissement 1)oui 2) non

e : une fatigue 1) oui 2) non

f : le malade n'a aucun signe

g :autres.....

4-Quelle est votre source d'information sur l'hépatite B :

a \_Télévision : 1 :oui 2 :non

b : Radio : 1 :oui 2 :non

d : Ecole : 1 :oui 2 :non

e :Causerie : 1 :oui 2 :non

f :Campagne de vaccination : 1 :oui 2 :non

g :Campagne de promotion du dépistage : 1 : oui 2 : non

5-Pensez vous que l'hépatite est guérissable : 1 :possible 2 :impossible

Si possible comment ?.....

6-L'Hépatite B peut- elle entrainé des complications :1 :oui 2 :non

Si oui citer.....

7-Avez-vous vécu avec quelqu'un atteint d'hépatite B : 1 :oui 2 :non

8-Peut-on avoir l'Hépatite B par contact d'un sujet malade

1 :oui

2 :oui

3) Ne sais pas

9-L'hépatite peut-elle contaminer ?

a) un nouveau né :

1 :oui

2) non

3) ne sais pas

b)un jeune adulte :

1 :oui

2) non

3) ne sais pas

c)un adulte :

1 :oui

2) non

3) ne sais pas

d)une personne âgée :

1 :oui

2) non

3) ne sais pas

f)une personne âgée seulement :

1 :oui

2) non

3) ne sais pas

10-Quelles sont les voies de contaminations de l'hépatite B :

a)Inoculation direct dans le sang :

1 :oui

2) non

3) ne sais pas

b)En contact avec le sang du sujet infecté :

1 :oui

2) non

3) ne sais pas

c)De la mère - enfant :

1 :oui

2) non

3) ne sais pas

e) Voie Salivaire :

1 :oui

2)non

3) ne sais pas

f) Voie sexuelle :

1 :oui

2) non

3) ne sais pas

-Autres.....

11-L'hépatite B est-elle une maladie ?

a) :grave            b) :grave et mortelle            c) :grave et non mortelle

12-Avez-vous connue un cas d'hépatite B ?            1 :oui            2 :non

Si oui que fut son devenir :    a) :guéri            b) :décédé            c) :autres

13-Donner le nom d'un service ou on prend en charge l'hépatite virale B.....

## C-ATTITUDES PREVENTIVES CONTRE L'HEPATITE :

1-Peut-on prévenir l'hépatite B : /\_\_\_\_/            1 :oui            2) non            3) ne sais pas

Si oui par quel moyen :

a)La décontamination des objets souillés par le sang            1 :oui            2 :non

b)En dormant sous moustiquaire            1 :oui            2 :non

c)En faisant les tatouages            1 :oui            2 :non

d)Par le dépistage a travers la sérologie de l'hépatite B ?            1 :oui            2 :non

e)Par la vaccination contre l'hépatite B            1 :oui                                    2 :non

f) En se lavant les mains avant et après les repas            1 :oui                                    2 :non

g)Par usage de seringue à usage unique            1 :oui                                    2 :non

h)Par usage de matériel stérile            1 :oui                                    2 :non

i)Avoir des rapports sexuelles protégés            1 :oui                                    2 :non

2-Etes vous vacciné contre l'hépatite B            a) : oui                                    b) :non

Si oui combien de fois.....

Préciser le rythme de la vaccination.....

3-Avez vous pensez- vous dépister pour l'hépatite B :            a) :oui                                    b) :non

Si oui quelle a été la raison.....

Si non pourquoi.....

4-Pensez- vous utile de vacciner vos enfant ?            a) ;oui                                    b) ;non

Si oui pour quelle raison.....

Si non pourquoi.....

5-Votre épouse a - t-elle bénéficié du dépistage lors des grossesses portées ?

\*Pendant les grossesses précédentes ?      1 :oui      2) non      3) ne sais pas

\*Lors de la dernière grossesse ?      1 :oui      2) non      3) ne sais pas

Si oui quel a été le résultat

6-La vaccination est-elle possible a tous les age de la vie ?      a) :oui      b) non      c) ne sais pas

7-Quelle est la durée de validité du vaccin ?      a) ne sais pas

8-Voudriez vous etre vacciné contre l'hépatite B      a) :oui      b) :non

9-L'hépatite est-elle plus contagieuse que le VIH      a) :oui      b) non      c) ne sais pas

10-Existe-il un risque de coïnfection avec le VIH ?      a) :oui      b) non      c) ne sais pas

## D-CONDUITE :

1-En cas d'exposition a un risque de contamination a l'hépatite B, quel sera votre attitude ?

a)-la consultation médicale      1 :oui      2 :non

b)-utilisation d'un antiseptique      1 :oui      2 :non

c)-La vaccination immédiate      1 :oui      2 :non

d)-Faire recourt au traitement traditionnel      1 :oui      2 :non



**Prénom:** DEMBA

**Nom :** SACKO

**Titre de la Thèse :** Enquête connaissances, attitudes et pratiques des consultants à propos de l'hépatite virale B au centre de sante de référence de la commune CIV du District de Bamako.

**Année Universitaire :** 2014-2015

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de Dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odonto stomatologie

**Secteur d'intérêt :** Santé Publique.

**Résumé :**

L'Hépatite virale B pose un problème de santé publique dans le monde.

De nombreuses études ont montré que l'H V B à une prévalence élevée au Mali. Notre étude avait pour but de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des consultants à propos de l'hépatite virale B.

L'enquête de type transversale a concerné 300 consultants de 18 à 60 ans et plus.

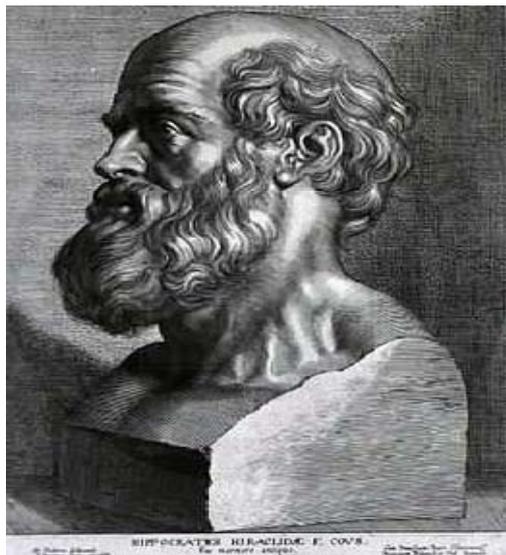
Il ressort de cette étude que 77,3% de l'échantillon ait entendu parler de l'hépatite virale B. Que certains ignoraient l'existence de l'hépatite virale B ; plus de la moitié des participants avaient un niveau primaire ; la voie sexuelle a été le mode de transmission le plus cité avec 43,3% et la transmission verticale était connue dans 6,6% de l'échantillon. 9,3% connaissait la complication hépatique de l'hépatite virale.

Seulement 1% de l'échantillon avait reçu 3 doses de vaccin ce qui était inattendu pour la population surtout dans une zone de forte endémie.

Peu de patient avait déclaré être vacciné contre l'hépatite virale B mais les rappels vaccinaux n'étaient pas à jour,

Ces résultats incitent à vacciner ; informer ; sensibiliser et d'éduquer les consultants du centre de santé de référence par rapport à l'hépatite virale B et les autres IST ainsi que tous les autres consultants du Mali.

**Mots-clés :** VHB\_ Consultants\_ Commune CIV\_ CAP.



## **SERMENT**

### **D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

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

**Je le jure!**

