

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un bu t- Une foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)**

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



Année universitaire : 2013-2014

N°.....

THESE :



**Connaissances, attitudes et pratiques du personnel
soignant du CHU du Point G sur
les hépatites virales B et C.**

Présenté et soutenue publiquement le 21/10/2014

devant la Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie

Par Mlle : YOUNBI NJANGUE Alix Chimène

JURY

Président : Pr Anselme Konaté

Membre : Dr Ganda SOUMARE

Co-directeur : Pr. Abdel Kader TRAORE

Directrice de thèse : Pr. KAYA Assétou SOUKHO

DEDICACES

A DIEU le PERE TOUT PUISSANT

Créateur du ciel et de la terre, celui par qui je peux tout faire, reçois l'honneur, la gloire et l'adoration d'éternité en éternité Amen !

A mon papa chéri, Mr NJANGUE NGOUNOU Bernard

Tu as eu confiance en moi en me faisant sortir du pays sans hésiter pour que je puisse poursuivre mes études et ce loin de ton attention et de ton affection qui ne m'ont jamais fait défaut. Merci d'avoir toujours été là pour moi , de m'avoir toujours soutenu et encouragé dans tout ce que je fais et plus précisément dans l'élaboration de ce travail ; oui papa ce travail est le tien, que DIEU te donne une longévité et une santé sans pareille afin que tu puisses consommer abondamment les fruits de tous tes efforts fournis . Je t'aime mon très cher papa.

A ma feuie maman, Mme NANA Thèrèse épouse NJANGUE NGOUNOU

J'aurai voulu que tu sois aujourd'hui à mes côtés pour voir ce que je suis devenue ; mais la volonté de DIEU en a décidé autrement. Tu as toujours voulue que nous soyons des enfants bien instruits et tu t'es toujours acharnée corps et âme pour que nous ayons du succès ; je te dédie ce travail maman ou que tu sois je te le dédie. Que la terre te soit légère, oh! que tu me manques !

A maman NANA Emilienne

Tu m'as donné tout l'amour qu'une mère peut donner à son enfant, tu t'es toujours souciée de mon bonheur, tu as accepté aisément de prendre soin de mon fils pour que je puisse poursuivre mes études, merci pour tout ce que tu as fait pour moi que DIEU te le rende au centuple.

A mes sœurs NOUTIE NJANGUE Sandrine, NZEPANG NJANGUE Carole, MOUGANG NJANGUE Ines, NANA NJANGUE Paule et FOMO Eliane

Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté pendant l'élaboration de ce travail, ce travail est aussi le votre et que le Tout Puissant vous bénisse abondamment.

A mes frères NGOUNOU NJANGUE Patrick, NDANGA NJANGUE Marcel

Mes deux frères que j'aime tant ! Vous avez toujours voulu que je ne sois ébranlée par quoi que ce soit, ce travail je vous le dédie. Que le Seigneur vous ouvre les écluses des cieux et exauce tous vos vœux.

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

A mon fils NJANGUE MINKO Ange Bernard

Tu es le rayon de soleil qui est venu illuminer et donner un sens à ma vie. Ta venue dans ma vie m'a permis de reconquérir la confiance que j'avais perdue et elle m'a également permis de me rapprocher encore un peu plus de DIEU. Qu'il te bénisse, veille sur toi tous les jours de ta vie. Je t'aime mon bébé !

A mes grandes mères feu maman NZEPANG Cécile et feu maman YOUMBI Anne

Que le DIEU Tout Puissant vous accueille dans son royaume.

A mes grands pères feu papa Louis NGOUNOU et papa NJINGUE Pascal

Recevez ici l'expression de mon plus profond respect.

A mes tantes : maman Brigitte, tata Christelle, maman Gertruide, tata Marie-Madeleine

Merci pour votre soutien et que Dieu vous donne une longue vie.

A mes oncles : papa Jean baptiste, tonton Constant, tonton Cyrille, papa David et papa Jacques

Soyez bénis.

REMERCIEMENTS

Au Mali

Je n'exprime aucun regret d'avoir découvert ce merveilleux pays dans lequel j'ai trouvé amitié, fraternité et amour sans oublier bien sûr sa grande valeur de solidarité. Profonde gratitude à toi mon cher Mali.

Au Cameroun

Ma chère patrie et berceau de nos ancêtres.

A l'ensemble du corps professoral de la FMOS

Pour les enseignements de qualité qui nous ont été prodigués et pour l'humilité dont vous faites preuve tous les jours. Vous êtes pour nous des exemples et nous essayerons de garder cet esprit durant toute notre carrière.

A tout le personnel de la bibliothèque de la FMOS

Pour la recherche scientifique et la revue documentaire.

A tout le personnel de la Médecine interne du CHU du POINT G

Merci pour vos encouragements.

A tout le personnel soignant du CHU du POINT G ayant participé à cette étude sans qui cette étude ne pourrait avoir lieu, recevez ici ma profonde gratitude.

A mes grandes sœurs chéries NOUTIE NJANGUE Sandrine et NZEPANG NJANGUE Carole

Merci pour votre soutien moral et financier.

A ma tante tata Christelle

Merci infiniment pour la spontanéité avec laquelle tu te hâtes pour me soutenir matériellement.

Au Père Jean-Pierre BONDUE

Merci pour ton accompagnement, pour tous tes conseils, pour ta disponibilité et même pour ton soutien financier et moral pendant l'élaboration de ce travail.

A mes mamans chéries maman Liliane et maman Bénie

Merci infiniment pour votre amour pour moi, pour votre soutien et pour votre disponibilité incommensurables. Vous m'avez prise comme votre fille et vous m'avez donné toute

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

l'affection que j'avais besoin, soyez en remerciées.

Au couple MBOUANGA

A travers vous, j'ai eu les parents que j'ai laissés au Cameroun, merci pour votre attention à mon égard.

A Alice GASARABOUE

Merci pour ton soutien et pour tous tes conseils pour moi.

A la famille KONATE à Kati

Ma famille d'accueil à Bamako.

A mes tatas chéries Dr CHAYA Déborah et Marie-Yvonne Coulibaly

Merci pour votre soutien, votre présence et pour tous vos conseils qui ne m'ont jamais fait défaut.

A tous les frères et sœurs du Centre Abbé David

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi durant tout mon séjour à Bamako au Mali.

A tous les Frat Jeunes

À travers vous, j'ai retrouvé mes frères et sœurs de sang, vous êtes dignes de confiance et nous avons partagés des moments tellement chaleureux, merci pour votre soutien et pour vos encouragements.

Au groupe Saint-Esprit

J'ai appris ce qu'est l'importance et les vertus de la prière à travers toi, merci infiniment et que Dieu te bénisse.

A toutes les mamans « Anne »

L'intercession, le combat spirituel sans oublier le grand amour que vous avez pour Dieu sont votre affaire, merci parce que vous m'avez contaminé et soyez bénies.

A toutes les Amazones du Saint-Esprit

Que du bonheur avec vous.

A Maguy et à Angèle

Vous avez toujours été là quand j'ai eu besoin de vous, surtout quand j'ai eu Ange Bernard, merci infiniment et que Dieu vous le rende au centuple.

A mes amies de Bamako Dr Emma, Dr Danielle, Dr Michella, Daurice, Fatimatou

SAMAKE et Sokona KONATE.

Vous êtes comme mes sœurs de sang, nous avons passées des bons et des mauvais moments, mais tout cela nous ont permis de nous connaître un peu mieux chacune et de nous accepter telle que nous sommes, ce travail est aussi le votre.

A la famille Simo de Bamako : les Dr Brice, Hervé, Danielle, Emma et Michella ; Mélanie, Nana,Iréne, Marcelle, Terrence, Roméo et Yvan

Merci pour les bons moments passés ensemble.

A maman Wassa

La nounou de Ange Bernard, sa deuxième mère en occurrence merci pour tout.

A mes petits frères de Bamako Eric, Hervé, Goliath et Christian

Ce fût un immense plaisir pour moi de vous avoir comme tels, merci infiniment pour votre soutien.

A mon fils de Bamako Irwin Terrence dit le « kaiser »

Je t'aime malgré tous tes manquements, tu as un grand cœur merci pour tout le soutien que tu m'as apporté. Un gros bisou à toi.

Des pensées spéciales

Au Dr Michella : merci encore ma sœurette, merci infiniment pour tout ce que tu as fait pour moi, pour Ange Bernard, pour mes études surtout en 4^{ème} et 5^{ème} année. T'es une fille bien.

Au Dr emma : ma mère de Bamako merci pour ton soutien, pour le désir immense que tu n'as jamais cessé de manifester pour que j'ai du succès, ce travail est le tien oui Emma c'est aussi le tien, sois bénie.

À Eric NJAM mon petit frère préféré merci pour ta disponibilité, pour tous tes services rendus, pour tous tes conseils à mon endroit et pour l'élaboration de ce travail. Bonne chance pour la suite de tes études.

Au Dr CHAYA Déborah ma grande sœur chérie, celle qui a toujours eu le temps pour moi, celle qui supporte tous mes caprices sans rien dire, les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens, merci beaucoup ma sœur et que DIEU exauce tous les désirs de ton cœur et qu'il ne cesse de t'élever comme il l'a toujours fait.

A mes amies de cœur KEMBOU Majolie et MBEUNKEU Virginie

Merci pour votre amitié sincère.

A Abdoulaye TRAORE

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

Merci pour ton soutien et pour tous tes encouragements pendant l'élaboration de ce travail.

A mon ami Antoine BARAKAMFITIYE

Merci pour toute l'attention, l'affection et pour tous tes conseils. Que DIEU te bénisse toi et ta famille.

A tous les habitants de ma cité que j'aime tant

Madou, Bakary, Adam, maman Bintou, Eric, Général, Blo, Mai, Dorette, Daurice, Gaelle, Lucie, Amidou, Kiki, le Vieux, Papa, Daurici, Kiatou, Fana.

A mon groupe d'étude : Claire PROMBO, Thierry TAKAM et Ines MOLO

Avec vous, la recherche scientifique est une obligation merci pour les bons moments passés ensemble, recevez ici ma profonde gratitude.

A ma très chère promotion, la Promotion DEGAULLE

Oui BORN TO WIN avec vous j'ai grandi et j'ai mûri, que du bonheur avec vous tous membres de cette promotion, vraiment merci.

A toutes les autres promotions : SPARTE, ASTURIE, STATE, ROME, TROIE, PARIS, ALSACE.

A la Promotion Assa SIDIBE, 5^{ème} promotion du Numéris Clausus bonne carrière à tous.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail merci une fois de plus.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY.

A notre maître et président du jury

Professeur Anselme Konaté

- Spécialiste en hépato-gastroentérologie.
- Maître de conférences agrégé à la FMOS.
- Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré.
- Spécialiste en endoscopie digestive.

Cher maître,

C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre souci constant de la bonne formation de vos étudiants et du travail bien fait font de vous un maître admirable. Votre constante sollicitude a été pour nous une source de motivation. Votre esprit critique et l'immensité de vos connaissances que vous transmettez si facilement nous ont marqué. Cet instant solennel nous offre l'occasion d'exprimer notre fierté de compter parmi vos étudiants, tout en vous adressant un merci sincère pour les connaissances acquises. Cher maître, veuillez accepter ici notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

Docteur Ganda SOUMARE

- Spécialiste en Hépatogastroentérologie.
- Praticien hospitalier au CHU du Point-G.
- Spécialiste en endoscopie digestive.

Cher maître,

C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury. Nous avons admiré la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre souci constant de la bonne formation des étudiants font de vous un modèle à suivre.

Cher maître, veuillez agréer ici notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse

Professeur Abdel Kader TRAORE

- Maître de conférences agrégé en Médecine Interne.
- Diplômé en communication scientifique médicale.
- Point focal du Réseau en Afrique Francophone pour la Télémédecine (RAFT) au Mali.
- Référent académique de l'Université Numérique Francophone Mondiale (UNFM) au Mali.
- Ancien Directeur du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM).

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de co-diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre générosité, votre souci du travail bien fait, votre rigueur scientifique font de vous un exemple.

Recevez ici cher maître, nos sincères remerciements et notre profond respect.

A notre maître et directrice de thèse

Professeur KAYA Assétou SOUKHO

- Spécialiste en Médecine interne.
- Maître de conférences agrégé à la FMOS.
- Praticienne dans le service de Médecine interne du CHU du Point G.
- Spécialiste en endoscopie digestive.
- Titulaire d'un certificat en épidémiologie appliquée.

Cher maître,

Les mots nous manquent pour vous exprimer l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail. Vous avez su nous mettre à l'aise dès le premier abord. Votre disposition à nous écouter et à combler nos attentes nous ont marqué et nous avons pu apprécier la femme que vous êtes : humble, simple et aimable. Vous êtes un modèle de clinicienne et une mère pour nous tous, mais également un modèle de femme et de mère pour toutes les femmes. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir faire. Soyez assurée cher maître de toute notre considération et de notre reconnaissance pour tout ce que vous avez fait.

LISTE DES ABREVIATIONS.

Ac : anticorps

Ac Hbc : anticorps du corps du virus de l'hépatite B

ADN : acide désoxyribonucléique

AES: accident d'exposition au sang

Ag: antigène

AgHbe: antigène évolutif du virus de l'hépatite B

AgHbs: antigène de surface du virus de l'hépatite B

ALAT: alamine amino transférase

ARN: acide ribonucléique

ASAT: aspartate amino transférase

CHU : centre hospitalier universitaire

CNTS : centre national de transfusion sanguine

CPF : cancer primitif du foie

ELFA : enzyme linked fluorescent assay

ELISA : enzyme linked immuno sorbant assay

ExURSS : ex union des républiques socialistes et soviétiques

GT : glutamyl transférase

HAART : traitement anti rétroviral hautement actif.

HVB : hépatite virale B

HVC : hépatite virale C

IEC : information éducation et communication

IOTA : institut d'ophtalmologie tropical d'Afrique

IgG : immunoglobuline G

IgM : immunoglobuline M

OMS : organisation mondiale de la santé

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

PCR : polymérase chaîne réaction

PBH : ponction biopsie hépatique

RIA : radio immuno assay

SIDA : syndrome de l'immuno déficence acquise

TP : taux de prothrombine

VHA : Virus de l'hépatite A

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

VHD : virus de l'hépatite D

VHE : virus de l'hépatite E

VHG : virus de l'hépatite G

VIH : virus de l'immuno déficience humaine

LISTE DES ABREVIATIONS.

Ac : anticorps

Ac Hbc : anticorps du corps du virus de l'hépatite B

ADN : acide désoxyribonucléique

AES: accident d'exposition au sang

Ag: antigène

AgHbe: antigène évolutif du virus de l'hépatite B

AgHbs: antigène de surface du virus de l'hépatite B

ALAT: alamine amino transférase

ARN: acide ribonucléique

ASAT: aspartate amino transférase

CHU : centre hospitalier universitaire

CNTS : centre national de transfusion sanguine

CPF : cancer primitif du foie

ELFA : enzyme linked fluorescent assay

ELISA : enzyme linked immuno sorbant assay

ExURSS : ex union des républiques socialistes et soviétiques

GT : glutamyl transférase

HAART : traitement anti rétroviral hautement actif.

HVB : hépatite virale B

HVC : hépatite virale C

IEC : information éducation et communication

IOTA : institut d'ophtalmologie tropical d'Afrique

IgG : immunoglobuline G

IgM : immunoglobuline M

OMS : organisation mondiale de la santé

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

PCR : polymérase chaîne réaction

PBH : ponction biopsie hépatique

RIA : radio immuno assay

SIDA : syndrome de l'immuno déficence acquise

TP : taux de prothrombine

VHA : Virus de l'hépatite A

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

VHD : virus de l'hépatite D

VHE : virus de l'hépatite E

VHG : virus de l'hépatite G

VIH : virus de l'immuno déficience humaine

LISTE DES ABREVIATIONS.

Ac : anticorps

Ac Hbc : anticorps du corps du virus de l'hépatite B

ADN : acide désoxyribonucléique

AES: accident d'exposition au sang

Ag: antigène

AgHbe: antigène évolutif du virus de l'hépatite B

AgHbs: antigène de surface du virus de l'hépatite B

ALAT: alamine amino transférase

ARN: acide ribonucléique

ASAT: aspartate amino transférase

CHU : centre hospitalier universitaire

CNTS : centre national de transfusion sanguine

CPF : cancer primitif du foie

ELFA : enzyme linked fluorescent assay

ELISA : enzyme linked immuno sorbant assay

ExURSS : ex union des républiques socialistes et soviétiques

GT : glutamyl transférase

HAART : traitement anti rétroviral hautement actif.

HVB : hépatite virale B

HVC : hépatite virale C

IEC : information éducation et communication

IOTA : institut d'ophtalmologie tropical d'Afrique

IgG : immunoglobuline G

IgM : immunoglobuline M

OMS : organisation mondiale de la santé

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

PCR : polymérase chaîne réaction

PBH : ponction biopsie hépatique

RIA : radio immuno assay

SIDA : syndrome de l'immuno déficence acquise

TP : taux de prothrombine

VHA : Virus de l'hépatite A

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

VHD : virus de l'hépatite D

VHE : virus de l'hépatite E

VHG : virus de l'hépatite G

VIH : virus de l'immuno déficience humaine

SOMMAIRE.	pages.
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
I. GENERALITES.....	4
II. METHODOLOGIE.....	23
III. RESULTATS.....	26
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	50
CONCLUSION.....	55
RECOMMANDATIONS.....	56
REFERENCES.....	57
ANNEXES.	

1. INTRODUCTION

L'hépatite virale est une maladie infectieuse à transmission oro-fécale, parentérale et sexuelle. Elle est caractérisée par une souffrance hépatocellulaire inflammatoire et des altérations hépatocytaires dégénératives à type de cytolyse surtout de fibrose et de nécrose [1]. Elle évolue sous une forme aiguë et chronique avec un grand polymorphisme des manifestations cliniques, depuis les variétés asymptomatiques et frustes jusqu'aux formes graves et mortelles avec intoxication générale, ictère, hémorragie et autres signes d'insuffisance hépatique. [2]

Les hépatites virales B et C posent un problème de santé publique dans plusieurs régions du monde de par leur fréquence, leur complication et leur conséquence socio-économique.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 2 milliards de personnes infectées par le virus de l'hépatite B (VHB) parmi lesquelles 350 millions d'infections chroniques dont 60 millions en Afrique avec 1,1 million de décès par an et sont aussi responsables de 5-10 % des causes de transplantation hépatique [1].

Au niveau mondial, l'OMS estime que environ 170 millions de personnes soit 3 % de la population mondiale sont infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) et les exposent au risque de cirrhose et de cancer du foie. En Afrique, 32 millions d'individus sont porteurs de ce virus soit 5,3 % de la population. [3]

Au Mali, la prévalence nationale de l'HVB est de 14,7% [4]. L'HVB a fait l'objet de nombreuses études à savoir celle de Coulibaly A [5], de Diallo M qui était une étude prospective transversale réalisée au CHU IOTA [6] qui avaient respectivement une séroprévalence de 18,22% et de 33,8% ; et le sex ratio pour cette dernière étude était de 1,25 et le mode de contamination est essentiellement parentéral [6].

Les taux de prévalence de l'HVC au Mali sont très élevés depuis le début des années 2000 ; des séances de dépistage ont révélé des taux compris entre 4-5% [7]. La séroprévalence de l'HVC est de 19,7% et 10% ce qui correspond respectivement aux études menées par Konaté M qui était une étude prospective transversale réalisée dans l'unité d'hémodialyse du CHU point G [8] et Diakité Y qui était aussi une étude transversale et prospective réalisée chez les diabétiques au CHU Gabriel Touré et au Centre de Lutte Contre le Diabète de Bamako[9]. Elle varie entre 2 et 5,4 % chez les femmes enceintes [10]. En Afrique subsaharienne, celle-ci est variable selon les pays. Ainsi, elle est de 0,26 % en Afrique du Sud [11] et de 13,6 % en Egypte [12].

Avec une prévalence de 10% (2 millions de porteurs) pour l'hépatite B et 13% (2,5 millions de porteurs) pour l'hépatite C, le Cameroun est l'un des pays les plus touchés en Afrique [13].

L'atteinte du personnel soignant par les hépatites virales B et C entre dans le cadre des accidents d'exposition au sang et dérivés biologiques.

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

Les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant en rapport avec les hépatites B et C ont été très peu étudiées au Mali ; c'est pourquoi nous voulons réaliser cette étude en vue de décrire les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU point G sur les hépatites virales B et C.

2. OBJECTIFS

1) Objectif général

Décrire les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G face aux risques des hépatites virales B et C.

2) Objectifs spécifiques

- Evaluer les connaissances du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.
- Déterminer les facteurs de risque d'exposition du personnel soignant du CHU du Point G aux hépatites B et C.
- Décrire l'attitude et la pratique du personnel soignant du CHU du Point G face aux mesures de prévention des hépatites B et C.

3. GENERALITES

I. RAPPELS SUR LES HEPATITES VIRALES [14, 15, 16]

Le terme hépatite virale est communément utilisé pour plusieurs maladies cliniquement similaires mais qui sont distinctes sur le plan étiologique et épidémiologique.

Ce sont des maladies inflammatoires des tissus parenchymateux qui s'expriment essentiellement sur le foie.

Les virus des hépatites pénètrent dans l'organisme soit par voie digestive (VHA, VHE) soit par voie sanguine (VHC, VHB et VHD), soit par voie sexuelle (VHB surtout). Ils vont pénétrer dans les cellules hépatiques et s'y multiplier. Les nouveaux virus ainsi produits vont être libérés dans le sang et infecter les cellules voisines. Ils modifient la cellule hépatique en y incorporant leurs propres structures. De ce fait, la cellule hépatique est repérée comme étrangère par les cellules spécialisées de défense de l'organisme qui vont la détruire (lymphocytes).

Six virus ont été identifiés comme responsables de la majorité des hépatites : il s'agit des virus A, B, C, D, E et G. Les modes de contamination diffèrent selon le type de virus. De même, les conséquences d'une infection sont différentes d'un virus à un autre et pour un même virus, ces conséquences diffèrent d'un individu à un autre en fonction du système immunitaire.

L'hépatite A est une infection à diffusion mondiale. La transmission du virus intervient essentiellement par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés.

Sur le plan mondial, l'hépatite B est la cause de la plupart des hépatites aiguës et chroniques, de cirrhose et d'hépatocarcinome. Le virus peut être transmis par voie sexuelle, par voie parentérale ou verticale.

Longtemps appelée hépatite non A, non B, l'hépatite C garde aujourd'hui encore des aspects mystérieux. Le virus est avant tout transmis par le sang. La transmission sexuelle ou verticale est rare.

Quand à l'hépatite D ou Delta, elle est causée par un virus défectif qui ne peut se multiplier qu'en présence du virus de l'hépatite B. La contamination se fait par voie parentérale, mais aussi par voie sexuelle comme pour le VHB.

Découverte en 1990, le virus de l'hépatite E (VHE) est le moins connu des virus des hépatites virales. La contamination se fait principalement par ingestion d'eau souillée, par les matières fécales. La maladie se traduit par une hépatite aiguë ictérogène.

Le virus de l'hépatite G (VHG) ressemble à celui de l'hépatite C mais, son pouvoir pathogène est bien différent et n'est pas encore entièrement élucidé. La transmission par le

sang est possible et d'autres voies de transmissions existent également comme la voie sexuelle. L'infection à VHG fréquente et aboutit rarement à une maladie chronique.

A1.LE VIRUS DE L'HEPATITE B : VHB

1. Caractéristiques du virus.

Le virus de l'hépatite B (VHB) décrit par Dane et Cameron en 1970 est un virus de 42 nm de diamètre. Le VHB possède une enveloppe externe lipoprotéique de 7 nm d'épaisseur, une enveloppe interne de 2 nm d'épaisseur et une nucléocapside compacte à 5 ou 6 de 28 nm de diamètre. Cette nucléocapside est constituée de la protéine C.

La nucléocapside du VHB contient également un ADN circulaire à deux spirales, renfermé dans un étui protéique auquel manque une spirale sur 25% de son étendue et une ADN polymérase qui poursuit la construction de l'ADN au compte des protéines cellulaires. C'est donc un virus à ADN contrairement au VHC qui est un virus à ARN.

La contamination est suivie d'une incubation de 50 à 180 jours en moyenne mais, le virus peut déjà être détecté dans le sang

Le VHB est résistant au refroidissement jusqu'à 20°C pendant plusieurs années, au chauffage jusqu'à 56°C durant 24H ; chauffé à 85-100°C, il perd ses propriétés antigéniques (ce qui ne correspond pas à la perte de la virulence) au cours de plusieurs minutes. Le virus perd son activité sous l'action du phénol à 3 ou 5% et de la chloramine à 3%. Il résiste en moyenne 7 jours en milieu extérieur et n'est pas inactivé par l'alcool ni l'éther.

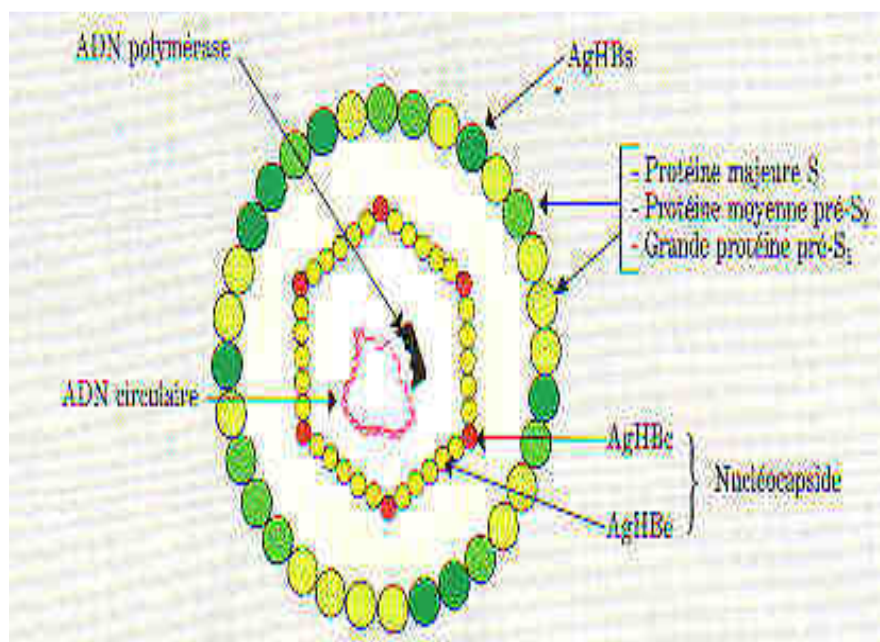


Schéma 1 : Organisation génomique du virus de l'hépatite B. [17]

2. Modes de transmission.

a) Voie sanguine.

- Le partage d'aiguilles, de seringues.
- La transfusion sanguine.
- Le partage de matériels tels que brosses à dents, rasoirs, coupe-ongles (transmission intrafamiliale).
- De même, des contaminations lors d'actes dentaires, de tatouages et de percée d'oreilles sont possibles en cas de non-respect des normes de stérilisation.

b) Voie sexuelle.

- Rapport avec pénétration anale ou vaginale.
- Rapports bucco-génitaux

c) Mère-enfant.

- Lors d'une infection aiguë ou chronique chez la mère, le risque de transmission lors de l'accouchement varie entre 20 et 80% en fonction de la charge virale.
- Des transmissions de la mère à l'enfant peuvent survenir dans les premières semaines de la vie de l'enfant (contact sang-sang) et exceptionnellement au cours de l'allaitement.

d) Cas exceptionnels.

- Par le baiser à condition qu'il y ait une effraction cutanée susceptible de favoriser la pénétration du virus (maladie de la muqueuse, brûlures)
- Par partage de vaisselle, de verre (le fait de manger avec les couverts d'une personne atteinte d'hépatite B aiguë, de boire dans le verre ou au goulot de la même bouteille).
- Par une morsure de personne à personne.

3. Répartition géographique.

Le VHB a un caractère ubiquitaire présent dans le monde entier. Il est la deuxième cause identifiée de décès par cancer après le tabac. Le VHB est responsable d'un million de décès par an [16]. On dénombre 350 millions de porteurs chroniques (persistance de l'infection au-delà de six mois). Il existe schématiquement 3 zones [16] :

- Une zone de très forte prévalence : Chine, Asie du Sud- Est, Afrique subsaharienne; 70 à 95% des résidents ont fait une hépatite B. L'infection chez l'enfant y est fréquente.
- Une zone de moyenne prévalence : Bassin méditerranéen, moyen orient, Amérique du Sud, Europe de l'Est, ex URSS ; 20 à 50% des résidents ont fait une hépatite B.

- Une zone de basse prévalence : Europe de l'Ouest, l'Amérique du Nord, Australie; 3 à 5% des résidents ont fait une hépatite B. Elle est rare chez l'enfant.

En France, pays de faible prévalence, 910 000 personnes ont été contaminées. On compte un taux de portage chronique de 0,2 à 0,3% de la population générale (1000 à 150 000 cas). L'incidence de l'infection est de 30 000 à 60 000 nouveaux cas par an. On estime enfin que 1000 décès sont imputables chaque année à une forme chronique d'hépatite B [16].

Au Mali, Xavier en 1997[18] et Tembely en 2002 [19] avaient trouvés des fréquences respectivement de 16,5% et 15,25%. Guindo a obtenu une fréquence de 17,1% chez les nouveaux recrues de l'armée en 2003 [21] Djiguiba en 2004 au CNTS de Bamako avait obtenu une fréquence de 16,14% [20] chez les donneurs de sang et Diallo en 2005 avait trouvé 12,1% chez les mêmes donneurs de sang au CNTS de Bamako [22]. Le taux de portage de l'AgHbs est estimé à 14,9% selon Guindo [21].

4. Manifestations cliniques et biologiques.

Bien que de nombreux patients restent asymptomatiques, il existe une vaste hétérogénéité clinique et histo-pathologique qui témoigne d'interactions complexes entre le virus, la réponse immunitaire et d'autres facteurs (c'est-à-dire co-infection par le VHD, le VHC ou VIH, chimiothérapies anti cancéreuses, immunosuppresseurs ou glucocorticoïdes, consommation de l'alcool).

Au cours de l'hépatite B aigue, près de 75% des patients demeurent asymptomatiques [23]. Heureusement, 90 à 95% des cas d'hépatites B aiguës évoluent spontanément vers la guérison. Cependant, le pronostic peut être parfois grevé par soit la survenue d'une hépatite fulminante avec nécrose massive du parenchyme hépatique évoluant vers l'insuffisance hépatocellulaire (1% des hépatites aiguës), soit le développement d'une hépatite chronique (5 à 10% des hépatites aiguës) avec persistance de l'Ag HBs. Lorsque l'infection au VHB se fait au cours de l'enfance, la plupart des patients évolue vers la chronicité caractérisée par le portage de l'Ag HBs au-delà de 6 mois après le début de l'infection.

On distingue classiquement quatre phases dans l'évolution de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B :

➤ **La phase I : tolérance immunitaire**

Elle se caractérise typiquement par la présence de marqueurs de réplication virale avec un Ag HBe positif, un ADN viral sérique extrêmement élevé. Du fait de la tolérance immunitaire, les transaminases sériques ont un taux normal. La biopsie hépatique n'est pas recommandée dans cette situation, mais montrerait l'absence de lésion ou des lésions hépatiques minimales et la présence de très nombreuses cellules exprimant les Ag viraux. A cette phase, l'individu est extrêmement

contagieux et un dépistage systématique de l'entourage est nécessaire avant de débiter une vaccination.

➤ **La phase II** : Hépatite chronique à virus sauvage

Durant cette phase, le système immunitaire entre en action et le conflit entre la réplication virale et la réponse immune de l'organisme aboutit à la constitution des lésions chroniques nécro-inflammatoires du foie. On retrouve dans le sérum les marqueurs de réplication virale avec un Ag HBe positif, un ADN viral plus faible (compte tenu de la destruction des cellules infectées), une élévation des transaminases sériques, et la présence des lésions d'hépatite chronique active à la biopsie hépatique, associées à la présence d'un nombre plus faible de cellules exprimant les Ag viraux.

➤ **La phase III** : Portage inactif

Durant cette phase, les hépatocytes infectés répliquent le génome viral à minima. La faible expression des Ag viraux et notamment de capsidite réduit donc l'attaque des cellules infectées par la réponse immune cellulaire. Le contrôle immunitaire de l'infection se caractérise par la séroconversion de HBe avec négativation de l'Ag HBe, apparition d'anticorps anti-HBe, diminution de l'ADN viral sérique en dessous de 10.000 copies/ml, normalisation complète des transaminases et l'absence de signes d'inflammation hépatique sur la biopsie. Il persiste toutefois dans le tissu infecté des cellules comportant l'ADN super enroulé qui peut être à l'origine d'une réactivation virale sous la forme d'un virus sauvage ou d'un mutant précocore, et des cellules comportant le génome viral intégré dans le génome de l'hôte, pouvant être à l'origine de l'oncogenèse viro-induite. De plus, des lésions de fibrose séquellaires peuvent être présentes à ce stade. On n'emploie donc plus le terme trompeur de « porteur sain » du virus de l'hépatite B, qui du fait de risque de réactivation virale et d'oncogenèse hépatique, était porteur de confusion et surtout était faussement rassurant.

➤ **La phase IV** : Elimination de l'Ag HBs

Elle se caractérise par la négativation de l'Ag viral, et éventuellement l'apparition de l'Ac anti-HBs qui pourront parfois diminuer et disparaître au fil du temps. Très souvent, seul le marqueur de type anti-HBc reste positif, témoignant d'un contact ancien avec le virus de l'hépatite B. Parfois, ce marqueur peut être absent. Il persiste alors des traces d'ADN viral circulant détectables seulement par des techniques de PCR ultrasensible. A ce stade de l'infection, il persiste dans le tissu infecté des cellules comportant l'ADN viral super enroulé pouvant être à l'origine d'une réplication virale à minima et d'infection virale B occulte et des cellules comportant le génome viral intégré dans le génome de l'hôte pouvant être à l'origine d'une oncogenèse induite, notamment lorsque cette phase survient à un stade de cirrhose hépatique.

Dès les premiers jours de la maladie, les urines deviennent foncées suivi de la décoloration des selles. Parfois, on note des éruptions cutanées à type d'urticaire. Dans l'hépatite virale, l'ictère évolue graduellement. Dans les formes typiques, on peut noter tous les stades évolutifs qui seront suivis de la disparition de l'ictère

Au début, l'ictère se manifeste sur les sclérotiques, le palais et le frein de la langue, la peau jaunit. L'intensité de l'ictère correspond souvent à la gravité de la maladie. L'hypertrophie du foie est le symptôme le plus caractéristique de l'hépatite virale. On l'a constaté chez 90 à 100% des malades. Le degré de l'hypertrophie n'est pas en rapport avec la gravité de l'atteinte.

Un foie atrophique en présence d'une forte intoxication et d'un ictère intense est de mauvais pronostic.

L'HVB possède des marqueurs sérologiques : [24, 25, 26, 27, 28, 29]

Marqueurs non spécifiques

*Transaminases : l'élévation des ALAT et ASAT permet de mettre en évidence une cytolyse hépatique. Leur valeur est entre 10 et 100 fois la normale dans les hépatites aiguës. Au cours de l'hépatite chronique, l'élévation est modérée 1 à 5 fois la normale. L'ALAT est presque toujours supérieure à l'ASAT en l'absence de cirrhose, l'inverse est observé en cas de cirrhose.

*Taux de prothrombine (T P) : Il est abaissé dans l'hépatite sévère < 50%. Un taux <30% définit l'hépatite fulminante.

Marqueurs spécifiques qui sont les antigènes et les anticorps.

*Antigène HBs : sa présence dans le sang est le signe de l'infection par le VHB. Il est détectable dans le sérum des sujets infectés entre 2 et 6 semaines après l'infection. La persistance de l'Ag HBs de plus de 6 mois est le témoin d'une infection chronique. La négativation de l'Ag HBs permet de prédire une évolution favorable.

*Antigène HBe : sa présence soluble témoigne d'une réplication virale intense et d'une contagiosité importante. Sa persistance plus d'un mois est un indice précoce de passage à la chronicité.

*ADN et ADN polymérase : sont des marqueurs de la réplication virale.

*Anticorps anti HBs : lors d'une hépatite aiguë, l'anti HBs devient détectable lorsque l'Ag HBs disparaît. Il confère une immunité protectrice vis-à-vis d'une réinfection par le VHB. Son apparition signe l'arrêt de la réplication virale et témoigne une infection ancienne en absence de vaccination.

*Anticorps anti HBc : ce sont des marqueurs très précoces de l'infection. Associés à l'Ag HBs, ils traduisent une infection en cours. Ils sont de 2 sortes : anti-HBc de type IgG et anti-HBc de type IgM, ce qui permet de dater l'infection. L'anti HBc de type IgM détectable pendant la phase pré ictérique est le témoin d'une infection récente. L'anti HBc

de type IgG témoigne d'une infection ancienne et il persiste pendant des années voire toute la vie ; c'est le meilleur marqueur sur le plan épidémiologique.

*Anticorps HBe : apparaît dans le sérum quand l'Ag HBe n'est plus détectable. Sa présence est témoin de l'absence de réplication virale. Cependant, certains sujets anti HBe positifs peuvent avoir une infection virale active surtout si l'Ag HBc ou l'ADN virale existe dans l'hépatocyte.

Tableau I : Différents profils biologiques rencontrés lors d'une infection par le virus de l'hépatite B (IT= immuno - tolérance, IE = immuno - élimination, L= latence : Différentes phases de l'évolution chronique d'une hépatite B).

	AgHBs	Ac Anti-HBs	Ac Anti-HBc		AgHBe	Ac Anti-HBe	ADN VHB
			Ig totaux	Ig M			
Hépatite Aiguë	+	-	+	+	+	-	+
Hépatite Aiguë	+	-	+	+	-	+	-
Convalescence	-	-	+	+	-	+	-
Hépatite ancienne guérie	-	+	+	-	-	±	-
	-	-	+	-	-	±	-
Vaccination	-	+	-	-	-	-	-
Hépatite IT	+	-	+	-	+	-	+
Chronique à IE	+	-	+	±	+→-	- →+	±
Virus sauvage L	+	-	+	-	-	+	-
Réactivation	+	-	+	±	+	-	+

Fleury H.J.A. Abrégé de virologie. Paris : Masson, 1997. 191P.

L'examen direct du virus [26].

La particule de Dane, les structures des constituants sphériques tubulaires peuvent être mises directement en évidence à partir du sang centrifugé à une vitesse appropriée par microscopie électronique ou par marquage des Ag de surface avec des anticorps fluorescents. Le VHB n'est pas cultivable.

Détection des Ag et Ac dans le sérum : il s'agit de l'Ag HBs, Ag HBe, l'Ac anti HBs, Ac anti HBc et Ac anti HBe. Les techniques utilisées sont toutes basées sur le principe de la réaction Ag-Ac. Nous avons les méthodes de 1^{ère} et de 2^{ème} génération qui sont :

- Immuno-diffusion
- Electro-immuno-diffusion
- Hémagglutination passive

Ces méthodes sont actuellement abandonnées pour les méthodes de 3^{ème} génération qui sont :

- Méthodes immuno-enzymatiques : Enzyme Linked Immuno Sorbant Assay (ELISA), Enzyme Linked Fluorescent Assay (ELFA)
- Méthode radio immunologique : Radio Immuno Assay (RIA).

Détection des séquences d'ADN [26].

Elle se fait par des techniques de biologie moléculaire notamment la PCR (Polymérase Chaîne Réaction) ou technique d'amplification génique.

5. Traitement et prophylaxie.

5.1. Traitement

Les objectifs du traitement ont été revus lors de la conférence de consensus européenne de 2002 [23]. L'objectif principal du traitement était d'améliorer les lésions histologiques et donc de réduire le risque d'évolution vers la cirrhose, l'insuffisance hépatocellulaire et le carcinome hépatocellulaire

- Le cas de l'hépatite B aiguë

Une simple surveillance et du repos sont prescrits, avec le conseil d'éviter la prise de médicaments ou d'alcool pendant la phase de l'infection. Dans le même temps, une enquête familiale doit être réalisée ; pour ceux d'entre eux qui ne sont pas vaccinés, rechercher les marqueurs sérologiques et dosages des transaminases.

▪ Le cas du nouveau-né de mère infectée

Dès les premières heures de vie : injection d'anticorps spécifiques anti-VHB et première dose de vaccin. La guérison est ainsi obtenue dans 100% des cas. Ce succès thérapeutique est à l'origine de l'obligation de dépistage du VHB au début du troisième trimestre de la grossesse.

▪ Le cas de l'hépatite B chronique

Le traitement a pour but d'interrompre la multiplication virale pour stopper l'activité de l'hépatite chronique et pour empêcher son évolution vers la cirrhose. Les hépatites asymptomatiques et les cas d'hépatites chroniques les plus stables ne sont pas traités.

Substances disponibles :

- L'interféron alpha (IV, IM et S/C) et les analogues nucléotidiques.
- La Lamivudine
- Le Ténofovir
- D'autres traitements ou association de traitements sont à l'étude.

5.2. Prophylaxie

Le vaccin contre l'hépatite B (mais aussi contre l'hépatite virale Delta ou VHD, puisque ce dernier virus ne peut infecter que les personnes co-infectées par le virus B). La vaccination est efficace dans 95% des cas. Les 5% de non réponse sont essentiellement dus à des déterminants génétiques particuliers ; un âge supérieur à 40 ans, le sexe masculin, le tabagisme, l'alcoolisme, l'hémodialyse, la co-infection par les virus des hépatites B et C, l'existence d'une cirrhose sont des facteurs qui concourent à une moindre réponse à la vaccination.

A2. VIRUS DE L'HEPATITE C : VHC

1. Caractéristiques du virus

C'est un virus à ARN de 50-60nm de diamètre, enveloppé, très résistant à la chaleur et dont le génome c'est-à-dire la partie génétique est hautement variable. Il survit au moins deux jours à l'air libre.

Sa variabilité a été à l'origine de l'émergence dans le temps à partir de leur ancêtre commun de plusieurs génotypes viraux qui ont une répartition géographique qui leurs sont propres.

Le poids moléculaire de l'ARN est voisin de 4.10 Da. Par ses caractéristiques, il est apparenté à la famille des *FLAVIVIRIDAE* dont les membres les plus connus sont les virus de la fièvre jaune et de la dengue.

L'hépatite virale C, représentant jusqu'à 85% de tous les cas d'hépatites post transfusionnelles, ne se propage apparemment que par voie parentérale à partir des donneurs de sang atteints de formes sub cliniques de l'infection.

L'hépatite C est une maladie dont l'évolution est variable.

Après contamination par le VHC :

- 10 à 15% des sujets guérissent spontanément.
- 20 à 25% ont une maladie chronique totalement asymptomatique avec des transaminases normales et des lésions au niveau du foie le plus souvent minime.
- 30 à 40% guérissent ou ont une maladie chronique bénigne sans conséquence.
- 60 à 70% développent une hépatite, une cirrhose se manifestant par une élévation le plus souvent modérée des transaminases.

La majorité de ces patients ont des lésions inflammatoires discrètes sur le foie et une fibrose minime.

Environ 20% des hépatites chroniques C se développent après 10 à 20 ans d'évolution en une cirrhose susceptible d'évoluer vers une insuffisance hépatocellulaire ou plus rarement vers un CHC.

Le risque du cancer du foie une fois la cirrhose constituée est de 1 à 5%. Plusieurs facteurs jouent un rôle important dans le développement de la cirrhose :

- L'âge au moment de la contamination.
- La consommation d'alcool supérieure à 50g par jour (l'équivalent de 5 verres quelque soit le type d'alcool) et pendant une période prolongée est un facteur favorisant.
- Le sexe masculin : le facteur d'âge et de consommation d'alcool chez les hommes ont une vitesse de progression vers la fibrose plus rapide que chez les femmes. Les mécanismes en sont inconnus.
- La co-infection par le virus du SIDA(VIH) ainsi que tous les états du déficit immunitaire sont associés à une progression plus rapide de la fibrose.
- La co-infection par le virus de l'hépatite B.

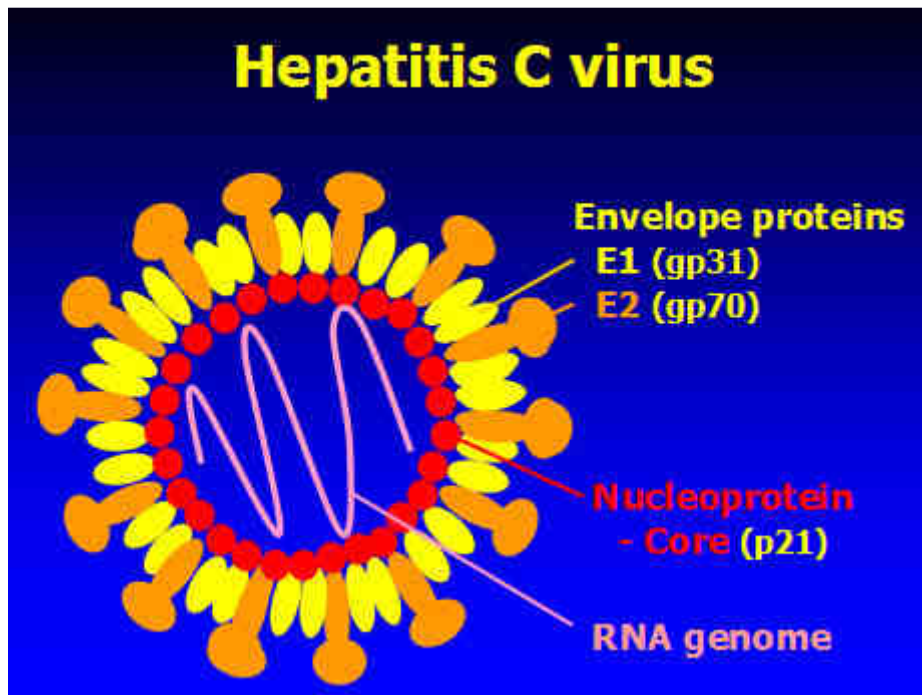


Schéma 2 : Organisation génomique du virus de l'hépatite C [30].

2. Répartition géographique.

Depuis la mise au point des moyens de dépistage du VHC, des études prospectives et même rétrospectives ont permis de caractériser le virus dans l'espace [31, 32]. On sait aujourd'hui que le virus est ubiquitaire, présent sur tous les continents avec cependant une prédominance dans les pays occidentaux et d'autres pays industrialisés comme le Japon (1%) [33]. Le VHC se trouve dans le monde entier avec une prévalence moyenne de 3% (soit 170 millions de personnes infectées) [16]. Ceci s'expliquerait par les habitudes de la modernité qui

favoriseraient la propagation du virus dans leur population : toxicomanie à la seringue, dialyse, homosexualité, greffe d'organe et transfusion [34].

La prévalence de l'infection par le VHC est de 60% environ chez les usagers de drogue intra veineuse (IV). Elle serait d'au moins 25% chez les détenus [16].

Il y'a environ 4 millions de porteurs chroniques aux Etats Unis [35]. En Europe, la proportion des sujets varie de 0,5 à 2% [36,37] en fonction des pays avec un gradient Nord Sud. En Europe de l'Ouest, 5 millions de personnes sont touchées tandis que en Europe de l'Est, Certains pays sont particulièrement touchés jusqu'à 3 à 4% [38, 39].

En Afrique noire, la prévalence varie de 2 à 6% selon les pays [37]. La distribution est très hétérogène en particulier en Afrique, au Sud du sahara [38, 39].

En Afrique occidentale, peu d'études sont publiées à ce jour.

Au Mali, une prévalence de 3% a été rapportée chez les donneurs de sang au CNTS de Bamako en 1999 par Dembélé [40] ; 5,4% en 2002 par Katembé [41] et 2 à 5,4% en 2004 par Traoré [42] chez les mêmes populations de donneurs.

Le VHC serait responsable de 19% des hépatites chroniques au Niger [33]. Une prévalence de 5,4% a été rapportée chez les enfants en âge scolaire au Ghana [43] et 3,3% chez les donneurs de sang de Lomé au Togo [16].

En Afrique centrale, des études ont rapporté une séroprévalence de l'ordre de 10 à 20% au Gabon Orientale et au Sud du Cameroun [35, 44, 45, 46].

Au Zaïre, la prévalence est de 6%. En Afrique australe, au Zimbabwe, la prévalence est de 7,7%.

L'Egypte apparaît comme ayant la plus haute prévalence. Les anticorps anti-VHC ont été retrouvés chez 22% des nouveaux recrues de l'armée et chez 16,4% des enfants avec hépatomégalie [47].

3. Les modes de transmission [48, 31, 49, 34].

Les principaux modes de transmission du VHC sont connus. Il se transmet essentiellement par voie parentérale. Les deux principaux modes de contamination sont la toxicomanie intraveineuse et les antécédents de transfusion.

3.1 Les produits sanguins.

La transfusion des produits sanguins (sang total, albumine, plasma, globulines.....) a été la première cause reconnue de transmission et a presque complètement disparu depuis 1991 dans les pays développés du fait du dépistage systématique et des mesures d'inactivation virale dans la préparation des produits dérivés du sang. Le risque résiduel de transmission du

VHC est estimé en France en 1997 à 1 pour 204 000 dons de sang, ce qui représente moins de 10 nouveaux cas par an.

La transfusion des produits sanguins a été un important facteur de contamination jusqu'en 1991. Sont donc largement concernés les personnes polytransfusées, les hémophiles, mais aussi les hémodialysés et les transplantés d'organes.

Depuis 1999, un test de dépistage obligatoire de VHC associé à un dosage des transaminases est fait systématiquement à tout donneur de sang ; ce qui réduit considérablement ce risque. Actuellement, le risque de contamination est estimé à 1 pour 500 000 transfusions [50].

3.2 La toxicomanie.

La toxicomanie intraveineuse est actuellement la principale voie de transmission du VHC dans les pays développés. La toxicomanie est responsable des 2/3 de nouveaux cas de contamination par le VHC.

3.3 Les autres modes de transmission.

❖ La transmission sexuelle.

La transmission sexuelle du VHC est rare. Elle est vraisemblablement liée à une exposition sanguine au cours d'un rapport sexuel, en cas de rapport sexuel traumatique, de lésions génitales le plus souvent associées à des MST (herpès ++), ou encore lors des rapports pendant les règles.

❖ La transmission mère – enfant.

La transmission mère – enfant du VHC est bien démontrée mais rare (3%). Le risque de transmission est inférieur à 6% mais, peut atteindre 10% si la mère a une charge virale élevée [48]. Le risque est plus élevé quand la mère est infectée par le virus du SIDA ou de l'HVB. S'agissant de l'allaitement et bien que les études ne soient pas toutes concordantes, le risque semble extrêmement faible ou nul.

❖ La transmission intra familiale.

La transmission entre sujets habitants sous le même toit est très rare et est le plus souvent liée au partage d'objets courants en particulier les objets de toilette. Il n'y a pas de risque lié au baiser ou au partage de la vaisselle.

4. Diagnostic clinique et biologique.

4.1 Clinique.

Hépatite aigue.

Lorsque le virus est introduit par voie sanguine dans l'organisme, il va gagner le foie. Il provoque alors après une période d'incubation moyenne de 2 mois une hépatite aigue. Il s'agit

d'une période totalement silencieuse ou la quantité de virus n'est pas suffisante pour provoquer des signes cliniques ou perturber des résultats des prises de sang. Neuf fois sur dix, il n'y a pas de signes cliniques (totalement asymptomatique) ; une fois sur dix on a :

- Un syndrome grippal : fièvre, céphalées, douleurs musculaires, abdominales et articulaires, asthénie.
- Des signes digestifs : anorexie, nausées, diarrhées, douleur dans l'hypochondre droit.
- Parfois éruption cutanée de type urticaire : Ces signes peuvent être suivis par l'apparition d'un ictère. Ils mettent plusieurs semaines à disparaître.

Le déroulement de l'infection aigue.

Apparition de l'ARN du VHC premier marqueur dans le sérum 7 à 21 jours après la contamination des transaminases sériques au-delà du 15^{ème} jour, souvent au-delà de 4 semaines après la contamination.

Les symptômes cliniques en particulier l'ictère, dans 10% des cas, 2 à 12 semaines après la contamination disparaissent rapidement. Les anticorps anti VHC apparaissent dans le sérum 20 à 150 jours après la contamination. L'évolution habituelle de l'hépatite aigue est la guérison (qui est définie par l'absence d'ARN du VHC détectable dans le sérum).

Hépatite chronique.

L'évolution vers la chronicité est désormais bien démontrée [37], c'est la complication majeure de l'HVC, ce qui fait toute sa gravité. Elle survient dans 80% des cas après une infection aigue (symptomatique ou non). Elle se caractérise par la persistance du VHC dans le foie et dans le sang au-delà de 6 mois après le comptage. Les cellules de défense de l'organisme se révèlent incapables d'éliminer toutes les cellules infectées et le virus persiste au long cours dans le foie. Comme dans l'hépatite aigue, les cellules détruites régénèrent. Toutefois, chez certaines personnes, va se développer progressivement une fibrose qui est un tissu cicatriciel irréversible. La fibrose va délimiter progressivement des nodules : on parle alors de cirrhose. Lorsque la cirrhose est constituée, il n'y a pas obligatoirement de troubles, il peut même n'y avoir aucun risque. Toutefois, lorsque la fibrose progresse, elle finit par étouffer les cellules hépatiques normales et entraîner des manifestations qui peuvent être graves. La cirrhose peut survenir au terme de 20 années d'évolution dans environ 30% des cas. Par la suite, cette cirrhose peut se compliquer d'un cancer du foie survenant chaque année pour 4 à 5% de cas de cirrhose. Certains facteurs accélèrent l'évolution de la maladie :

- Âge élevé au moment de la contamination (40 à 50 ans)
- Sexe masculin
- Alcool (consommation quotidienne supérieure à 40-50g)
- Poids élevé
- Co-infection par le VIH ou le VHB
- Tabagisme
- Polytoxicomanie (benzodiazépines, ecstasy, médicaments...)

Le cancer du foie.

Les malades atteints de cirrhose ont un risque élevé de développer un cancer du foie. Généralement, les cancers de petite taille peuvent être guéris alors que ceux évolués sont malheureusement peu accessibles au traitement et peuvent conduire au coma et à la mort (dans de nombreux cas, le diagnostic est tard)

L'insuffisance hépatique.

Elle traduit une destruction importante du tissu hépatique fonctionnel. Le foie ne peut plus alors effectuer son travail et épurer les toxines de l'organisme. Les troubles sont constants et associent souvent une fatigue importante, une jaunisse et un amaigrissement. L'importance de l'atteinte hépatique du tissu fonctionnel est appréciée par la détermination du taux de prothrombine (TP).

L'hypertension portale.

Le foie est traversé par une grosse veine au débit important : la veine porte qui draine le sang en provenance du tube digestif. En cas de cirrhose, le sang ne peut pas traverser le foie en raison des transfusions tissulaires consécutives à la fibrose. La pression dans la veine augmente ; le sang va alors emprunter des itinéraires secondaires pour contourner le foie; il passe par des veines situées dans la paroi de l'œsophage. Ces veines se dilatent et se transforment en véritable varices. L'hypertension portale peut par ailleurs être responsable de l'accumulation de liquide dans la cavité abdominale : l'ascite.

Les manifestations extra hépatiques [40].

Elles sont auto-immunes et les plus connues sont : la cryoglobulinémie mixte

Les cryoglobulines sont les cellules anormales qui possèdent la propriété de précipiter et de s'agglutiner lors d'une baisse de température. Elle touche 50% des patients d'hépatite chronique C.

- Endocrinologiques à type de thyroïdite auto-immune (10 à 20% des cas).
- Hématologiques à type de purpura.
- Rénales se traduisant par une glomérulonéphrite.
- Neurologiques entraînant des neuropathies périphériques.
- Articulaires : polyarthrite, syndrome de GOURGEROT-SJOGREN et périarthrite noueuse.
- Dermatologiques : lichen plan, lupus érythémateux systémique, porphyrie cutanée tardive.
- Pseudo syndromes secs (sécheresse des muqueuses) présents chez un malade sur deux.

4.2 Diagnostic biologique.

Le diagnostic des infections par le VHC comme celui de toute infection virale repose sur deux types de tests : les tests indirects qui mettent en évidence les anticorps dirigés spécifiquement

contre le virus (tests sérologiques) et les tests directs qui mettent en évidence les constituants de la particule virale (PCR par exemple pour le VHC). Le prélèvement sanguin permet de rechercher la présence d'anticorps anti VHC.

La séroconversion a lieu dans 95% des cas au cours du premier mois, dans 99% des cas au cours des trois premiers mois. La positivité de ce test signifie seulement que la personne a été en contact avec le virus. Elle ne permet pas de savoir si le virus a été éliminé ou pas de l'organisme ; de même, ce test restera positif en cas de guérison. En cas de résultat positif et si un doute persiste, un second test ELISA sera prescrit pour confirmation. Mais la plupart du temps, on s'aidera d'un dosage qualitatif de la charge virale plasmatique (PCR) en VHC ; ce test indique si l'ARN du VHC est retrouvé ou non sans en déterminer la quantité circulante, sa sensibilité actuelle.

4.2.1 Le diagnostic indirect.

Il repose sur les tests qui utilisent les antigènes viraux permettant la détection spécifique d'anticorps anti VHC. Deux types de tests sont actuellement utilisés: les tests de dépistage utilisés en première intention et les tests de validation.

Tests de dépistage : Il s'agit habituellement des tests ELISA. Les protéines recombinantes ou les peptides de synthèse viraux sont fixés soit sur des microplaques soit sur des billes de polystyrène. Les anticorps sont mis en évidence par immunocapture suivie d'une révélation enzymatique colorimétrique. Aujourd'hui, les tests sérologiques de dépistage commercialisés sont les tests de troisième génération. Ils incluent des protéines recombinantes et ou des peptides synthétiques codés à la fois par des régions structurales (capside et enveloppe) et des régions non structurales (NS3, NS4, NS5). Plusieurs tests sont disponibles sur le marché : ELISA 3.0 HCV (ortho diagnostic system), HCV 3.0 (abbott diagnostic), Murex anti HCV (Murex diagnostic) et INNOTEST HCV ab IV (Innogenetics).

Tests de validation : Ces tests utilisent une technique d'immuno-transfert. Les antigènes viraux souvent identiques ou voisins des antigènes utilisés dans le test de détection correspondant sont mobilisés sur des bandelettes de nitrocellulose en bandes parallèles après transfert à partir d'un gel de migration électro phorétique. Les bandelettes de nitrocellulose sont incluses avec le sérum ou plasma testé et les contrôles positifs et négatifs.

Si les anticorps anti VHC sont réellement présents, ils réagissent avec les anticorps fixés sur les bandelettes. La réaction est ensuite révélée par immuno enzymologie et l'intensité de la bande est proportionnelle à la quantité d'anticorps spécifiques fixés à l'antigène recombinant.

Plusieurs tests sont disponibles sur le marché : RIBA 3.0, HVC SIA (ortho diagnostic system), WESTERN BLOT HCV (Murex diagnostic), MUTIX HCV 3.0 (Abott diagnostic).

4.2.2 Diagnostic direct.

L'importance des hépatopathies NANB dans la pathologie virale hépatique et notamment post transfusionnelle a fortement stimulé la recherche de test de diagnostic sérologique et

moléculaire afin de pouvoir les identifier et mieux comprendre leur évolution [10]. L'amplification génomique par PCR introduite en 1985 par les chercheurs de la firme « cetus » [51], permettant d'obtenir des molécules de copies d'ADN spécifiques constitue à ce jour une véritable révolution dans le diagnostic. Pour le VHC, cette amplification nécessite une première étape dite transcriptase reverse qui consiste en une transformation de l'ARN virale en ADN grâce à une transcriptase reverse. L'amplification génomique par PCR comporte trois étapes [51] :

- La première étape consiste en une détermination de l'ADN double brin par rupture des ponts d'hydrogène à température élevée aboutissant à la libération d'ADN simple brin.
- La deuxième étape réalisée à basse température permet le couplage aux deux brins d'ADN issus de l'étape précédente, de deux amorces oligonucléotidiques complémentaires ; l'une de région 5' et l'autre de la région 3' de la séquence cible.
- Pendant la troisième étape, l'utilisation d'une polymérase permet la synthèse d'un brin complémentaire par extension à partir des amorces dans le sens 5'-3'.

Il en résulte un dédoublement de la séquence initiale puisque les deux brins issus de l'étape 1 sont copiés. L'opération est ensuite recommencée avec pour chaque cycle :

- Un temps de dénaturation de l'acide nucléique à 95°C pendant 1 mn
- Un temps d'hybridation avec les amorces à 37°C pendant 1 mn
- Un temps d'extension des amorces à 72°C pendant 2 mn

L'amplification qui requiert environ 35 cycles est ensuite achevée par extension de 10 mn à 72°C.

5. Traitement et prophylaxie.

5.1 Traitement.

Quand une hépatite C chronique est suspectée, on procède à une ponction biopsie-hépatique (PBH). La décision de traiter repose sur les résultats de cette biopsie.

La PBH a pour objectifs :

- De déterminer le stade précis d'évolution de la maladie
- D'aider à la décision pour le traitement
- De permettre de clarifier les atteintes multifactorielles

En plus de la PBH, une nouvelle technique d'évaluation du degré de fibrose a été mise en place. Il s'agit du fibro test c'est-à-dire d'un dosage sanguin de cinq marqueurs biochimiques de fibrose (Gamma GT, Bilirubine, Haptoglobine, Apoprotéine A1, Alpha 2 macroglobulines). Ce fibro test permettra d'éviter la PBH une fois sur deux.

- a.) Lors de la phase aigüe.** Le traitement par interféron alpha permet de multiplier par dix la réponse complète prolongée. Actuellement, l'hépatite aigüe doit être traitée lorsque l'ARN du virus C devient positif au décours d'un accident d'exposition au

virus C. L'intérêt d'un traitement préventif n'a pas été démontré. Le traitement par interféron alpha : 3MU administrées 3 fois par semaine pendant 3mois permet d'obtenir une réponse prolongée dans 41% des cas [39].

b.) Lors de la phase chronique. Le traitement combiné interféron Alpha et ribavirine doit être proposé s'il n'y a pas de contre indication car, une réponse prolongée est obtenue chez plus de 40% des patients après 12 mois de traitement par interféron seul. Ce traitement associe l'interféron 3MU 3 fois par semaine et ribavirine 1000 à 1200 mg par jour. La présence d'une répllication virale (75-80% des cas) témoigne d'une infection par le virus C.

Le bilan décisionnel : il précise les arguments en faveur ou en défaveur de l'instauration d'un traitement anti viral.

Le bilan biologique : il comprend des tests hépatiques (transaminases, gamma glutamyl transférase, phosphatase alcaline, bilirubine, taux de prothrombine) et un hémogramme.

L'augmentation des transaminases malgré l'absence de corrélation stricte avec les lésions histologiques est en faveur d'une maladie évolutive orientant vers un traitement. En revanche, la normalité des transaminases fait évoquer une maladie peu ou pas évolutive. Cette normalité doit être confirmée par un contrôle mensuel pendant 6 mois.

La charge virale : elle est prédictive de la réponse au traitement. Une charge virale élevée n'est pas associée à une progression plus rapide de la maladie.

Une échographie abdominale est effectuée pour étudier le parenchyme hépatique et rechercher les signes d'hypertension portale.

La PBH permet d'établir le bilan lésionnel.

5.2) Prophylaxie.

Il n'y a pas à ce jour de vaccin disponible contre l'HVC. Devant l'indisponibilité d'un vaccin, certaines précautions sont fondamentales. Il s'agit de l'hygiène de vie et des précautions à prendre pour éviter la contamination et les complications :

- L'existence du virus associée à une consommation régulière d'alcool majeure de façon nette les lésions du foie.
- En cas de surpoids ou obésité, un régime amaigrissant peut être conseillé car ceci est un facteur de sensibilité hépatique.
- Par contre, il n'y a aucune restriction alimentaire et tous les aliments sont autorisés.

A3. Cas particuliers des malades infectés par le VHB et le VIH. [23]

La prévalence de l'infection par le VHB est de l'ordre de 30 à 80% chez les malades séropositifs pour le VIH quelle que soit le mode de contamination, mais seuls 10% ont une hépatite répllicative. Son activité est presque toujours marquée lorsque l'immunodépression

est modérée ou absente, mais si elle devient plus sévère, l'hépatite B peut redevenir répliquative dès que l'activité histologique a tendance à s'améliorer.

Influence du VIH sur le VHB [23].

L'infection aiguë par le VHB chez les patients infectés par le VIH se distingue peu de celle décrite chez les patients non infectés par le VIH. Tout au plus, on rapporte une moindre fréquence de l'ictère et un pic d'ALAT plus prolongé. Aucun cas d'hépatite fulminante dû au VHB n'a été rapporté dans cette population. En revanche, le passage à la chronicité semble d'autant plus fréquent chez les patients infectés par le VIH. Ce passage à la chronicité paraît d'autant plus fréquent que le taux de CD4 est bas. Comme pour le VHC, une co-infection par le VIH et le VHB semble accélérer la vitesse de progression vers la cirrhose par rapport aux sujets infectés par le seul VHB et cela semble survenir en dépit d'une activité inflammatoire hépatique moins sévère. L'influence du VIH sur le VHB se caractérise par [23] :

- Evolution plus fréquente vers la chronicité.
- Augmentation de la réplication virale (plus ou moins corrélée aux CD4).
- Diminution des arrêts spontanés de réplication.
- Augmentation de la fréquence des réactivations.
- Entraînement des hépatites fibrosantes cholestatiques.
- Accélération de la vitesse de progression de la fibrose et du risque de cirrhose.

Influence du VHB sur le VIH [23].

La très grande majorité des études ayant évalué l'impact de l'infection par le VHB sur la progression de la maladie VIH ont montré l'absence d'influence du VHB sur la survie ou la progression vers des stades d'immunodépression sévère. L'influence du VHB sur le VIH se caractérise par [23] :

- Accélération de la progression vers le SIDA
- Augmentation de la réplication VIH in vitro
- Séroconversion en VIH2 si VHB

A4.) Cas particuliers des malades infectés par le VHC et le VIH.

La prévalence de l'infection par le VHC chez les malades ayant contractés l'infection à VIH par toxicomanie ou par polytransfusion est supérieure à 50%. Elle est marginale dans d'autres cas. Comme pour l'hépatite B, il existe souvent une activité histologique plus intense qu'en l'absence de coinfection et une virémie plus élevée. Lorsque l'immunodépression s'aggrave, l'hépatite C tend à devenir plus active. Il existe souvent une séroconversion ou négativation de la sérologie. L'infection n'est alors plus détectable que par la recherche d'ARN viral (PCR).

Influence du VIH sur le VHC [23]. La coïnfection est fréquente et modifie l'histoire naturelle des 2 virus :

- Séroconversion plus fréquente : intérêt de la PCR
- Augmentation de la transmission sexuelle et verticale du VHC
- Augmentation de la virémie et du nombre de quasi espèces
- Entraînement des hépatites fibrosantes cholestatiques
- Accélération de la vitesse de progression de la fibrose et du risque de cirrhose

Influence du VHC sur le VIH.

- ✓ Accélération de la progression vers le SIDA
- ✓ Augmentation de la mortalité
- ✓ Diminution de la remontée des CD4 sous HAART
- ✓ Augmentation du risque de toxicité médicamenteuse.

4. METHODOLOGIE.

4.1 Lieu et cadre d'étude.

L'étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G dans la ville de Bamako. Il a été construit entre 1906 et 1913, est étendu sur 25 ha (hectares) et était l'ancien hôpital militaire devenu hôpital civil à l'indépendance. Il regroupe en son sein 500 lits, plusieurs services et une administration. Ses différents services sont :

- le service des urgences.
- les services de médecine : cardiologie, hémato-oncologie, maladies infectieuses, médecine interne, néphrologie, neurologie, pneumo-phthysiologie, psychiatrie, rhumatologie.
- les services de chirurgie : Anesthésie-réanimation, Chirurgie générale, Gynéco-obstétrique, Urologie.
- les services techniques et laboratoire : imagerie médicale et médecine nucléaire, laboratoire d'analyse et pharmacie hospitalière, le service social, le service de maintenance, la direction constituée par ses composantes administratives, financières et d'informations hospitalières.

Comme organes de gestion, il comporte :

- + Un conseil d'administration.
- + Une direction.
- + Un conseil de gestion.
- + Un comité médical d'établissement.
- + Une commission d'hygiène hospitalière.
- + Une commission de soins infirmiers.
- + Une commission qualité / point focal qualité.

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

+ Tout autre organe que le directeur juge nécessaire au bon fonctionnement de l'établissement.

4.2 Type d'étude.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale en prospective.

4.3 Période d'étude.

Notre étude s'était déroulée sur la période allant du 01^{er} Juin au 01^{er} Août 2014.

4.4 Population d'étude.

4.4.1 Population visée

La population visée par notre enquête était tout le personnel soignant permanent du CHU du Point G toutes les catégories confondues (Médecins, Techniciens de santé, Techniciens de laboratoire, Infirmiers, Assistants médicaux, Sages femmes, Infirmières obstétriciennes, Aides soignants, Internes, Manœuvres, Garçons / Filles de salle) qui assurent les soins.

4.4.2 Critères d'inclusion.

Ont été inclus dans l'étude tout personnel soignant présent au moment de l'enquête et ayant donné son consentement pour participer à l'enquête.

4.4.3 Critères de non inclusion.

N'ont pas été inclus tout personnel ayant refusé de participer à l'enquête et tous les autres travailleurs du CHU du Point G ne correspondant à aucun des éléments de chaque catégorie sous citées.

4.4.4 Type d'échantillonnage.

Notre échantillonnage était de type aléatoire simple et le type de personnel a été catégorisé et réparti par quota.

4.4.5 Taille de l'échantillon.

La taille de l'échantillon nécessaire considérant une prévalence de 33,80% qui est la prévalence de l'étude menée par Diallo M au CHU IOTA sur le personnel soignant [5] est de 344 soignants avec un risque alpha de 5% et une précision de 5%.

$$t = 1.96$$

$$P = 0.338 \text{ et } 1-p = 0.662$$

$$m = 0.05$$

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

Nous obtenons $n = 344$. La taille de notre échantillon est égale à 344 sujets. Mais en anticipant sur les cas de refus de participation et/ou les pertes de vue, nous allons ajouter 10%. Ce qui nous donne une taille d'échantillon finale de $n = 378$.

t : risque d'erreur

p : prévalence du phénomène étudié

1-p : population non concernée par l'étude

m : précision que l'on souhaite obtenir

L'échantillon était reparti proportionnellement à l'effectif des catégories professionnelles définies comme suit :

- Catégorie 1 : Médecins.
- Catégorie 2 : Internes.
- Catégorie 3 : Techniciens de santé, Techniciens supérieurs de santé, Techniciens de laboratoire, Infirmiers, Assistants médicaux, Sages femmes, Infirmières obstétriciennes.
- Catégorie 4 : Aides soignants.
- Catégorie 5 : Manœuvres, Garçons/ Filles de salle

La taille de l'échantillon en fonction de l'effectif pour chaque catégorie est de 85 pour la catégorie 1, de 25 pour la catégorie 2, de 142 pour la catégorie 3, de 27 pour la catégorie 4 et de 65 pour la catégorie 5.

4.5 Technique de collecte des données.

Notre enquête s'est déroulée sous forme d'interview directe confidentielle. Le personnel était interviewé pendant les heures de pause, quand il avait le temps libre.

4.6 Support des données.

Une fiche d'enquête anonyme a été élaborée. Elle comportait :

- L'identification du sujet (sans nom et sans prénom).
- Connaissances sur l'hépatite B.
- Connaissances sur l'hépatite C.
- Attitudes et pratiques face aux risques de l'hépatite B et C.

4.7 Traitement et analyse des données.

La saisie, la vérification et l'analyse des données ont été faites à partir du logiciel Epi info version 3.5.1.

4.8 Aspects éthiques.

Avant le début de l'enquête, la direction du CHU a donné son accord par écrit concernant la réalisation de l'interview au sein de la structure hospitalière ; et chaque personnel soignant concerné par l'interview donnait son accord volontaire et son consentement verbal. Et en plus, nous avons tenu à informer tous les participants volontaires et consentants sur les objectifs et le but de notre étude. Nous avons aussi rassuré les participants sur la confidentialité (anonymat gardé) et sur la disponibilité des résultats après l'enquête.

5. RESULTATS.

Sur les 378 personnels soignants qui devaient normalement être interviewés, 28 personnels ont refusés de participer à l'interview ; ce qui fait que notre effectif total est de 350 personnels soignants interviewés.

I. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DU PERSONNEL SOIGNANT ENQUETE.

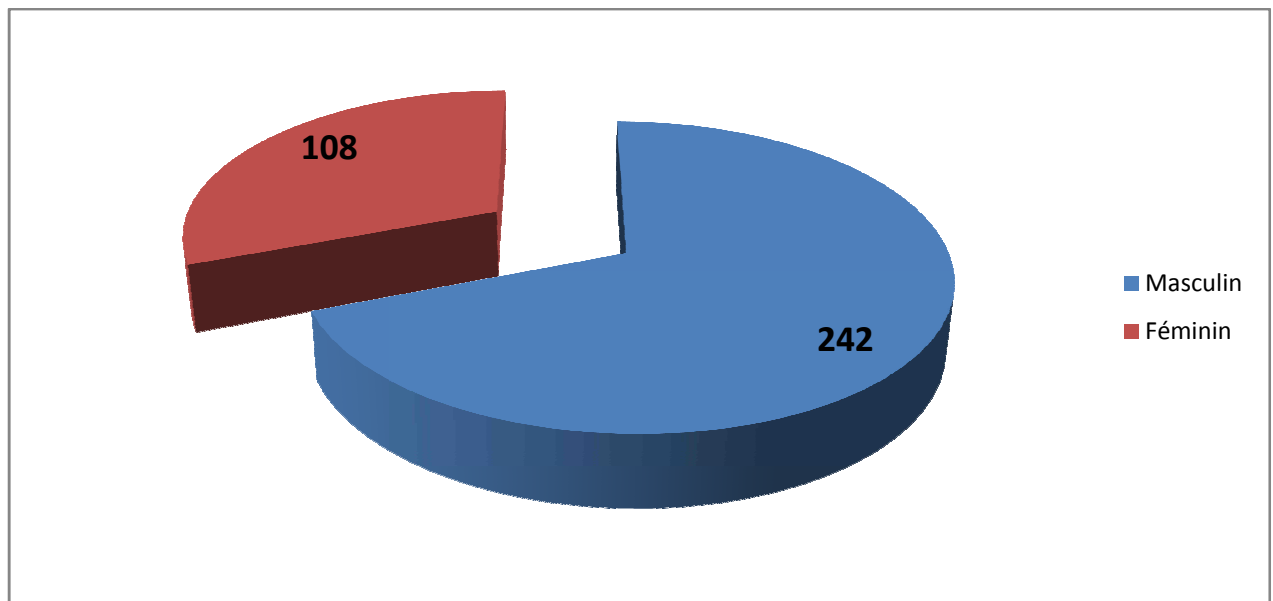


Figure 1 : Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon le sexe.

Nous avons recensé 242 hommes (69,1%) pour 108 femmes (30,1%), soit un sex-ratio de 2,24.

Tableau II : Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence (%)
15-19 ans	2	0,6
20-24 ans	6	1,7
25-29 ans	47	13,4
30-34 ans	65	18,6
35-39 ans	70	20
40-44 ans	70	20
45-49 ans	35	10
50-54 ans	30	8,6
55-59 ans	22	6,3
60-64 ans	3	0,9
Total	350	100

L'âge moyen était de 39 ± 8 ans ; Les tranches d'âge de 35-39 ans et 40-44 ans représentaient respectivement 20% de l'effectif total.

Tableau III: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon la catégorie.

Catégorie	Effectif	Fréquence (%)
Catégorie 1(<i>médecins</i>)	93	27
Catégorie 2(<i>internes</i>)	25	7
Catégorie 3(<i>techniciens supérieurs de santé, techniciens de santé, sages femmes, infirmières obstétriciennes, techniciens de laboratoire, assistants médicaux, infirmiers d'état, infirmiers brevetés</i>)	131	37
Catégorie 4(<i>aides-soignants</i>)	35	10
Catégorie 5(<i>manœuvres</i>)	66	19
Total	350	100

La catégorie 3 représentait 37% du personnel soignant interviewé.

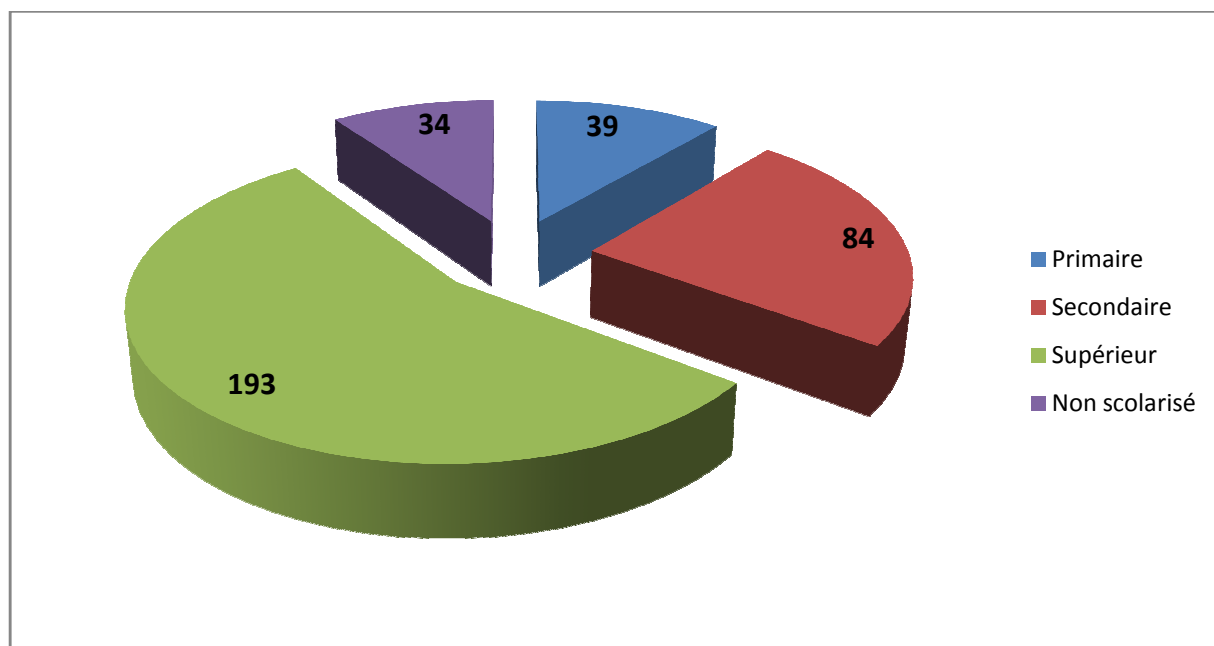


Figure 2: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon le niveau d'étude.

Cent quatre-vingt-treize personnels soignants avaient un niveau d'étude supérieur, soit 55 %.

II. CONNAISSANCES DU PERSONNEL A PROPOS DE L'HVB.

Tableau IV: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon qu'il a entendu parler de l'HVB ou non.

Connaissance de l'HVB	Effectif	Fréquence (%)
Oui	287	82
Non	63	18
Total	350	100

Deux cent quatre-vingt-sept personnels avaient entendus parler de l'HVB, soit 82%.

Tableau V: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance de l'agent responsable de l'HVB.

Agent responsable l'HVB.	Effectif	Fréquence (%)
Virus	264	75,44
Bactérie	15	4,28
Parasite	8	2,28
Ne sait pas	63	18
Total	350	100

Soixante quinze virgule quarante quatre pour cent du personnel ont évoqué le virus comme agent causal.

Tableau VI: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance des voies de transmission de l'HVB.

Voies de transmission de l'HVB	Effectif	Fréquence (%)
Sanguine+Mère enfant+Sexuelle	135	38,57
Sanguine+Mère enfant	70	20
Sanguine	35	10
Sanguine+Mère enfant+Sexuelle+Liquides biologiques	16	4,6
Sanguine+Mère enfant+Sexuelle+Salive	15	4,3
Sanguine+Mère Enfant+Salive	4	1,1
Sanguine+Sexuelle+Salive	3	0,86
Sanguine+Salive	3	0,86
Ne sait pas	69	19,71
Total	350	100

Nous avons obtenu 38,57% personnels qui ont évoqué comme modes de transmission la voie sanguine – sexuelle – mère enfant.

Tableau VII: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance des différentes complications de l'HVB.

Complications de l'HVB	Effectif	Fréquence (%)
Cirrhose+CPF	118	33,7
Fibrose+Cirrhose+ CPF	95	27,14
Cirrhose	30	8,6
Fibrose+Cirrhose	13	3,7
CPF	10	2,86
Fibrose+CPF	6	1,7
Ne sait pas	78	22,3
Total	350	100

Trente et trois virgule sept pour cent du personnel soignant du CHU du Point G ont mentionné la cirrhose et CPF comme complications de l'HVB.

Tableau VIII: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance des différents moyens de prévention de l'HVB.

Moyens pour prévenir l'HVB	Effectif	Fréquence (%)
Vaccination+IEC+Usage unique du petit matériel+Stérilisation du matériel	104	29,7
Vaccination	46	13,1
Vaccination+Usage unique du petit matériel+Stérilisation du matériel	35	10
Vaccination+IEC+Usage unique du petit matériel	23	6,6
Vaccination+IEC+Usage unique du petit matériel+Stérilisation du matériel+Rapports sexuels protégés	22	6,3
Vaccination+IEC+Stérilisation du matériel	16	4,6
Vaccination+Usage unique du petit matériel	16	4,6
Vaccination+IEC	10	2,8
Vaccination+Stérilisation du matériel	9	2,6
Ne sait pas	69	19,7
Total	350	100

Nous avons recensé 29,7% personnels qui ont cité la vaccination, IEC, usage unique du petit matériel et stérilisation du matériel comme moyens de prévention.

Tableau IX: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance sur le degré de gravité de l'HVB.

Degré de gravité de l'HVB	Effectif	Fréquence (%)
Maladie très grave	180	51,43
Maladie grave	102	29,14
Maladie pas grave	2	0,57
Ne sait pas	66	18,86
Total	350	100

Cinquante et un virgule quarante et trois pour cent du personnel considérait l'HVB comme une maladie très grave.

Tableau X: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance sur l'existence des consignes de prévention contre l'HVB au sein du CHU du Point G.

Programme ou consignes de prévention contre l'HVB	Effectif	Fréquence (%)
Oui	143	40,86
Non	116	33,14
Ne sait pas	91	26
Total	350	100

Quarante virgule quatre vingt six pour cent du personnel soignant savaient qu'il existe un programme ou des consignes de prévention contre l'HVB au sein du CHU du Point G.

Tableau XI: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance sur l'existence d'un programme national de lutte contre l'HVB.

Existence d'un programme national de lutte contre l'HVB	Effectif	Fréquence (%)
Oui	121	34,6
Non	132	37,7
Ne sait pas	97	27,7
Total	350	100

Cent trente deux personnels ont mentionné qu'il n'existe pas un programme national de lutte contre l'HVB.

Tableau XII: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance sur le canal de communication utilisé pour informer sur la prévention de l'HVB que ce soit au sein du CHU comme sur le plan national.

Forme des consignes de prévention de l'HVB	Effectif	Fréquence (%)
Affiches	83	23,7
Formation	38	10,9
Ne sait pas	229	65,4
Total	350	100

Deux cent vingt neuf personnels soignants ne connaissaient pas le canal de communication utilisé pour informer sur la prévention de l'HVB que ce soit au sein du CHU comme sur le plan national.

III. CONNAISSANCES DU PERSONNEL A PROPOS DE L'HVC.

Tableau XIII: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon qu'il a entendu parler de l'HVC ou non.

Connaissance sur l'HVC	Effectif	Fréquence (%)
Oui	245	69,9
Non	105	30,1
Total	350	100

Deux cent quarante cinq personnels soignants avaient entendu parler de l'HVC soit 69,9%.

Tableau XIV: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance sur l'agent responsable de l'HVC.

Agent responsable de l'HVC	Effectif	Fréquence (%)
Virus	231	66
Bactérie	9	2,57
Parasite	5	1,43
Ne sait pas	105	30
Total	350	100

Deux cent trente et un personnels ont cité le virus comme agent responsable de l'HVC, soit 66%.

Tableau XV: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon le mode de transmission de l'HVC.

Modes de transmission de l'hépatite C	Effectif	Fréquence (%)
Sanguine+Sexuelle+Mère enfant	111	31,7
Sanguine+Sexuelle	57	16,3
Sanguine	38	10,86
Sanguine+Mère enfant	25	7,14
Sanguine+Sexuelle+Mère enfant+Salive	3	0,85
Sexuelle	3	0,85
Mère enfant	1	0,3
Ne sait pas	112	32
Total	350	100

Cent douze personnels ne connaissaient aucun mode de transmission de l'HVC soit 32 %

Tableau XVI: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance des complications possibles de l'HVC.

Complications possibles de l'HVC	Effectif	Fréquence (%)
Hépatite chronique+Cirrhose+CPF	132	37,7
Hépatite Chronique+Cirrhose	37	10,6
Hépatite chronique	22	6,3
Hépatite chronique+CPF	29	8,3
CPF	8	2,3
Cirrhose	5	1,4
Ne sait pas	117	33,4
Total	350	100

Cent trente deux personnels ont cité l'hépatite chronique, la cirrhose et le CPF comme complications possibles de l'HVC, soit 37,7%.

Tableau XVII: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance sur les moyens de prévention de l'HVC.

Moyens de prévention de l'HVC	Effectif	Fréquence (%)
IEC+Usage unique du petit matériel+Stérilisation du matériel	113	32,28
Usage unique du matériel+Stérilisation du matériel	25	7,14
IEC+Usage unique du petit matériel	21	6
IEC+Usage unique du petit matériel+Stérilisation du matériel+Rapports sexuels protégés	18	5,1
IEC	17	4,9
IEC+Stérilisation du matériel	13	3,7
Stérilisation du matériel	11	3,14
Vaccination	9	2,6
Usage unique du petit matériel	7	2
Ne sait pas	116	33,14
Total	350	100

Cent seize personnels soignants ne connaissaient aucun moyen de prévention de l'HVC soit 33,14%.

Tableau XVIII: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance sur le degré de gravité de l'HVC.

Degré de gravité de l'HVC	Effectif	Fréquence (%)
Maladie très grave	148	42,3
Maladie grave	88	25,1
Maladie pas grave	9	2,6
Ne sait pas	105	30
Total	350	100

Cent quarante et huit personnels considéraient l'HVC comme une maladie très grave soit 42,3%.

Tableau XIX: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon le contexte de réalisation du test de l'HVC.

Contexte de réalisation du test de l'HVC	Effectif	Fréquence (%)
Bilan de santé	58	16,6
Don de sang	47	13,4
Don de sang+ bilan de santé	24	6,86
N'a pas réalisé de test	221	63,14
Total	350	100

Deux cent vingt et un personnels n'avaient pas réalisé de test sanguin de dépistage de l'HVC soit, 63,14 %.

Tableau XX: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon les résultats du test de l'HVC.

Résultat du test du VHC	Effectif	Fréquence (%)
Positif	7	2
Négatif	119	34
N'a pas réalisé de test	221	63,14
Ne sait pas	3	0,86
Total	350	100

Sept personnels avaient un résultat positif, soit 2%.

Tableau XXI: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon l'attitude adoptée devant la positivité du test de l'HVC.

Prise en charge si Ac VHC positif	Effectif	Fréquence (%)
Traitement en cours	6	1,7
N'a rien fait	1	0,3
Autres	343	98
Total	350	100

Six personnels étaient sous traitement contre l'HVC soit 1,7%.

Tableau XXII: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance des complications de l'HVC.

Complications de l'HVC	Effectif	Fréquence (%)
Fibrose+Cirrhose+CPF	80	22,86
Cirrhose+CPF	56	16
CPF	35	10
Cirrhose	27	7,71
Fibrose+Cirrhose	12	3,43
Fibrose+CPF	7	2
Fibrose	7	2
Ne sait pas	126	36
Total	350	100

Vingt deux virgule quatre vingt six pour cent du personnel avaient évoqué comme complications de l'HVC fibrose, cirrhose, CPF ; tandis que 126 personnels soit 36% ne connaissaient aucune complication de l'HVC.

Tableau XXIII: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance sur l'existence du programme national de lutte contre l'HVC.

Existence d'un programme national de lutte contre l'HVC	Effectif	Fréquence (%)
Oui	88	25,14
Non	115	32,86
Ne sait pas	147	42
Total	350	100

Cent quinze personnels avaient mentionné que le programme national de lutte contre l'HVC n'existe pas, soit 32,86%.

Tableau XXIV: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon leur connaissance sur le type de programme de lutte contre l'HVC.

Forme du programme de lutte contre l'HVC	Effectif	Fréquence (%)
Formation	36	10,3
Formation+Affiches	30	8,6
Affiches	22	6,3
Ne sait pas	262	74,8
Total	350	100

Trente six personnels ont évoqué la formation comme étant la forme du programme de lutte contre l'HVC soit 10,3%.

IV) ACTIVITES PROFESSIONNELLES ET FACTEURS DE RISQUE D'EXPOSITION AUX HVB ET HVC.

Tableau XXV: Répartition du personnel soignant du CHU Point G selon la réalisation courante des gestes tels que : injections, prélèvements de sang, manipulation des dérivés biologiques.

Injections, prélèvements de sang, manipulation des dérivés biologiques	Effectif	Fréquence (%)
Oui	286	81,7
Non	64	18,3
Total	350	100

Deux cent quatre vingt six personnels soignants réalisent couramment des injections, des prélèvements de sang, les manipulations des dérivés biologiques soit 81,7%.

Tableau XXVI: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon le nombre d'injections, prélèvements de sang ou manipulation des dérivés biologiques réalisés par semaine.

Nombre d'injections, de prélèvement, de manipulation des dérivés biologiques par semaine	Effectif	Fréquence (%)
Plus de 10	166	47,4
Moins de 10	120	34,3
Ne fait pas	64	18,3
Total	350	100

Quarante sept virgule quatre pour cent du personnel réalisent plus de 10 injections, prélèvement de sang, manipulation de dérivés biologiques par semaine.

Tableau XXVII : Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon la réalisation des interventions chirurgicales.

Interventions chirurgicales	Effectif	Fréquence (%)
Oui	54	15,4
Non	296	84,6
Total	350	100

Cinquante et quatre personnels réalisent les interventions chirurgicales soit 15,2%.

Tableau XXVIII: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon le nombre d'interventions chirurgicales fait par mois.

Nombre d'interventions par mois	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Plus de 10	38	10,8
Moins de 10	16	4,6
Ne fait pas	296	84,6
Total	350	100

Dix virgule huit pour cent du personnel faisaient plus de 10 interventions chirurgicales par mois.

Tableau XXIX: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon l'existence d'un contact accidentel antérieur avec le sang.

Contact accidentel antérieur avec le sang	Effectif	Fréquence (%)
Oui	150	42,9
Non	200	57,1
Total	350	100

Cent cinquante personnels ont eu un contact accidentel antérieur avec le sang soit 42,9%.

Tableau XXX: Répartition du personnel selon le nombre de fois où il y a eu contact antérieur avec le sang.

Type de contact	Plus d'une fois	Une fois	Total
Coupure	18(51,43%)	17(48,57%)	35(100%)
Piqûre	29(38,16%)	47(61,84%)	76(100%)
Projection sur les muqueuses	63(68,48%)	29(31,52%)	92(100%)
Contact avec une plaie	24(64,86%)	13(31,14%)	37(100%)

Quatre vingt douze personnels soignants avaient été victimes d'un contact accidentel avec le sang ou dérivés biologiques par projection sur les muqueuses, soit pour une fois 61,84% et pour plus d'une fois 68,48%.

Tableau XXXI: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon l'attitude adoptée après l'accident d'exposition au sang.

Attitude adoptée	Effectif	Fréquence (%)
Lavage au savon	30	8,6
Lavage au savon et application de l'alcool	8	2,3
Lavage à l'eau de javel	25	7,14
Lavage à l'eau de javel et application de l'alcool	20	5,71
Test VIH du patient	6	1,71
Rien	34	9,7
J'ai informé mes supérieurs	25	7,14
J'ai consigné dans un registre	2	0,6
Pas eu de contact	200	57,1
Total	350	100

Trente quatre personnels ne faisaient rien après un contact accidentel avec le sang soit 9,7%.

Tableau XXXII: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon la réalisation antérieure de l'endoscopie digestive.

Examen endoscopique	Effectif	Fréquence (%)
Oui	76	21,71
Non	274	78,29
Total	350	100

Vingt et un virgule soixante et onze pour cent du personnel soignant avaient réalisé une endoscopie digestive.

Tableau XXXIII: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon la nature du statut sérologique du conjoint.

Résultat	Effectif	Fréquence (%)
Positif	5	1,4
Négatif	133	38
Ne connaît pas	212	60,6
Total	350	100

Cinq personnels avaient leur conjoint ayant un statut positif, soit 3,6%.

V. ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL SOIGNANT A PROPOS DES HVB ET C.

Tableau XXXIV: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon le statut vaccinal contre l'HVB.

Statut vaccinal contre l'HVB	Effectif	Fréquence (%)
Oui	213	60
Non	137	40
Total	350	100

Deux cent treize personnels étaient vaccinés contre l'HVB soit 60%.

Tableau XXXV: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon que la vaccination contre l'HVB est complète ou non.

Vaccination complète	Effectif	Fréquence (%)
Oui	120	34,3
Non	93	26,6
Pas vacciné	137	39,1
Total	350	100

Trente quatre virgule trois pour cent du personnel avaient effectué une vaccination complète.

Tableau XXXVI: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon le motif de non vaccination contre l'HVB.

Motif de non vaccination contre l'HVB	Effectif	Fréquence (%)
Manque d'information	60	26,1
Coût+manque d'information	41	17,8
Pas de rappel	41	17,8
Coût	39	17,0
Négligence	38	16,5
Peur	11	4,8
Total	230	100

Vingt et six virgule un pour cent du personnel n'étaient pas vaccinés parce qu'ils manquaient d'information.

Tableau XXXVII : Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon les gestes effectués au moment des soins.

Gestes effectués	Effectif		Fréquence (%)	
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Lavage des mains	266	84	76	24
Port des gants	333	17	95,1	4,9
Port de masque	128	222	36,57	63,43
Port des lunettes de protection	75	275	21,43	78,57
Non récapuchonnage des aiguilles	114	236	32,57	67,43
Jet des aiguilles dans la boîte de sécurité	328	22	93,71	6,29

Deux cent soixante six personnels se lavaient les mains au moment des soins, soit 76% et 333 personnels portaient des gants, soit 95,1%.

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

Tableau XXXVIII : Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon les raisons de la non utilisation des moyens de protection au moment de l'administration des soins.

Non utilisation des moyens de protection	Effectif	Fréquence (%)
<i>Non lavage des mains (n=84)</i>		
Pas de lavabo	9	10,7
Ne voit pas l'utilité	23	27,4
Négligence	52	61,9
<i>Non port des gants (n=17)</i>		
Ne voit pas l'utilité	4	17,6
Indisponible	13	70,6
<i>Non port de masque (n= 222)</i>		
Ne voit pas l'utilité	6	2,7
Absence	216	97,3
<i>Non port des lunettes de protection (n=275)</i>		
Ne voit pas l'utilité	5	1,8
Absence	270	98,2
<i>Recapuchonnage des aiguilles (n=236)</i>		
Ignorance	62	54,4
Ne manipule pas les aiguilles	37	23,7
Ne voit pas l'utilité	16	14
Routine	9	7,9
<i>Non utilisation des boîtes de sécurité (n= 22)</i>		
Ne voit pas l'utilité	8	36,4
Indisponibilité	14	63,6

Certains personnels ne se lavaient pas les mains pour des raisons suivantes : ne voit pas d'utilité 52%, par négligence 23% ; d'autres ne portaient pas de gants pour des raisons suivantes : indisponibilité 70,6%, ne voit pas d'utilité 17,6%. Le non port de masque et de

lunettes de protection étaient majoritairement dus à leur absence avec des fréquences respectives de 97,3% et 98,2%. Certains recapuchonnaient les seringues après usage et 54,4% le faisaient par ignorance. D'autres répondants n'utilisaient pas les boîtes de sécurité du fait de leur non disponibilité 63,6% et parce qu'ils ne voyaient pas leur utilité 36,4%.

Tableau XXXIX: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon la connaissance du statut sérologique du conjoint.

Statut sérologique du conjoint	Effectif	Fréquence (%)
Oui	138	39,5
Non	178	51
Je n'en ai pas	34	9,5
Total	350	100

Cent soixante dix huit personnels soignants ne connaissaient pas le statut sérologique de leur conjoint, soit 51%.

Tableau XXXX: Répartition du personnel soignant du CHU du Point G selon la connaissance du statut sérologique de leurs enfants.

Statut sérologique des enfants	Effectif	Fréquence (%)
Oui	91	26
Non	180	51,4
Je n'en ai pas	79	22,6
Total	350	100

Vingt six pour cent du personnel connaissaient le statut sérologique de leurs enfants.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.

Notre travail a consisté en une enquête auprès du personnel soignant sur une période de deux mois allant du 1^{er} Juin au 1^{er} Août 2014. Il avait pour but de décrire les connaissances, les attitudes et les pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C. Il a permis de nous renseigner sur le niveau de connaissance du personnel soignant sur les hépatites virales B et C, de déterminer les facteurs de risque d'exposition du personnel et de décrire l'attitude et la pratique du personnel soignant du CHU du Point G face aux mesures de prévention des HVB et C.

Cependant, ce travail a relevé l'existence de quelques difficultés qui étaient entre autres :

- La réticence de certains agents de santé (n =28) à participer à l'enquête sans motifs pour certains et l'absence de rémunération pour d'autres.
- La difficulté pour d'autres personnes à parler la langue française, ce qui nécessitait l'utilisation d'interprète qui pouvait ne pas traduire exactement ce qui était dit par l'interviewé.
- Le manque de temps pour certains à répondre à notre questionnaire.

1) Caractéristiques épidémiologiques.

1.1) L'âge : les tranches d'âge de 35 à 39 ans et 40 à 44 ans étaient les plus représentées soit 20% du personnel pour chaque tranche. Nos résultats sont proches de ceux de Diallo [6] où la tranche d'âge la plus représentée était de 30-39 ans soit 70,3% de son échantillon.

1.2) Le sexe : le sexe masculin a représenté 69,1% ce qui est semblable à l'étude de Diallo qui avait obtenu également une prédominance masculine à 71,6%.

1.3) Caractéristiques de la population.

Ont été inclus dans notre étude 350 personnes soit 54,01% de l'ensemble du personnel soignant du CHU du Point G toutes catégories confondues.

La catégorie 3 (techniciens supérieurs de santé, techniciens de santé, assistants médicaux, sages femmes, infirmières obstétriciennes) était la plus représentée avec 37%. Agbogla [52] avait aussi rapporté la prédominance de cette catégorie (38,4%) dans son étude.

2) Connaissances de l'HVB.

Dans notre étude, la majorité du personnel (82%) avait entendu parler de l'HVB et 75,44% de l'échantillon avait cité le virus comme agent causal. Nos résultats sont comparables à ceux obtenus par Diallo [6], chez qui 100% des personnes avaient entendus parler de l'HVB et 89,2% avaient cité le virus comme agent causal.

Les trois principales voies de transmission de l'HVB (sanguine-sexuelle-mère enfant) étaient évoquées par 38,57% des personnes. La transmission par voie sanguine seule a été citée par

10% de notre échantillon. Ces résultats sont différents de ceux obtenus par Diallo [6] chez qui le personnel (83,8%) avait cité comme principale voie de transmission la voie sanguine et le trio sanguine-sexuelle-mère enfant était cité par 25,7% du personnel.

La cirrhose et le cancer étaient les complications les plus citées soit 33,7% ; par contre, Diallo [6] avait trouvé dans son étude, comme principale complication citée la cirrhose à 63,5%.

Le moyen de prévention le plus cité par le personnel était la vaccination soit 80,3%, suivi de usage unique du petit matériel soit 57,2% du personnel et enfin la stérilisation du matériel soit 53,2%. A noter également que 19,7% du personnel ne connaissaient aucun moyen de prévention de l'HVB.

Dans l'étude de Diallo, la vaccination venait au premier plan comme moyen de prévention le plus cité par le personnel (75,7%), suivi de la stérilisation du matériel (48,6%) et de l'utilisation du petit matériel à usage unique (36,7%).

Dans notre série, 51,43% considéraient l'HVB comme étant une maladie très grave et 2 personnels ont mentionné qu'elle n'était pas du tout grave soit 0,57%.

Le programme de prévention de l'HVB au sein du CHU était connu par 40,86% du personnel tandis que 34,6% déclaraient connaître l'existence d'un programme national de lutte contre l'HVB. Que ce soit pour la prévention de l'HVB au sein du CHU comme pour le programme national de lutte, 23,7% du personnel mentionnaient les affiches comme étant le canal de communication le plus utilisé tandis que 65,4% du personnel ne connaissaient pas du tout le canal utilisé pour informer sur la prévention de l'HVB.

3) Connaissances de l'HVC.

Dans notre étude, 69,9% du personnel avaient entendu parler de l'HVC et 66% du personnel ont mentionné le virus comme agent causal.

31,7% du personnel soignant ont mentionné comme principales voies de transmission du VHC la voie sanguine, sexuelle et la transmission mère- enfant et 32% n'avaient mentionné aucun mode de transmission.

Concernant les complications de l'HVC, hépatite chronique, cirrhose et cancer étaient les plus évoquées par le personnel soit 37,7% et 33,4% ne connaissaient aucune complication.

L'IEC, l'usage unique du matériel et la stérilisation du matériel étaient les moyens de prévention les plus cités par 32,28% du personnel et 33,14% n'avaient mentionné aucun moyen de prévention.

L'HVC était considérée comme une maladie très grave par 42,3% du personnel et 2,6% ont mentionné qu'elle n'était pas grave du tout.

Le personnel soignant qui avait déjà réalisé un test sanguin pour l'HVC représentait 52,9% et 16,6% du personnel avaient réalisé ce test dans un contexte de bilan de santé ; 63,14% du personnel n'avaient pas réalisé de test sanguin pour l'HVC.

Parmi le personnel qui avait réalisé un test sanguin pour l'HVC, 2% avaient un résultat positif et parmi ces derniers, 1,7% étaient sous traitement.

Dans notre étude, 32,86% du personnel savaient qu'il n'existe pas un programme national de lutte contre l'HVC.

4) Activités professionnelles et facteurs de risques d'exposition aux HVB et C.

Dans notre étude, 81,7% de notre échantillon réalisaient les injections, les prélèvements sanguins et les manipulations des dérivés biologiques parmi lesquels 47,4% réalisaient plus de dix par semaine.

Nos résultats sont semblables à ceux de Diallo qui avait obtenu 85,5% des personnes ayant réalisé des injections, des prélèvements de sang et manipulation des dérivés biologiques parmi lesquels 68,9% faisaient moins de dix par semaine.

Dans notre étude, les interventions chirurgicales étaient pratiquées par 15,4% du personnel soignant parmi lesquels 10,8% réalisaient plus de dix interventions par mois, ce qui est différent des résultats obtenus par Diallo dans son étude où 74,3% du personnel faisaient des interventions chirurgicales dont 60,8% étaient concernés par moins de dix interventions par mois.

Ces résultats sont différents de ceux obtenus dans l'étude de Dakar qui portait sur les connaissances, attitudes et pratiques des personnels soignants des hôpitaux de Dakar vis-à-vis de l'hépatite virale B [53], étude dans laquelle environ 68% du personnel soignant faisaient des injections ou prélèvements avec une moyenne de 41 par semaine et 37% réalisaient des interventions chirurgicales avec une moyenne de 14 par semaine.

Dans notre étude 42,9% de l'échantillon affirmaient avoir eu au moins un contact accidentel avec le sang et parmi eux, 9,7% n'avaient rien fait après cet accident.

Ce résultat est comparable à celui de Diallo qui avait obtenu 41,8% du personnel qui affirmaient avoir eu un contact accidentel avec le sang parmi lesquels 21,4% n'avaient rien fait après cet incident ; et à celui de l'étude de Dakar [53] dans laquelle environ 45% de l'échantillon avaient eu au moins un contact accidentel avec le sang.

Dans notre étude, le mécanisme de survenue du contact accidentel avec le sang ou dérivés biologiques par projection sur les muqueuses a été évoqué par 31,52 % du personnel pour une

seule fois et 68,48% pour plus d'une fois ; Diallo avait retrouvé 55,6% pour une fois et 44,4% pour plus d'une fois.

5) Attitudes et pratiques face aux risques des HVB et C.

Dans notre étude, 213 personnels soignants soit 60% étaient vaccinés contre l'HVB et 40% n'avaient reçu aucune dose de vaccin. Parmi les 213 vaccinés, 120 avaient reçu les trois doses de vaccin soit 34,3%. Ces résultats sont inférieurs à ceux obtenus par Diallo chez qui 37,8% du personnel avaient reçu une vaccination complète et 46% du personnel n'avaient reçu aucune dose de vaccin.

Dans une étude française qui portait sur la vaccination de 376 agents sociaux sanitaires de la ville de Lyon [54], le taux de couverture vaccinal était de 88,3% ; la même étude rapportait un taux de couverture vaccinal de 94% chez le personnel soignant.

Dans notre série, le personnel qui n'était pas vacciné ou qui avait reçu une vaccination incomplète avait évoqué comme raison principale le manque d'informations soit 26,1% et le coût élevé soit 17,8% du personnel.

Ces résultats sont inférieurs à ceux obtenus par Diallo dans son étude où la principale raison émise était le manque d'information chez 43,5% du personnel et le coût élevé par 26% du personnel.

Dans notre étude, en dehors du port de masque qui n'était pas pratiqué par 63,43% du personnel et du port des lunettes de protection qui n'était pas effectué par 78,57% du personnel, les autres mesures de prévention au moment des soins étaient respectées : il s'agissait du lavage des mains 76% du personnel, port des gants 95,1% du personnel, non récapuchonnage des aiguilles 32,57% du personnel, l'utilisation des boîtes de sécurité 93,71% du personnel. La principale raison évoquée pour le non respect de ces mesures (port de masque et lunettes de protection) était leur absence au niveau de la structure hospitalière avec respectivement 97,3% et 98,2%.

Les personnels qui ne se lavaient pas toujours les mains le faisaient par négligence soit 61,9%. Pour ceux qui récapuchonnaient les aiguilles après usage, 54,4% le faisaient par ignorance.

Le personnel 63,6% qui n'utilisait pas les boîtes de sécurité avait émis comme raison la non disponibilité de celles-ci dans la structure hospitalière.

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

Dans l'étude de Diallo, ceux qui mettaient en pratique les précautions universelles face aux risques d'exposition au sang représentaient respectivement pour le port de masque 3%, le port des lunettes de protection 1,5%, le lavage des mains 97%, le non récapuchonnage des aiguilles 71,6%. Ceux qui ne portaient pas de gants, de masques, de lunettes de protection et qui n'utilisaient pas les conteneurs le faisaient parce que ces matériels n'étaient pas toujours disponibles.

CONCLUSION.

Les hépatites virales B et C restent encore de nos jours peu connus par certains personnels soignants du CHU du Point G. Néanmoins, l'HVB est plus connue par le personnel soignant que l'HVC. Une proportion du personnel n'a aucune notion sur les hépatites B et C et n'a jamais été vacciné contre l'HVB. Les gestes de prévention au moment de l'administration des soins ne sont pas totalement observés par le personnel et le matériel nécessaire à la prévention des accidents d'exposition au sang demeurent encore insuffisants.

Le personnel soignant présente encore un très grand risque d'exposition. Le mécanisme le plus fréquent de contact accidentel avec le sang et les dérivés biologiques étaient la projection sur les muqueuses. La majorité du personnel soignant récapuchonne encore les aiguilles après usage et la plupart d'entre eux ignorent que c'est un geste à risque. Certains personnels soignants ne font rien après un contact accidentel avec le sang. Les connaissances attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sont insatisfaisantes et plusieurs personnels soignants ont reconnu qu'il n'existe pas de programme national de prévention des hépatites virales B et C.

RECOMMANDATIONS.

Au vue de nos résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

1.) Aux autorités de la santé.

- Mettre en place un programme national de lutte contre les hépatites virales B et C.
- Informer, sensibiliser et éduquer le personnel soignant sur les hépatites virales B et C.
- Améliorer le plateau technique du personnel soignant.
- Assurer la disponibilité permanente du matériel de protection lors des soins.
- Rendre disponible dans toutes les unités de soins l'algorithme de prise en charge des AES.
- Vacciner ou compléter la vaccination de tout le personnel soignant du CHU du Point G et assurer un bon suivi de cette vaccination.
- Organiser les études du même genre dans toutes les autres structures sanitaires du Mali ainsi que des séances de formation et d'information sur les hépatites virales B et C.

2.) Au personnel soignant.

- Prendre conscience des différents risques encourus lors de l'administration des soins.
- Respecter systématiquement les précautions standards d'hygiène et de protection au moment de l'administration des soins : le lavage des mains, le port des gants, le port de masque, le port des lunettes de protection, le non récapuchonnage des aiguilles, le jet des aiguilles usagées dans les boîtes de sécurité.
- Appliquer scrupuleusement l'algorithme ou protocole à suivre en cas d'AES.
- Ne pas recapuchonner les aiguilles et utiliser systématiquement les boites de sécurité

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales. E.pilly Maladies infectieuses et tropicales. 21^{ème} édition. Paris; 2008.
2. Melbye M, Biggar KJ, Want Zin P; Krogsgaand K, Ebbesen P, Backer. NG. Sexual transmission of hepatitis C virus: a cohort study (1991-89) among European homosexual men
Rev Med 1990; 301: 210-12
3. Ortho H, FC ragawa S, Sasaki N, Hino K, Ishimata C et Al. Transmission of hepatitis C Virus from mother to infants.
N Engl Med ; 1994; 330:744-50.
4. Bougoudogo F, Diarra S, Traoré S et Al. Rapport sur la séroprévalence des marqueurs de l'infection par le virus de l'HVB au Mali. INRSP Bamako ; 2001
5. Coulibaly A. Contribution à l'assurance qualité dans le diagnostic du virus de l'HVB au laboratoire du CHU Gabriel Touré. Thèse, Med, Bamako, 2011.
6. Diallo M. Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique (IOTA) vis-à-vis de l'hépatite virale B. Thèse, Med, Bamako, 2008.
7. [https://www.mali.net/santé/journée mondiale des hépatites 28 juillet 2012 l'espoir panafricain fait un clin d'œil sur cette endémie grave au Mali.](https://www.mali.net/santé/journée_mondiale_des_hepatites_28_juillet_2012_l'espoir_panafricain_fait_un_clin_d_oeil_sur_cette_endemie_grave_au_mali) Juin 2014.
8. Konaté M. Fréquence et facteurs associés au portage de virus de l'hépatite C chez les hémodialysés chroniques de l'unité d'hémodialyse du service de néphrologie du CHU Point G. Thèse, Pharm, Bamako, 2008.
9. Diakité Y. Infection par le VHC chez les diabétiques au CHU Gabriel Touré et au centre de lutte contre le diabète de Bamako. Thèse, Med, Bamako, 2011.
10. Sokal E. Les hépatites virales : données récentes de prévention et de traitement.
[www.icampus. Uclac. be.](http://www.icampus.ucl.ac.be) Juin 2014.
11. Zakarta S. Dépistage du VIH au Centre National de Transmission Sanguine de Bamako de 1993 à 1999. Thèse, Pharm , Bamako , 2011.

12. Cohen P. Les hépatites virales. Rev press Med 1999 ; 28(27) : pages 75.
13. La séroprévalence des hépatites virales B et C au Cameroun.
<https://www.cameroun-tribune.com>. Juin 2014.
14. Cicciarello S, Borgia G, Ciampi R, Orlando R , Maino KM , Reynaud L , Milano M , Piazza M . Prevalence of hepatitis C virus genotype in Southern Italy. *Emerg Infect Dis* ; 1997 ; 13(1) : 49 – 54.
15. Coulibaly A. Eléments de diagnostic non vulnérant de la cirrhose. Thèse, Med, Bamako, 1996.
16. Darwich MA , Rouf TA , Rushddy P , Constantine NT , Rao RR , Eddman R . Risk factors associated with a high seroprevalence of hepatitis C virus infection in Egyptian blood donors . *Am J Trop Med Hyg* . 1993; 49 : 440 – 47 .
17. Structure du virus de l'hépatite B. Recherche google [internet]. Cité le 24 Août 2014. Disponible sur <https://www.google.ml/search>.
18. Xavier FY . L'antigénémie HBs et Paramètres hématologiques chez les donneurs de sang au CNTS de Bamako. Thèse, Pharm, Bamako, 1997.
19. Tembely K. Les transaminases chez les donneurs de sang au CNTS de Bamako. Thèse, Pharm, Bamako, 2002.
20. Djiguiba M. Evaluation de trois recettes dans le traitement traditionnel de l'hépatite B au Mali. Thèse, Pharm, Bamako, 2004.
21. Guindo. Infection à VIH et à VHB chez les donneurs de sang au CNTS de Bamako. Thèse, Pharm, Bamako, 2003.
22. Diallo AH. Séroprévalence de la coinfection par le VHB et le VHC chez les donneurs de sang au CNTS de Bamako. Thèse, Pharm, Bamako, 2005.
23. Trépo C, Merle P, Zoulim F. Hépatites virales B et C. Paris : John Libbey Euro text ; 2006.
24. Marcellin P, Zarski JP. Les virus des hépatites B et Delta. In : Briand P, dir. Les virus transmissibles par le sang ; Londres : John libbey Euro text ; 1996. P. 53-75.
25. Mammet A. Virologie médicale. 14^{ème} édition Paris : La Madeleine, 1992. 469P.
26. Fleury H. J. A. Abrégé de virologie. Paris : Masson, 1997. 191P.

27. Sacko M. Etude séro – épidémiologique de la transmission mère – enfant de l’hépatite B dans le district de Bamako. Thèse, Med, Bamako, 1998.
28. Larousse B. Données actuelles sur les hépatites virales, journées de l’hôpital Claude Bernard Paris, 1986, ed ARNETTTE, Paris, 1985, 162P.
29. APPIT, Hépatites virales . In : APPIT , ed . E Pilly, Montmorency : 2M2 Ed ; 997 : 346 – 359 .
30. Structure du virus de l’hépatite C. Recherche google [internet]. Cité le 24 Août 2014. Disponible sur [https://www . google. ml/ search](https://www.google.ml/search).
31. Estéla JI , Gonzales A , Hernandez JM , Vilademin L , Sanches L et al . Evaluation of antibodies to HCV in a study of transfusion hepatitis associated Eng J Med 1990; 323 : 1107 – 11 .
32. Kew MC, Houghton M, Choo QL , Kwog . Hepatitis C antibodies in Southern African blacks with hepato – cellular in Senegals. Ann Gastro entérol hepatol, 1995; 31 : 329.
33. Snon T, Ikuta Y , Hasegawa M et al . Prevalence of hepatitis C virus antibodies in Yatsuka town of Simane prefecture , Japon Nippon , Shokakihyo Gakkai Zasshi , 1992 ; 89 : 1173 – 8 .
34. SIDA Infos Service. Qu’est ce que l’hépatite C ? [http//www. Sida – info – service. org / page hepatites / page hépatites. php](http://www.Sida-info-service.org/page/hepatites/page/hepatites.php) 3. Juin 2014.
35. Maiga S , place de l’infection par le virus de l’hépatite C dans les hépatopathies chroniques à Bamako . Thèse, Med , Bamako , 2001.
36. Alter M, K ruszon –Moran D, Nainan OV et al. HCV infection in Zimbabwe. Cent Afr Jr Med 1997 ; 43(5) : 122 – 25 the prevalence of hepatitis C virus infection in the us , 1998 through 1994 . N Engl J Med 1999; 341: 556 – 62.
37. Pawlotsky JM, Lunel F : Le virus de l’hépatite C . In : les virus transmissibles par le sang ; 1996 : 23 -52 .
38. OMS – WHO. Aide – mémoire N°164, révisé Octobre 2000 [http://www.whoInt /inf-fs/fs/fv/am 164.html](http://www.who.int/inf-fs/fs/fv/am_164.html). Juin2014.
39. Réseau hépatite C. Marseille. province – Alpes du Sud – corse (MPAC). [www. Hepatite wels. com](http://www.Hepatite.wels.com). Juin 2014.

40. Tangara O. Coinfection hépatites B et C chez les donneurs de sang au CNTS de Bamako. Thèse, Pharm, Bamako, 2003.
41. Balkissa GK. L'hépatite C chez les donneurs de sang et les maladies du Sida à Bamako . Thèse, Pharm , Bamako , 2003.
42. Hamady T. Evaluation de la fréquence de l'hépatite C au CNTS de Bamako. Thèse, Pharm, Bamako, 2003.
43. Martin Son FE, Weigle KA, Mushahwar IK, Weber DJ, Royce R et al. Sero-epidemiological survey of hepatitis B and C infections in hunaian children. *Jr Med virol* 1996 ; 48 (3) : 278 – 83
44. Louis FJ, Maubert B , le Hsran JY , Kremmegne J , Delaporte E , Loiusn JP . High prevalence of anti hepatitis virus anti bodies in Cameroon rural forest area. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 1994 ; 88 : 53 – 54
45. Nkengasong JN , De Breenhower H , claeys Hetal . A pilot study of the prevalence of hepatitis C virus antibodies and hepatitis C RNA in Southern Cameroon. *Am Jtrop Med Hyg* 1995 ; 52 : 98 – 100 .
46. Richard – Lenoble D , Traoré O , Kombila M , Roingeard P , Dubois F , Goudeau A . Hepatitis B and C markers in rural equatorial African villages (Gabon) .
47. Janot C , Botte C . Le virus de l'hépatite C. *Rev. Fr. Transf. Hemobiol* ; 1992 ; 1992 ; 35 (3) : 155 – 61.
48. Lin HH, Kao JH, Hsn HY, NI YH, Yeh SH Hwang L hétaL. Possible role of transmission of hepatitis C virus through house hold or sexual contact. *Jr. Hepat*, 1991 ; 14 : 177 .
49. Ortho H , Tera Zawa S , Sasaki N , Hino K , Ishimata C et al . Transmission of hepatitis C virus from mother to infants . *N . Engl . Med . Jer* ; 1994 ; 330 : 744 – 50 .
50. Kiemtoré P. Les anticorps antitoxoplasmiques chez les donneurs de sang et les maladies atteints du SIDA à Bamako. Thèse, Pharm, Bamako, 1998.
51. Laurent F, Li JS, Vitvitsky L , Berby F , Lamelin JP , Alonso C , Trepo C . Intérêt de la PCR dans le diagnostic des hépatites. *Rev. Fr. Transf. Hemobiol* : 1992 ; 35 (3) : 211–24.

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

52. Agbogla AN. Connaissances et conduites pratiques du personnel soignant face aux accidents avec exposition au sang par rapport au VIH/SIDA au centre hospitalier de Libreville risque de transmission professionnelle du VIH en milieu hospitalier. Thèse, Med, Bamako 2007.
53. Bulletin épidémiologique, N°14, Avril-Juin 2001. Enquête connaissances, attitudes et pratiques des personnels soignants des hôpitaux de Dakar vis-à-vis de l'hépatite virale B.
54. NIZAR AJJAN. Vaccination Lyon, Institut Mérieux, 1986 ; 180P.

FICHE D'ENQUETE.

Numéro de la fiche :

Age :

Sexe : F M

Nationalité :

Niveau d'étude : Primaire Moyen Secondaire Supérieur Autres

Si autres, préciser

Catégorie : Médecin Infirmier d'état Sage femme Aide infirmier
Internes Infirmier breveté Technicien de surface Autres

Si autres, préciser

Depuis quand travaillez-vous à l'hôpital ?

Connaissances sur l'hépatite B

Cocher la ou les bonnes réponses.

1) Connaissez-vous l'hépatite B?

Oui Non

2) Quel est l'agent responsable de l'hépatite B?

virus bactérie parasite autres

si autre, préciser

3) Connaissez-vous les modes de transmission de l'hépatite B ?

Oui Non

si oui,

4) Quels sont les modes de transmission de l'hépatite B ?

Sanguine mère-enfant sexuelle Autres

si autres, préciser

5) Connaissez-vous les complications de l'hépatite B?

Oui Non

si oui,

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

6) Quelles sont les complications de l'hépatite B?

Fibrose cirrhose CPF autres

CPF : Cancer Primitif du Foie (carcinome hépatocellulaire)

si autres, préciser

7) Connaissez-vous les moyens pour prévenir l'hépatite B?

Oui Non

si oui,

8) Quels sont les moyens pour prévenir l'hépatite B?

vaccination IEC usage unique du petit matériel stérilisation du matériel Rapports sexuels protégés autres

IEC : Information Education Communication

si autres, préciser

9) A quelle catégorie de maladie classez-vous l'hépatite B ?

Maladie très grave Maladie grave Maladie pas grave

10) Existe t-il au CHU point G des consignes de prévention de l'hépatite B?

Oui Non Ne sait pas

11) Existe-t-il un programme national de lutte contre l'hépatite virale B ?

Oui Non Ne sait pas

12) Sous quelles formes sont ces consignes ou ce programme de prévention de l'hépatite B?

Formation affiches autres

Connaissances sur l'hépatite C

1) Connaissez-vous l'hépatite C?

Oui Non

si oui,

2) Quel est l'agent responsable de l'hépatite C

Virus Bactérie Parasite Autres

si autres, préciser

3) Connaissez-vous les modes de transmission de l'hépatite C?

Oui Non

si oui,

4) Quels sont ces modes de transmission?

Sanguine Sexuelle Mère-enfant Autres

si autres, préciser

5) Connaissez-vous les complications de l'hépatite C ?

Oui Non

Si oui,

6) Quelles sont les complications possibles de l'hépatite C ?

Hépatite chronique cirrhose CPF autres

si autres, préciser

7) Connaissez-vous les moyens pour prévenir l'hépatite C?

Oui Non

si oui,

8) Quels sont ces moyens de prévention

IEC Usage unique du petit matériel Stérilisation du matériel Vaccination

Rapports sexuels protégés Autres

si autres, préciser

9) A quelle catégorie de maladie classez-vous l'hépatite C ?

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

Maladie très grave Maladie grave Maladie pas grave

10) Avez-vous déjà fait un test sanguin pour l'hépatite C?

Oui Non

si oui,

11) Dans quel contexte?

Don de sang Bilan de santé Autres

si autres, préciser

12) Quel était votre résultat concernant l'anticorps VHC ?

Positif Négatif Ne sait pas

si positif, quel est votre schéma de prise en charge ?

Traitement en cours Suivi(e) sans traitement N'a rien fait

13) Connaissez-vous les complications évolutives de l'hépatite C ?

Oui Non

Si oui, que sont-elles ?

fibrose cirrhose CPF autres

CPF : Cancer Primitif du Foie (Carcinome hépatocellulaire)

si autres, préciser

14) Existe-t-il un programme national de lutte contre l'hépatite C ?

Oui Non Ne sait pas

Si oui,

15) Sous quelles formes est ce programme national de lutte contre l'hépatite C ?

Formation affiches autres

Attitudes et pratiques face aux risques de l'hépatite B et C

1) Etes-vous vaccinés contre l'hépatite B?

Oui Non

si oui,

- depuis combien de temps ?

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

- votre vaccination est-elle complète ?

Oui Non

Si non,

Pourquoi n'êtes vous pas vaccinés contre l'hépatite B?

Coût Manque d'informations Autres

si autres, préciser

2) Voudriez-vous être vaccinés contre l'hépatite B?

Oui Non

3) Faites-vous des injections, des prélèvements de sang ou des manipulations des dérivés biologiques ?

Oui Non

si oui,

4) Combien d'injections, de prélèvements, de manipulation de sang ou des dérivés biologiques faites-vous par semaine?

Plus de 10 Moins de 10

5) Faites-vous des interventions chirurgicales

Oui Non

si oui,

6) Combien d'interventions chirurgicales faites-vous par mois ?

Plus de 10 Moins de 10

7) Effectuez-vous toujours ces gestes avant chaque injection, prélèvement ou intervention chirurgicale?

- Le lavage des mains

Oui Non

- Le port des gants

Oui Non

- Le port de masque

Oui Non

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

- Le port des lunettes de protection

Oui Non

- Le non récapuchonnage des aiguilles usées après usage

Oui Non

- Le jet des aiguilles usées dans une boîte de sécurité ou dans un conteneur

Oui Non

8) Pourquoi ne respectez-vous pas les pratiques préventives suivantes?

- Le lavage des mains

Pas de lavabo Ne voit pas l'utilité Négligence Autres

si autres, préciser

- Le port des gants

Indisponible Ne voit pas l'utilité Autres

si autres, préciser

- Le port de masque

Absence Ne voit pas l'utilité Autres

si autres, préciser

- Le port des lunettes de protection

Absence Ne voit pas l'utilité Autres

si autres, préciser

- Le non récapuchonnage des aiguilles après usage

Routine Ne voit pas l'utilité Autres

si autres, préciser

- Le jet des aiguilles usées dans une boîte de sécurité ou dans un conteneur

Indisponible Ne voit pas l'utilité Autres

si autres, préciser

9) Dans votre pratique professionnelle au CHU point G, avez-vous déjà eu un contact accidentel avec le sang?

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

Oui Non

si oui,

10) Combien de fois avez-vous eu un contact accidentel avec le sang par

- Coupure

Une fois Plus d'une fois

- Piqûre

Une fois Plus d'une fois

- Projection sur les muqueuses (yeux, nez, bouche)

Une fois Plus d'une fois

- Contact avec une plaie

Une fois Plus d'une fois

11) Qu'avez-vous fait après cet incident ?

Rien J'ai informé mes supérieurs J'ai consigné dans un registre Autres

si autres, préciser

1) Avez-vous déjà subi un examen endoscopique ?

Oui Non

2) Avez-vous déjà été exposés accidentellement au cours de cet examen au sang ou à une sécrétion biologique ?

Oui Non

3) Qu'avez-vous fait après cet incident ?

Rien J'ai informé mes supérieurs J'ai consigné dans un registre Autres

4) Connaissez-vous le statut sérologique de votre conjoint ?

Oui Non Je n'en ai pas

Si oui,

5) Quel est le résultat

Positif Négatif

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

6) Avez-vous des enfants ?

Oui

Non

Si oui,

7) Connaissez-vous leur statut sérologique ?

Oui

Non

8) Quel est le résultat ?

Positif

Négatif

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Noms : YOUMBI NJANGUE

Prénoms : Alix Chimène

Titre de la Thèse : Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C.

Année Universitaire : 2013 - 2014

Pays d'origine : Cameroun

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : santé publique

Résumé :

Notre étude avait pour but de décrire les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU du Point G sur les hépatites virales B et C. C'était une étude descriptive transversale en prospective qui s'est déroulée sur une période de deux mois allant du 1^{er} Juin au 1^{er} Août 2014 axée sur 350 personnels soignants du CHU du Point G toutes catégories confondues.

Il en ressort de cette étude que la catégorie 3 (techniciens supérieurs de la santé, techniciens de santé, sages femmes) était la plus représentée avec 37% de l'échantillon ; 82% de tout le personnel connaissaient l'HVB et 69,9% connaissaient l'HVC. 94,8% du personnel connaissaient au moins une complication de l'HVB et 95,5% de l'échantillon connaissaient au moins une complication de l'HVC. Les trois principales voies de transmission (sanguine-sexuelle-mère enfant) étaient citées par 48,04% du personnel ce qui correspondait à 46,63% pour l'HVC. Concernant l'HVB, 35,82% du personnel ont évoqué les trois principales complications qui sont la fibrose, la cirrhose et le cancer ; alors que pour l'HVC, 56,6% de l'échantillon ont évoqué les trois principales complications qui sont l'hépatite chronique, la cirrhose et le cancer. La vaccination était le moyen de prévention le plus cité par 80,3% du personnel concernant l'HVB et pour l'HVC, 48,3% du personnel ont le plus cité l'IEC, l'usage unique du petit matériel et la stérilisation du matériel. Une proportion de 60% du personnel étaient vaccinés contre l'HVB ; 43,6% d'entre eux avaient une vaccination incomplète ; 26,1% n'étaient pas vaccinés parce qu'ils manquaient d'information et 17,8% parce que le vaccin coûte cher.

Dans notre étude, 61,9% du personnel ne se lavaient pas les mains par négligence, 70,6% ne portaient pas de gants parce que ceux-ci étaient indisponibles, 54,4% récapuchonnaient les aiguilles par ignorance. 42,9% du personnel avaient déjà été victimes d'un contact accidentel avec le sang ; et ce par projection sur les muqueuses chez 38,33% du personnel. Et 22,7% du personnel victime d'un contact avec le sang n'avaient pris aucune mesure.

Mots-clés : Hépatites virales B et C, personnel soignant, connaissances, attitudes et pratiques.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admise 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.

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.