

Connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010

Cécile Brouard (c.brouard@invs.sante.fr)¹, Arnaud Gautier², Leïla Saboni³, Christine Jestin², Caroline Semaille¹, Nathalie Beltzer³ pour l'équipe KABP

1/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

2/ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France

3/ Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Paris, France

Résumé / Abstract

Introduction – Cet article décrit les connaissances, perceptions et pratiques de dépistage et de vaccination de la population générale vis-à-vis du virus de l'hépatite B (VHB), en comparaison de celles mesurées pour le VIH.

Méthodes – Un module sur l'hépatite B a été intégré dans l'enquête KABP (*Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices*) VIH/sida, réalisée en 2010 par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire de 9 014 personnes de 18-69 ans résidant en France métropolitaine.

Résultats – Les modes de transmission sexuelle et par usage de drogue sont moins connus pour le VHB (respectivement 69,7% et 89,9%) que pour le VIH (99,4% et 99,1%). Le recours déclaré au test de dépistage du VHB (27,4%) au cours de la vie, 2 fois moins fréquent que pour le VIH (61,3%), est plus souvent retrouvé en analyse multivariée chez les personnes nées en zone de forte endémicité VHB (OR=2,1 [IC95%:1,5-2,9] par rapport à celles nées en zone de faible endémicité) et chez celles déclarant avoir pris de la drogue par voie intraveineuse (OR=2,2 [IC95%:1,2-4,2]). La vaccination anti-VHB est déclarée par près d'un répondant sur deux (47%), sans différence significative en analyse multivariée chez ces deux groupes à risque.

Conclusion – Ces résultats témoignent de la nécessité d'améliorer les connaissances de la population générale sur le VHB, afin de renforcer les pratiques de dépistage et de vaccination, notamment vis-à-vis des personnes à risque.

Hepatitis B knowledge, perception and practices in general the population, metropolitan France, 2010

Introduction – This article describes hepatitis B virus (HBV) knowledge, perception, and screening and vaccination practices of the general population, compared with those observed for HIV.

Methods – A module on hepatitis B was added in HIV KABP (*Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices*) survey, carried out in 2010 by phone among a random sample of 9,014 individuals aged of 18-69 years living in mainland France.

Results – Sexual and needle exchange during intravenous drug use as modes of transmission are less known for HBV (69.7% and 89.9% respectively) than for HIV (99.4% and 99.1%). The reported use of HBV screening test during lifetime (27.4%) is twice less frequent than for HIV (61.3%). In multivariate analysis, it is more often observed among persons born in areas of high endemicity for HBV (OR=2.1 [CI95%:1.5-2.9] compared with those born in HB low endemicity areas) and among those reporting having used intravenous drugs (OR=2.2 [CI95%:1.2-4.2]). Anti-HBV vaccination is reported by almost one in two respondents (47%), and no more frequently by those two groups at-risk (multivariate analysis).

Conclusion – These results demonstrate the need to improve the general population's knowledge on HBV in order to reinforce screening and vaccination practices, especially among at-risk populations.

Mots-clés / Keywords

Hépatite B, connaissances, perceptions, pratiques, dépistage, prévention / *Hepatitis B, knowledge, perception, practices, screening, prevention*

Introduction

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est une infection à prévention vaccinale (*Cf* encadré p. 334), transmissible sexuellement, par le sang, de la mère à l'enfant lors de l'accouchement et par contacts intrafamiliaux [1]. Le plus souvent asymptomatique, elle peut évoluer vers des formes graves (cirrhose, carcinome hépato-cellulaire) et est responsable d'environ 1 300 décès annuels [2].

Avec une incidence annuelle de l'infection aiguë d'environ 2 400 cas entre 2005 et 2009 [3] et une prévalence de l'infection chronique estimée à 0,65% en population générale de 18-80 ans en 2004 [4], la France est un pays de faible endémicité pour le VHB. Les principaux facteurs associés à l'infection par le VHB sont l'usage de drogues par voie intraveineuse, être né dans un pays à endémicité VHB moyenne ou élevée, se définir comme homosexuel et bénéficier de la Couverture médicale universelle complémentaire [4].

Malgré une augmentation continue de l'activité de dépistage depuis les années 2000 [5], l'efficacité du dépistage de l'hépatite B demeure insuffisante en France, 55% des personnes infectées chroniques ignorant leur statut en 2004 [4]. Par ailleurs, la couverture vaccinale anti-VHB reste faible (voir p. 354 de ce même numéro).

Si les principaux indicateurs épidémiologiques sont bien documentés, les données françaises [6-8] et internationales [9-10] sur les connaissances, perceptions et pratiques de la population générale vis-à-vis de l'hépatite B sont en revanche parcellaires. Ainsi, l'intégration d'un module sur l'hépatite B dans l'édition 2010 de l'enquête KABP sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements face au VIH de la population générale adulte, réalisée périodiquement depuis 1992 par l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France [11], a offert l'opportunité de mesurer pour la première fois ces indicateurs pour l'hépatite B.

L'objectif de cet article est de présenter les connaissances des modes de transmission du VHB, les perceptions du risque de contamination et les pratiques en matière de dépistage et de vaccination de la population générale vis-à-vis de l'hépatite B en 2010 en les mettant en perspective avec celles mesurées pour le VIH, ces infections présentant des points communs en termes de modes de transmission et d'évolution chronique.

Méthodes

L'enquête KABP 2010 a été réalisée par téléphone [11]. La sélection de l'individu à interroger a reposé sur un sondage aléatoire en deux phases : après génération aléatoire de

deux échantillons de numéros de téléphone, l'un filaire (numéros commençant par 01 à 05), l'autre mobile (numéros commençant par 06), un individu a été tiré au sort parmi l'ensemble des personnes éligibles du foyer ou des principaux utilisateurs du téléphone mobile (si multi-utilisateurs). Était éligible toute personne parlant français, âgée entre 18 et 69 ans et résidant en France métropolitaine. Au total, 9 014 personnes ont été interrogées de façon anonyme à l'aide du questionnaire utilisé lors des enquêtes précédentes : 5 012 sur ligne fixe et 4 002 sur mobile. Les taux de participation étaient respectivement de 68% et 65%. Pour tenir compte de la probabilité d'être sélectionné et rendre la structure similaire à celle de la population nationale, l'échantillon a été pondéré par la taille du ménage et le nombre de supports téléphoniques (fixe ou mobile), puis redressé sur les données sociodémographiques du recensement de 2006 (tableau 1).

Les données recueillies sur l'hépatite B, et ce de manière identique à celles sur le VIH/sida, portent sur les connaissances des modes de transmission, les perceptions et craintes, la connaissance d'une personne infectée dans l'entourage, la réalisation des tests de dépistage, ainsi que sur la vaccination anti-VHB.

Les individus ont été regroupés selon le niveau d'endémicité VHB de leur pays de naissance [12]. L'expérimentation de drogue par voie

Le dépistage de l'hépatite B est :

- **Obligatoire** au 6^e mois de grossesse. Le marqueur à rechercher est l'antigène HBs (AgHBs).
- **Recommandé** pour les partenaires sexuels et l'entourage proche (vivant sous le même toit) de sujets atteints d'infection aiguë ou chronique par le VHB, les personnes infectées par le VIH ou le virus de l'hépatite C et, avant vaccination, pour les migrants de première ou seconde génération originaires de zones de forte endémie. Il est également à réaliser avant de vacciner les personnes à risque élevé d'infection. Concernant les marqueurs à rechercher, trois stratégies sont proposées par la Haute Autorité de santé :
 1. recherche d'emblée des trois marqueurs (Ac anti-HBc, Ag HBs et Ac anti-HBs) ;
 2. contrôle avant vaccination de la NABM : Ac anti-HBc et Ac anti-HBs ;
 3. recherche de l'Ag HBs et des Ac anti-HBs.

La vaccination contre l'hépatite B est :

- **Obligatoire** pour les personnes exerçant une activité professionnelle les exposant à des risques de contamination dans un établissement ou organisme de soins ou de prévention, public ou privé⁴.
- **Recommandée** chez les nourrissons et en rattrapage chez les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus⁴.
- **Recommandée** chez les personnes à risque élevé d'exposition⁴ :
 - personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples ;
 - partenaires sexuels et entourage proche (vivant sous le même toit) d'une personne infectée par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs ;

- voyageurs et personnes amenées à résider dans les pays de moyenne ou de forte endémie ;
- toxicomanes utilisant des drogues parentérales ;
- adultes accueillis dans les institutions psychiatriques ;
- personnes susceptibles de recevoir des transfusions massives et/ou itératives ou des médicaments dérivés du sang (hémophiles, dialysés, insuffisants rénaux), personnes candidates à une greffe d'organe, de tissu ou de cellules ;
- personnes détenues ;
- personnes qui, dans le cadre d'activités professionnelles ou bénévoles, sont susceptibles d'être en contact direct avec des patients et/ou d'être exposées au sang et autres produits biologiques, soit directement (contact direct, projections), soit indirectement (manipulation et transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques, de linge, de déchets). Il s'agit notamment des professionnels de santé, des secouristes, des gardiens de prison, des éboueurs, des égoutiers, des policiers, des tatoueurs, etc.

Indications spécifiques au nourrisson et à l'enfant :

- nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs ;
- enfants accueillis dans les institutions psychiatriques ;
- enfants accueillis dans les services et institutions pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;
- enfants d'âge préscolaire accueillis en collectivité.

¹ Décret n° 92-143 du 14/02/92 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal. Disponible à : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=A95CA8A09422DB8E0F5755AD41ED4505.tpdjo06v_3?cidTexte=JORFTEXT000000540419&dateTexte=20030526

² Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic et suivi virologiques des hépatites virales (à l'exclusion du dépistage en cas de dons du sang, d'organes ou de tissus).

³ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Prévention de l'hépatite B auprès des personnes les plus exposées. Repères pour votre pratique 2005. Disponible à : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/931.pdf>

⁴ Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bull. Epidémiol. Hebd. 2012;(14-15):161-86.

⁵ Haute Autorité de santé. Stratégie de dépistage biologique des hépatites virales B et C. 2011. Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_argumentaire.pdf

Tableau 1 Description de l'échantillon avant et après redressement. Enquête KABP, France, 2010 / **Table 1** Description of the sample before and after weighting. KABP survey, France, 2010

		Effectif brut	% redressé
Sexe	Hommes	4 074	48,9
	Femmes	4 940	51,1
Âge	18-30 ans	2 130	24,6
	31-44 ans	2 909	33,2
	45-54 ans	1 916	22,8
	55-69 ans	2 058	19,4
Niveau d'études	Sans diplôme	989	11,2
	CAP/BEP/BEPC	2 744	31,9
	Baccalauréat	1 687	19,1
	Enseignement supérieur	3 573	37,8
Revenu mensuel net du foyer	<2000 €	2 821	31,0
	2000-2999 €	2 696	29,9
	≥3000 €	3 311	37,0
	Ne souhaite pas répondre/ne sait pas	186	2,1
Lieu de résidence	Province	6 598	80,6
	Île-de-France	2 41	19,4
Vie en couple ou relation stable	Non	2 117	21,9
	Oui	6 883	78,1
Endémicité VHB du pays de naissance ¹	Faible	8 120	90,6
	Moyenne	667	7,1
	Forte	224	2,3
Expérimentation de drogue par voie intraveineuse	Non	8 962	99,4
	Oui	52	0,6
Total		9 014	100

¹ Pays de faible endémicité (prévalence de l'Antigène HBs (AgHBs) <2%) : France métropolitaine, pays de l'Europe du Nord et de l'Ouest, Amérique du Nord, Pacifique. Pays de moyenne endémicité (prévalence AgHBs comprise entre 2 et 8%) : Dom-Tom, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, sous-continent Indien, Amérique du Sud. Pays de forte endémicité (prévalence AgHBs ≥8%) : Afrique subsaharienne, Asie.

intraveineuse est définie par un usage déclaré au moins une fois au cours de la vie.

Pour chacun des indicateurs de connaissances, perception et pratiques vis-à-vis du VHB, sont présentés les résultats de l'analyse univariée et de l'analyse multivariée par régression logistique. Pour les analyses multivariées, un bon niveau de connaissances sur les modes de transmission du VHB a été défini comme une réponse correcte aux quatre questions présentées dans le tableau 2 : « oui » pour les questions 1, 2 et 4, « non » pour la question 3.

Résultats**Connaissances**

Parmi les personnes interrogées, 96,1% déclarent avoir entendu parler de l'hépatite B. Parmi elles, 89,9% savent que le VHB peut se transmettre en partageant une seringue lors d'une prise de drogue, 79,1% lors d'une grossesse et 69,7% lors de rapports sexuels sans préservatif (tableau 2). La possibilité de transmission lors d'une grossesse est mieux connue des femmes que des hommes (81,3% vs. 76,6%, $p < 10^{-3}$). La transmission sexuelle est plus souvent déclarée possible par les 18-30 ans (74,6%) et 31-44 ans (73,4%) que par les 45-69 ans (63,9%, $p < 10^{-3}$).

Les modes de transmission sexuelle et par usage de drogue intraveineuse sont moins souvent

Tableau 2 Principaux indicateurs de connaissances, perceptions et comportements déclarés vis-à-vis de l'hépatite B et du VIH/sida. Enquête KABP, France, 2010 /
Table 2 Main indicators of knowledge, perception and behaviours reported for hepatitis B and HIV/AIDS. KABP survey, France, 2010

		Hépatite B (N=9 014) % [IC95%]	VIH/sida (N=9 014) % [IC95%]
Connaissances	Penser que la transmission du virus de l'hépatite B / du sida est possible : ¹		
	- lors de rapports sexuels sans préservatif (question 1)	69,7 [68,6-70,8]	99,4 [99,2-99,6]
	- en partageant une seringue lors d'une prise de drogue ² (question 2)	89,9 [89,2-90,6]	99,2 [98,9-99,3]
	- par une piqûre de moustique (question 3)	26,0 [25,0-27,1]	24,5 [23,5-25,5]
	- lors d'une grossesse (question 4)	79,1 [78,1-80,0]	-
	% de réponses correctes aux questions 1, 2 et 3 ³	46,5 [45,3-47,6]	72,3 [71,3-73,3]
	% de réponses correctes aux questions 1, 2, 3 et 4 ³	38,4 [37,2-39,5]	-
Perceptions	Connaissance d'une personne infectée dans l'entourage⁴		
	Oui	21,4 [20,5-22,3]	12,6 [11,9-13,4]
	Peut-être	-	8,8 [8,2-9,4]
	Non	77,3 [76,3-78,2]	78,4 [77,5-79,3]
	Ne sait pas	1,3 [1,1-1,6]	0,16 [0,08-0,3]
	Crainte de la maladie (hépatites virales/sida) pour soi-même		
	Beaucoup	9,8 [9,1-10,5]	13,4 [12,6-14,2]
Pas mal	10,5 [9,8-11,2]	6,9 [6,3-7,4]	
Peu	39,4 [38,3-40,5]	24,6 [23,6-25,6]	
Pas du tout	39,5 [38,4-40,6]	55,1 [54,0-56,3]	
Ne sait pas	0,8 [0,6-1,0]	0,04 [0,01-0,1]	
Pratiques	Perception du risque de contamination par l'hépatite B/le VIH par rapport à la moyenne des gens		
	Plus de risque	7,6 [7,0-8,2]	3,8 [3,4-4,2]
	Le même risque	53,2 [52,1-54,4]	36,5 [35,4-37,6]
	Moins de risque	29,9 [28,9-31,0]	37,5 [36,4-38,7]
	Aucun risque	7,4 [6,8-8,0]	21,9 [21,0-22,9]
	Ne sait pas	1,9 [1,6-2,4]	0,3 [0,2-0,4]
	Dépistage de l'hépatite B/du virus du sida au cours de la vie		
Oui, une fois	17,4 [16,6-18,3]	31,5 [30,4-32,5]	
Oui, plusieurs fois	10,0 [9,4-10,7]	29,8 [28,8-31,0]	
Non	67,8 [66,7-68,8]	38,1 [37,0-39,2]	
Ne sait pas	4,8 [4,3-5,2]	0,5 [0,4-0,7]	
Vaccination contre l'hépatite B			
Oui	47,0 [45,9-48,2]	-	
Non	43,9 [42,8-45,1]	-	
Ne sait pas	9,0 [8,4-9,7]	-	

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

¹ Les questions de connaissances des modes de transmission de l'hépatite B n'ont été posées qu'aux personnes déclarant avoir déjà entendu parler de l'hépatite B (n=8 686) ; les autres questions ayant été posées à l'ensemble de l'échantillon (n=9 014).

² Les formulations des questions étaient différentes selon le virus : « En partageant une seringue lors d'une prise de drogue » pour le VHB / « Lors d'une piqûre de drogue avec une seringue déjà utilisée » pour le VIH

³ Les réponses correctes sont « oui » pour les questions 1, 2 et 4 et « non » pour la question 3.

⁴ Les formulations des questions étaient différentes selon le virus : « Connaissez-vous personnellement dans votre entourage une ou plusieurs personnes qui a ou qui a eu une hépatite B ? » / « Connaissez-vous personnellement dans votre entourage une ou plusieurs personnes séropositive(s) ou malade(s) du sida ? », ainsi que les modalités de réponse.

connus pour le VHB (69,7% et 89,9%) que pour le VIH (99,4% et 99,1%). Les proportions de personnes déclarant (à tort) la transmission possible lors d'une piqûre de moustique sont proches (VHB : 26% ; VIH : 24,5%).

Au total, 46,5% des personnes interrogées ont répondu correctement à ces trois questions pour le VHB vs. 72,3% pour le VIH. Cette proportion passe à 38,4% lorsqu'est pris en compte l'item « transmission du VHB lors de la grossesse ».

En analyse multivariée, un bon niveau de connaissance des modes de transmission du VHB est plus souvent retrouvé chez les femmes que les hommes, chez les 18-30 ans par rapport aux 45-54 ans et 55-69 ans, quand le niveau d'études est élevé, chez les personnes dont le revenu mensuel net du foyer est supérieur à 3 000 (par rapport à moins de 2 000), chez celles ne vivant pas en couple, ni en relation stable, ainsi que celles déclarant connaître une personne infectée par le VHB dans leur entourage (tableau 3).

À noter que 21,4% des répondants déclarent connaître une personne infectée par le VHB dans leur entourage, proportion supérieure à celle observée pour le VIH (tableau 2).

Perceptions

Parmi les risques et maladies que les personnes interrogées ont déclaré craindre « beaucoup » ou « pas mal » pour elles-mêmes, les hépatites virales et le sida se situent au même niveau (20,3%), en 5^{ème} position après le cancer (59,4%), les accidents de la circulation (58,7%), les démences séniles (39,8%) et les maladies cardiaques (38,8%), et avant les infections sexuellement transmissibles (hors sida) (17,3%) et la tuberculose (11,6%). Les répondants sont cependant plus nombreux à déclarer ne pas craindre du tout le VIH (55,1%) par rapport aux hépatites virales (39,5%) (tableau 2).

Avec respectivement 7,6% et 53,2% des répondants considérant avoir « plus de risque » et « le même risque » d'être contaminé par le VHB que la moyenne des gens (vs. 3,8% et 36,5% respectivement pour le VIH), la perception du risque de contamination est plus élevée pour le VHB que pour le VIH (tableau 2).

En analyse multivariée, les facteurs associés au fait de se considérer comme plus à risque de contamination par le VHB que la moyenne sont : être âgé de 31-44 ans ou 45-54 ans (par rapport

à 18-30 ans), être sans diplôme, ne pas vivre en couple ni en relation stable et connaître une personne infectée par le VHB (tableau 4). La perception d'un risque supérieur à la moyenne n'est pas liée au niveau de connaissance des modes de transmission du VHB.

Pratiques de dépistage et de vaccination

Test de dépistage de l'hépatite B

Un peu plus d'un quart des répondants déclarent avoir réalisé un test de dépistage de l'hépatite B au cours de leur vie (17,4% une fois, 10,0% plusieurs fois) contre 61,3% pour le virus du sida (31,5% une fois, 29,8% plusieurs fois) (tableau 2).

Si les femmes ne déclarent pas plus fréquemment que les hommes avoir été dépistées pour le VHB (27,8% et 27,1% respectivement), celles ayant au moins un enfant né après 1992 (année de mise en place du dépistage obligatoire de l'hépatite B en cours de grossesse) indiquent plus souvent avoir réalisé ce dépistage que celles n'ayant aucun enfant né après 1992 (32,9% vs. 24,3%, p<10⁻⁴). Cette proportion est d'autant

Tableau 3 Facteurs associés à un bon niveau de connaissance sur les modes de transmission du VHB1 (régression logistique). Enquête KABP, France, 2010 / *Table 3* Factors associated to a good level of knowledge on the modes of transmission of viral hepatitis B (logistic regression). KABP survey, France, 2010

		%	OR ajusté ²	IC95%
Sexe	Hommes	35,1	1	
	Femmes	41,4	1,3	1,2-1,5
Âge	18-30 ans	42,6	1	
	31-44 ans	42,5	1,0	0,9-1,1
	45-54 ans	34,9	0,8	0,6-0,9
	55-69 ans	30,0	0,6	0,5-0,7
Niveau d'études	Sans diplôme	26,1	1	
	CAP/BEP/BEPC	32,8	1,3	1,1-1,6
	Baccalauréat	38,6	1,5	1,2-1,8
	Enseignement supérieur	46,2	2,0	1,6-2,4
Revenu mensuel net du foyer	<2000 €	35,5	1	
	2000-2999 €	37,1	1,0	0,9-1,2
	≥3000 €	42,3	1,2	1,1-1,3
	Ne souhaite pas répondre/ne sait pas	25,4	0,7	0,4-0,96
Lieu de résidence	Province	37,4	1	
	Île-de-France	42,2	1,1	0,99-1,2
Vie en couple ou relation stable	Non	39,9	1	
	Oui	38,0	0,9	0,8-0,98
Connaissance d'une personne infectée par le VHB dans l'entourage ¹	Non	37,4	1	
	Oui	41,9	1,2	1,1-1,3
Endémicité VHB du pays de naissance ³	Faible	38,7	1	
	Moyenne ou forte	35,7	0,9	0,8-1,1
Expérimentation de drogue par voie intraveineuse	Non	38,4	1	
	Oui	29,0	0,8	0,4-1,6

¹ Un bon niveau de connaissance est défini par une réponse correcte aux 4 questions sur les modes de transmission du VHB de la façon suivante : « oui » pour les items « rapports sexuels sans préservatif », « en partageant une seringue lors d'une prise de drogue » et « lors d'une grossesse » ; « non » à l'item « par une piqûre de moustique.

² Cette analyse porte sur les personnes interrogées sur les modes de transmission du VHB, c'est-à-dire celles déclarant avoir entendu parler de l'hépatite B et pour lesquelles l'ensemble des variables du modèle sont renseignées (n=8 649).

³ Pays de faible endémicité (prévalence de l'antigène HBs (AgHBs) <2%) : France métropolitaine, pays de l'Europe du Nord et de l'Ouest, Amérique du Nord, Pacifique. Pays de moyenne endémicité (prévalence AgHBs comprise entre 2 et 8%) : Dom-Tom, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, sous-continent Indien, Amérique du Sud. Pays de forte endémicité (prévalence AgHBs ≥8%) : Afrique subsaharienne, Asie.

Tableau 4 Facteurs associés au fait de se considérer plus à risque de contamination par le VHB par rapport à la moyenne des gens (régression logistique). Enquête KABP, France, 2010 / *Table 4* Factors associated to a higher perception of being at risk of viral hepatitis B contamination (logistic regression). KABP survey, France, 2010

		%	OR ajusté ¹	IC95%
Sexe	Hommes	7,7	1	
	Femmes	7,4	0,9	0,8-1,1
Âge	18-30 ans	5,1	1	
	31-44 ans	8,4	1,7	1,3-2,3
	45-54 ans	10,8	2,2	1,7-2,9
	55-69 ans	5,5	1,0	0,7-1,3
Niveau d'études	Sans diplôme	9,8	1	
	CAP/BEP/BEPC	7,9	0,7	0,5-0,95
	Baccalauréat	5,8	0,6	0,4-0,8
	Enseignement supérieur	7,5	0,7	0,5-0,9
Revenu mensuel net du foyer	<2000 €	7,4	1	
	2000-2999 €	7,5	1,1	0,9-1,4
	≥3000 €	7,5	1,1	0,8-1,4
	Ne souhaite pas répondre/ne sait pas	11,5	1,8	1,03-3,2
Lieu de résidence	Province	7,6	1	
	Île-de-France	7,4	0,9	0,8-1,2
Vie en couple ou relation stable	Non	8,3	1	
	Oui	7,3	0,8	0,6-0,95
Connaissance d'une personne infectée par le VHB dans l'entourage	Non	6,9	1	
	Oui	9,9	1,5	1,2-1,8
Bon niveau de connaissance sur les modes de transmission du VHB	Non	7,4	1	
	Oui	7,9	1,1	0,9-1,3
Endémicité VHB du pays de naissance ²	Faible	7,5	1	
	Moyenne ou forte	8,3	1,1	0,8-1,4
Expérimentation de drogue par voie intraveineuse	Non	7,6	1	
	Oui	7,9	0,7	0,2-2,4

¹ Cette analyse porte sur la population pour laquelle l'ensemble des variables du modèle est renseigné (n=8 975). Les personnes non interrogées sur les modes de transmission du VHB ont été considérées comme n'ayant pas un bon niveau de connaissance.

² Pays de faible endémicité (prévalence de l'antigène HBs (AgHBs) <2%) : France métropolitaine, pays de l'Europe du Nord et de l'Ouest, Amérique du Nord, Pacifique. Pays de moyenne endémicité (prévalence AgHBs comprise entre 2 et 8%) : Dom-Tom, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, sous-continent Indien, Amérique du Sud. Pays de forte endémicité (prévalence AgHBs ≥8%) : Afrique subsaharienne, Asie.

plus élevée que le dernier enfant est jeune, atteignant 39,9% chez les femmes ayant un enfant de moins de 1 an.

L'analyse multivariée indique un recours déclaré au test de dépistage de l'hépatite B plus fréquent chez les 31-44 ans (par rapport aux 18-30 ans), quand le niveau de diplôme augmente, chez les personnes se considérant plus à risque de contamination par le VHB que la moyenne, chez celles connaissant une personne infectée, chez celles nées en zone de forte endémicité VHB (par rapport à celles nées en zone de faible endémicité) et chez celles déclarant avoir pris de la drogue par voie intraveineuse (tableau 5). Il est également associé à un bon niveau de connaissance des modes de transmission et à la vaccination déclarée contre le VHB.

Parmi les personnes déclarant avoir été testées, 3,7% [IC95%: 2,9-4,5%] indiquent avoir eu l'hépatite B (hommes : 4,2%, femmes : 3,2% ; p>0,05). Cette proportion augmente avec l'âge (1,8%, 2,4%, 4,2% et 9,1% respectivement pour les 18-30 ans, 31-44 ans, 45-54 ans et 55-69 ans, p<10⁻⁴) et avec le niveau d'endémicité VHB du pays de naissance (3,4%, 4,8%, 9,5% respectivement pour les niveaux d'endémicité faible, moyenne et forte, p<10⁻²). Elle est plus élevée chez les personnes indiquant avoir expérimenté la drogue par voie intraveineuse (28,6% vs. 3,5%, p<10⁻⁴).

Vaccination contre l'hépatite B

Près de la moitié des répondants (47,0%) déclarent s'être fait vacciner contre l'hépatite B (quel que soit le nombre de doses) et 9,0% indiquent ne pas savoir (tableau 2). Indépendamment des autres facteurs, la vaccination contre l'hépatite B est plus fréquemment rapportée par les femmes, par les 18-30 ans (par rapport aux classes d'âge supérieures), par les personnes ayant un niveau supérieur ou égal au baccalauréat (par rapport aux personnes sans diplôme), par celles s'estimant plus à risque de contamination que la moyenne et par celles déclarant un dépistage du VHB au cours de la vie (tableau 5). Elle n'est pas significativement associée au niveau d'endémicité VHB du pays de naissance ou à l'expérimentation de drogues intraveineuses.

Discussion

Cette étude a permis de documenter pour la première fois en France les connaissances, perceptions et pratiques de la population générale vis-à-vis de l'hépatite B et de les confronter à celles mesurées pour le VIH. Si les modes de transmission sont nettement moins connus pour le VHB que pour le VIH, notamment la transmission sexuelle, qui est méconnue par près d'un répondant sur trois pour le VHB, les hépatites virales semblent susciter autant de crainte que le VIH et la perception du risque de contamination par rapport à la moyenne des gens semble plus élevée pour le VHB que pour le VIH. Pour autant, le recours déclaré au test de dépistage du VHB au cours de la vie est nettement inférieur à celui du VIH (27% vs. 61%). Ces résultats contrastés pour ces deux infections présentant pourtant de nombreuses similitudes (transmission, histoire naturelle) sont à rapprocher de la particularité du contexte de survenue de

Tableau 5 Facteurs associés aux recours déclarés au test de dépistage de l'hépatite B au cours de la vie et à la vaccination anti-VHB (régressions logistiques). Enquête KABP, France, 2010 / Table 5 Factors associated to hepatitis B screening and vaccination in lifetime (logistics regressions). KABP survey, France, 2010

	Test de dépistage VHB			Vaccination anti-VHB		
	%	OR ajusté ¹	IC95%	%	OR ajusté ¹	IC95%
Sexe						
Hommes	27,1	1		45,1	1	
Femmes	27,8	0,95	0,9-1,1	48,9	1,2	1,1-1,3
Âge						
18-30 ans	26,0	1		62,3	1	
31-44 ans	32,6	1,3	1,2-1,5	54,5	0,7	0,6-0,7
45-54 ans	26,5	1,2	0,97-1,4	36,4	0,3	0,3-0,4
55-69 ans	21,7	1,1	0,9-1,3	27,4	0,2	0,2-0,3
Niveau d'études						
Sans diplôme	18,2	1		33,7	1	
CAP/BEP/BEPC	23,4	1,4	1,04-1,6	41,3	1,1	0,9-1,3
Baccalauréat	26,1	1,5	1,1-1,8	49,5	1,2	1,01-1,5
Enseignement supérieur	34,2	1,8	1,5-2,3	54,4	1,5	1,2-1,8
Revenu mensuel net du foyer						
<2000 €	25,6	1		45,8	1	
2000-2999 €	26,6	0,9	0,8-1,1	47,4	1,0	0,9-1,2
≥ 3000 €	30,4	0,9	0,8-1,1	48,2	1,0	0,9-1,2
Ne souhaite pas répondre/ne sait pas	16,2	0,6	0,4-0,9	40,5	0,9	0,6-1,3
Lieu de résidence						
Province	26,2	1		46,1	1	
Île-de-France	32,5	1,2	1,04-1,3	50,9	1,0	0,9-1,2
Vie en couple ou relation stable						
Non	25,4	1		48,0	1	
Oui	28,1	1,1	0,98-1,3	46,8	1,0	0,9-1,2
Connaissance d'une personne infectée par le VHB dans l'entourage						
Non	23,7	1		46,5	1	
Oui	41,1	2,1	1,9-2,4	49,0	1,0	0,9-1,2
Bon niveau de connaissance sur les modes de transmission du VHB						
Non	23,9	1		44,3	1	
Oui	33,6	1,4	1,3-1,6	51,7	1,1	0,97-1,2
Considérer avoir plus de risque d'être contaminé par le VHB par rapport à la moyenne des gens						
Non	25,6	1		45,5	1	
Oui	50,1	2,5	2,1-3,1	66,1	2,2	1,8-2,7
Endémicité VHB du pays de naissance²						
Faible	26,8	1		46,8	1	
Moyenne	30,1	1,2	0,9-1,4	47,3	1,1	0,9-1,4
Forte	45,1	2,1	1,5-2,9	56,1	1,2	0,8-1,6
Expérimentation de drogue par voie intraveineuse						
Non	27,4	1		47,0	1	
Oui	45,6	2,2	1,2-4,2	52,1	1,2	0,6-2,4
Test de dépistage VHB au cours de la vie						
Non				40,3	1	
Oui	-	-	-	64,8	2,4	2,2-2,7
Vaccination contre l'hépatite B						
Non	18,3	1				
Oui	37,8	2,4	2,2-2,7	-	-	-

¹ Cette analyse porte sur la population pour laquelle l'ensemble des variables du modèle est renseigné (n=8 975). Les personnes non interrogées sur les modes de transmission du VHB ont été considérées comme n'ayant pas un bon niveau de connaissance.

² Pays de faible endémicité (prévalence de l'antigène HBs (AgHBs) <2%) : France métropolitaine, pays de l'Europe du Nord et de l'Ouest, Amérique du Nord, Pacifique. Pays de moyenne endémicité (prévalence AgHBs comprise entre 2 et 8%) : DOM-TOM, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, sous-continent Indien, Amérique du Sud. Pays de forte endémicité (prévalence AgHBs ≥8%) : Afrique subsaharienne, Asie.

l'épidémie de VIH/sida au début des années 1980 et de l'importance de la couverture médiatique et des campagnes d'information dont elle fait l'objet depuis. L'existence d'un vaccin uniquement pour le VHB peut également participer à certaines des différences observées, notamment au moindre recours au dépistage. Les analyses multivariées sur les liens entre les connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis du VHB retrouvent cependant des résultats proches de ceux observés pour le VIH [11], à l'exception de l'association entre la perception d'un risque élevé de contamination et un faible niveau de connaissance, qui n'est pas retrouvée pour le VHB.

Notre étude met en évidence une moindre connaissance du mode de transmission sexuelle du VHB par rapport à la transmission par partage

de seringue lors d'une prise de drogue (70% vs. 90%). Ce résultat est concordant avec les proportions observées lors d'une étude réalisée en Allemagne (environ 60% et 95% respectivement) [9]. Il suggère ainsi, pour au moins une partie des répondants, une possible confusion avec le virus de l'hépatite C (VHC) qui se transmet principalement par usage de drogues et exceptionnellement lors de relations sexuelles. Cette probable difficulté à différencier les types d'hépatite, déjà décrite [6-7;10], rend délicate l'interprétation de l'indicateur de connaissance des modes de transmission de l'hépatite B, ainsi que ses liens avec les autres variables étudiées, dont les perceptions. Le niveau élevé de crainte déclarée vis-à-vis des hépatites virales retrouvé dans notre enquête conforte les résultats de l'enquête Nicolle [7].

Le recours déclaré au test de dépistage du VHB au cours de la vie, 2,2 fois moins fréquent que pour le VIH, est probablement sous-estimé. En effet, les données de remboursement de l'assurance maladie (Sniir-AM) indiquent que les tests de dépistage du VHB réalisés en 2010 ne sont que 1,4 fois moins nombreux que ceux du VIH. De plus, la proportion de femmes ayant un enfant de moins de 1 an et déclarant avoir été dépistées pour le VHB est faible (40%), alors que ce dépistage est obligatoire en cours de grossesse (voir encadré ci-dessus). Ce dernier constat pourrait cependant s'expliquer par un défaut d'information des femmes enceintes par les professionnels de santé lors de la prescription de ce test. Le dépistage du VHB est plus souvent déclaré, en analyse multivariée, par les personnes qui se

perçoivent à risque, par celles nées en zone de forte endémicité VHB et par celles déclarant un usage de drogue par voie intraveineuse. Toutefois, malgré une possible sous-déclaration, le niveau de dépistage déclaré par ces deux dernières populations, cibles des recommandations de dépistage semble très insuffisant (45%), en adéquation avec les proportions de médecins généralistes déclarant leur proposer systématiquement le dépistage du VHB (respectivement 39% et 73%) [13].

La proportion de personnes déclarant avoir ou avoir eu l'hépatite B (3,7%) est cohérente avec la prévalence estimée des anticorps anti-HBc (7,3%) en 2004, compte tenu de la proportion de personnes infectées connaissant leur statut (45%) [4]. Elle est plus élevée chez les personnes déclarant une expérimentation de drogue intraveineuse et augmente avec le niveau d'endémicité VHB du pays de naissance, conformément aux résultats de l'enquête de prévalence [4].

La vaccination contre l'hépatite B est déclarée par 47% des répondants. Cette proportion est très proche de celle observée (48%) dans une enquête réalisée en France en 2010 selon une méthodologie similaire [14], et supérieure à celle estimée en population générale allemande en 2004 (30%) [9]. En analyse multivariée, la vaccination est plus souvent déclarée par les personnes estimant avoir un risque de contamination supérieur à la moyenne des gens. Elle est par ailleurs plus fréquente chez les 18-30 ans par rapport aux personnes plus âgées. Les jeunes adultes ont en effet été, lors de leur adolescence entre 1995 et 1998, la population la plus vaccinée [3]. L'absence d'association entre la vaccination déclarée et l'endémicité VHB du pays de naissance ou l'usage de drogue suggère une couverture vaccinale insuffisante chez les personnes à risque, en accord avec les données de la déclaration obligatoire de l'hépatite aiguë B indiquant que près de 58% des cas déclarés entre 2005 et 2009 avaient potentiellement une indication vaccinale [3]. Elle pourrait être liée en partie à la difficulté déclarée par environ 41% des médecins généralistes interrogés en 2009 à aborder des questions telles que l'usage de drogue ou la vie affective et sexuelle avec leurs patients [15].

L'interprétation des résultats de cette étude doit rester prudente. Comme toute enquête déclarative, certains biais, notamment de mémoire ou de désirabilité sociale, ne peuvent être exclus.

Ils traduisent cependant la perception et la représentation des répondants. La mesure des connaissances et des perceptions n'a pas été aisée car les hépatites semblent des infections mal identifiées par une partie de la population, rendant ainsi complexe l'interprétation des indicateurs de connaissance et de perception. Néanmoins, les niveaux de ces indicateurs sont d'autant plus intéressants qu'ils peuvent être comparés à d'autres (ici, ceux du VIH) et qu'ils pourraient être suivis dans le temps. La cohérence des associations mises en évidence dans cette étude avec celles décrites dans la littérature renforce en outre l'intérêt de ces résultats. Enfin, l'un des critères d'éligibilité étant de parler le français, les migrants sont certainement sous-représentés et la prévalence d'infection déclarée possiblement sous-évaluée [4].

Cette enquête permet de disposer, pour la première fois en France, de données chiffrées sur les connaissances, perceptions et pratiques de la population générale vis-à-vis de l'hépatite B. Elle suggère une certaine confusion de la population vis-à-vis des différentes hépatites virales. Ces résultats seront utiles dans le cadre de l'évaluation du plan de lutte contre les hépatites virales B et C, 2009-2012 [16] et pourraient orienter d'éventuelles campagnes d'information et de prévention. Ils témoignent en effet de la nécessité d'améliorer les connaissances de la population générale, en particulier sur les spécificités des hépatites B et C, en complément d'actions menées auprès des professionnels de santé [13;17], afin de renforcer les pratiques de dépistage et de vaccination, notamment en direction des personnes à risque.

Références

[1] Heymann DL. Control of communicable diseases manual. 18th Ed. Washington DC: American Public Health Association; 2004. p 253-61.

[2] Péquignot F, Hillon P, Antona D, Ganne N, Zarski JP, Méchain M, *et al.* Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001. Bull Epidémiol Hebd. 2008;(27):237-40.

[3] Antona D, Letort MJ, Larsen C, Lévy-Bruhl D. L'infection par le virus de l'hépatite B : une infection sexuellement transmissible. Bull Epidémiol Hebd. 2011;(26-27-28):307-10.

[4] Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson JM, *et al.* Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. J Med Virol. 2010;82:546-55.

[5] Brouard C, Pioche C, Le Vu S, Delarocque-Astagneau E, Semaille C, Larsen C. Dépistage de l'antigène HBs en France à améliorer. Communication affichée (CA-41). 69^{èmes} Journées scientifiques de l'Association française pour l'étude du foie; 28 septembre-1^{er} octobre 2011, Paris.

[6] Vignier N, Jestin C, Arwidson P. Perceptions de l'hépatite B et de sa prévention. Premiers résultats d'une étude qualitative. Bull Epidémiol Hebd. 2009;(20-21):212.

[7] Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C (dir.). Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis: Inpes (coll. Études santé); 2008. 252 p.

[8] Beck F, Guilbert P, Gautier A (dir.). Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: Inpes (coll. Baromètres santé); 2007. 574 p.

[9] Schenkel K. Viral hepatitis in Germany: poor vaccination coverage and little knowledge about transmission in target groups. BMC Public Health. 2008;8:132.

[10] Leung CM. Public awareness of hepatitis B infection: a population-based telephone survey in Hong Kong. Hong Kong Med J. 2010;16:463-9.

[11] Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C et le groupe KABP. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida dans la population générale adulte en Île-de-France en 2010. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution. Paris: ORS Île-de-France; 2011. 156 p. Disponible à : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf

[12] Organisation mondiale de la santé. Répartition mondiale des hépatites A, B et C, 2001. Rel Epidémiol Hebd. 2002;77(6):45-7.

[13] Gautier A, Jestin C. Pratiques de dépistage des hépatites virales par les médecins généralistes, France, 2009. BEHWeb 2011;(1). Disponible à : http://www.invs.sante.fr/behweb/2011/01/pdf/BEHWeb1_2011.pdf

[14] Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard JB. (dir.). Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: Inpes (coll. Baromètres santé); 2012 (à paraître).

[15] Gautier A. (dir.). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Inpes (coll. Baromètres santé); 2011.

[16] Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012). Paris: Direction générale de la santé. 88 p. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatitis.pdf

[17] Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, *et al.* Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin, 2009. Bull Epidémiol Hebd. 2011;(35-36):371-6.