

10 juillet 2012 / n° 29-30

Numéro thématique – Connaissances, perceptions et attitudes vis-à-vis des hépatites virales B et C en France*Special issue – Knowledge, perception and behaviors towards viral hepatitis B and C in France*p. 331 **Éditorial / Editorial**p. 332 **Sommaire détaillé / Table of contents**

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Cécile Brouard et Christine Larsen, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France, et pour le comité de rédaction : Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé, Paris, France, et Philippe Guillbert, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France

Éditorial / Editorial**Michel Bonjour**

SOS Hépatites Fédération, Asud. Vice-président du comité de suivi et de prospective du Plan national hépatites virales B et C 2009-2012

Le troisième Plan national hépatites virales B et C 2009-2012 arrive à son terme et fait l'objet d'une évaluation par le Haut Conseil de la santé publique. En qualité de vice-président du comité de suivi et de prospective de ce plan, représentant les usagers, je suis impatient d'en connaître le résultat. Le travail réalisé par les différents groupes de travail me semble excellent. Mais dans ces périodes de crises que nous traversons, ce qui a souvent été présenté comme « un véritable problème de santé publique » reste à mon avis encore insuffisamment pris en compte par les pouvoirs publics. Si, comme le rappelait le Pr. Daniel Dhumeaux, président du comité de suivi du plan, dans le BEH du 19 mai 2009, « on guérit maintenant plus de 50% des hépatites C et un contrôle, avec arrêt de la multiplication virale, est assuré dans 80% des cas d'hépatite B », l'arrivée des nouvelles thérapies nous permettrait d'aller encore plus loin, mais nécessairement avec des moyens supplémentaires adéquats.

De la lecture de ce numéro du BEH, nous retirons plusieurs motifs de satisfaction. Tout d'abord, entre 2007 et 2010, la couverture vaccinale contre l'hépatite B (première dose de vaccin) a augmenté de 160% chez les nourrissons âgés de six mois. En matière de dépistage, l'augmentation du nombre de tests tend à montrer un dépistage élargi, mais peut-être moins bien ciblé sur les populations à risque ; aussi, l'arrivée des tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD) devrait-elle permettre d'aller au plus près de ces populations à risque qui sont souvent en situation de précarité sociale. Les différentes associations d'usagers auront un rôle essentiel dans ces actions de dépistage, mais elles devront se former pour accompagner l'offre et le rendu de ce dépistage.

L'enquête KABP 2010 (C. Brouard et coll.) sur les connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B suggère, dans la population, une certaine confusion entre les différentes hépatites virales. Ces résultats pourraient être favorablement repris dans le cadre de nouvelles campagnes d'information et de prévention auprès du grand public.

L'enquête sur les « Opinions et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B en 2009 » d'A Gautier et coll. montre une meilleure adhésion des généralistes à la vaccination, en mettant l'accent sur le rôle de l'admission au remboursement du vaccin hexavalent dans cette progression. Elle indique aussi la nécessité d'apporter aux médecins généralistes des arguments sur l'importance du bénéfice/risque de la vaccination, afin qu'ils ne soient pas démunis devant la réticence de certains parents à faire vacciner leurs enfants contre l'hépatite B. Elle met enfin en évidence le besoin de renouveler des campagnes d'information grand public sur les facteurs de risque des hépatites B et C, pour faciliter la prise de conscience des risques pris dans le passé et aider à cette occasion les adultes à en discuter avec leur médecin, car il n'est pas facile de reconnaître spontanément avoir eu recours à l'injection de produit psycho-actif, même auprès de son médecin traitant.

Les études portant sur le témoignage des malades, les représentations du VHC et de ses traitements et l'éducation thérapeutique du patient, qui n'a jamais été aussi nécessaire avec les nouvelles thérapies, ont particulièrement retenu mon attention. Véronique Nahoum-Grappe, anthropologue, chercheuse à l'École des hautes études en sciences sociales, invitée comme grand témoin au Forum SOS Hépatites de 2010, déclarait : « *Comment les sciences sociales peuvent-elles nous aider à réfléchir à cette espèce d'effacement d'une maladie sans visage ? Vous avez tous parlé (malades et soignants) d'une situation étrange et posé la question : qu'est-ce exactement qu'avoir une hépatite C ? ... À partir du moment où la maladie touche des populations dites "précaires", perçues comme étant différentes des élites, il se trouve, et c'est un fait, qu'il y a moins de signaux d'alarme...* ». Les études présentées ici illustrent la complexité des représentations du VHC et de son traitement : C. Enel et coll. soulignent l'importance des entretiens pré- et post-traitement ; M. Coudray et coll. montrent l'impact des troubles liés à la maladie et à son traitement sur la vie (de couple, professionnelle, familiale, sociale) des patients et leur entourage. Difficile de parler de sexualité, d'exprimer la fatigue, de bénéficier d'arrêt de travail lorsqu'on est artisan, commerçant ou employé dans une petite structure. Sur la fatigue, Véronique Nahoum-Grappe faisait ce constat : « *Vous me dites "quand on est malade d'hépatite, on est très fatigué". Mais être fatigué, cela n'a aucun sens, aucun contenu vu de l'extérieur. Cet état "désémiologisé", si j'osais faire ce néologisme, n'a pas tellement de récit interne* ».

Ces constats nous conduisent à l'éducation thérapeutique (ETP). Nous savons bien que l'ETP permet une meilleure adhésion au traitement et qu'elle a aussi un fort retentissement sur la qualité de vie des malades et de leur entourage. Nous déplorons le manque de financement de ces programmes et de la formation des soignants qu'ils impliquent. Accompagner et rendre acteurs de leur traitement et maladie des personnes souvent en difficulté (langage adapté, prise en compte de la situation sociale...), tel est le but de l'ETP. L'étude de D. Larrey nous en confirme l'intérêt tant sur le plan thérapeutique que médico-économique, et nous savons qu'il faudrait faire un effort maintenant que nous sommes en capacité de guérir plus de 70% des malades, et avec l'espoir de les guérir tous d'ici quelques années.

Nous espérons que le travail réalisé par les différents groupes du comité de suivi du Plan national 2009-2012 et leurs propositions en matière de dépistage, prévention et accompagnement des malades trouveront écho, en particulier auprès des Agences régionales de santé sans le soutien desquelles il sera difficile de mener à bien ces actions. La rédaction d'un rapport d'experts sur les hépatites B et C, à l'instar du « Rapport Yéni » pour le VIH, proposée par les associations et les membres du comité de suivi du Plan, me semble aussi d'une importance capitale pour étendre les pratiques de soins et la prise en charge psycho-sociale.

Sommaire détaillé / *Table of contents*

NUMÉRO THÉMATIQUE – CONNAISSANCES, PERCEPTIONS ET ATTITUDES VIS-À-VIS DES HÉPATITES VIRALES B ET C EN FRANCE *SPECIAL ISSUE – KNOWLEDGE, PERCEPTION AND BEHAVIORS TOWARDS VIRAL HEPATITIS B AND C IN FRANCE*

- p. 331 **Éditorial**
Editorial
-
- p. 333 **Connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010**
Hepatitis B knowledge, perception and practices in general the population, metropolitan France, 2010
-
- p. 339 **Opinions et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B, France, 2009**
General practitioners' opinions and practices on hepatitis B vaccination, France, 2009
-
- p. 343 **Vivre avec une hépatite C : une étude d'Hépatites info service en 2011, France**
A survey among "Hépatites Info Service" users: living with hepatitis C in 2011, France
-
- p. 347 **Les représentations de l'hépatite chronique C et de son traitement : une étude qualitative**
Representations of chronic hepatitis C and its treatment: a qualitative study
-
- p. 350 **Un exemple d'éducation thérapeutique par une infirmière sur l'observance et l'efficacité du traitement par bithérapie peginterféron alpha 2 - ribavirine dans l'hépatite chronique C : protocole PEGOBS**
An example of therapeutic education by a nurse on the adherence and efficacy of the treatment by peginterferon alpha 2 – ribavirin bithery in chronic hepatitis C: the PEGOBS Protocol
-
- p. 354 **Encadré – Dernières données épidémiologiques sur les hépatites B et C en France**
Box – Recent epidemiological data on hepatitis B and hepatitis C in France
-

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 ou 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.

Opinions et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B, France, 2009

Arnaud Gautier (arnaud.gautier@inpes.sante.fr), Christine Jestin

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

Résumé / Abstract

Introduction – En France, la vaccination contre l'hépatite B des populations ciblées par les recommandations vaccinales (personnes à risque, nourrissons, enfants et adolescents) reste insuffisante. Cette enquête a pour objectif d'évaluer et suivre l'évolution des opinions et pratiques des médecins généralistes (MG) vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B, ces derniers ayant un rôle central en matière de prévention.

Méthode – L'enquête a été réalisée par téléphone et Internet, entre novembre 2008 et janvier 2009, auprès d'un échantillon constitué par sondage aléatoire simple de 2 083 MG exerçant une activité libérale. Les résultats sont comparés aux données des exercices précédents.

Résultats – La grande majorité des MG interrogés (88,3%) déclare être vaccinée contre l'hépatite B. Plus de 9 médecins sur 10 (94,0%) se disent favorables à la vaccination pour les adultes à risque, 78,7% pour les adolescents et 68,0% pour les nourrissons. L'augmentation de la proportion de MG se déclarant très favorables à la vaccination des nourrissons, amorcée depuis 1998, est particulièrement importante entre 2003 et 2009 (+15 points). Plus d'un tiers des MG (36,2%) indique proposer « de façon systématique » le vaccin hexavalent pour vacciner les nourrissons, et 21,3% « souvent ». Près des deux tiers des MG proposant le vaccin hexavalent ont le sentiment que son remboursement a permis d'améliorer la couverture vaccinale contre l'hépatite B dans leur patientèle.

Discussion – Les opinions des MG vis-à-vis de la vaccination des nourrissons évoluent favorablement. Cette évolution est concomitante au remboursement du vaccin hexavalent et s'accompagne d'une importante progression de la couverture vaccinale chez les nourrissons. La réduction du nombre d'injections et la simplification du calendrier vaccinal qu'offre ce vaccin combiné sont certainement parmi les facteurs clés de cette meilleure adhésion.

General practitioners' opinions and practices on hepatitis B vaccination, France, 2009

Introduction – In France, vaccination of target groups for hepatitis B immunisation (persons at risk, infants, children and adolescents) remains insufficient. The purpose of this survey was to assess and monitor changes in GPs' opinions and practices with regard to hepatitis B vaccination, given their central role in prevention.

Method – The survey was conducted by telephone and the Internet between November 2008 and January 2009 among a simple random sample of 2,083 general practitioners (GPs). The results are compared with the data of the previous surveys.

Results – Most of the GPs questioned (88.3%) reported being vaccinated against hepatitis B. More than nine out of ten doctors (94.0%) stated that they were in favour of vaccination for high-risk adults, 78.7% for adolescents, and 68% for infants. The proportion of GPs claiming to be highly in favour of infant vaccination started to rise in 1998, and considerably increased between 2003 and 2009 (+15 points).

More than one-third of GPs (36.2%) said that they "systematically" proposed hexavalent vaccine for vaccinating infants, and 21.3% did so "often". Almost two-thirds of GPs who said that they proposed hexavalent vaccine thought that reimbursement was a factor in improving hepatitis B vaccination coverage in their practices.

Discussion – There has been a shift in GPs' opinions in favour of infant vaccinations. This shift together with the reimbursement of the hexavalent vaccine, which many doctors were already pressing for in 2009, has been accompanied by a significant improvement in vaccination coverage among infants. The reduction in the number of injections and simplification of the vaccination schedule offered by this combined vaccine are undoubtedly among the key factors behind this improved adherence.

Mots-clés / Keywords

Hépatite B, vaccination, médecins généralistes / Hepatitis B, vaccination, general practitioners

Introduction

La prévention de l'hépatite B repose aujourd'hui essentiellement sur la vaccination. Disponible depuis 1982, elle a été recommandée la même année aux personnels de santé puis aux personnes à risque d'exposition (entourage des personnes porteuses chroniques du virus de l'hépatite B, personnes ayant des comportements sexuels à risque, usagers de drogues par voie intraveineuse ou intranasale, voyageurs se rendant dans une zone de forte endémicité...). Cependant, la stratégie de vaccination ciblée sur les personnes à risque s'est révélée insuffisante pour réduire significativement la circulation du virus. C'est pourquoi en 1992, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recommandé, en plus de la vaccination ciblée, la vaccination « universelle » des nourrissons et/ou des pré-adolescents pour tous les pays. En France, la vaccination du nourrisson a été introduite dans le calendrier vaccinal en 1995. Elle est actuellement recommandée pour tous les nourrissons à partir de 2 mois et, en rattrapage, pour les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus [1].

Cependant, la couverture vaccinale reste toujours insuffisante notamment du fait de la suspicion en France d'un lien entre vaccination contre l'hépatite B et affections démyélinisantes, et de l'arrêt des campagnes de vaccination dans les collèges en 1998. D'après les données provisoires des certificats de santé [2], cette couverture atteignait seulement 47,0% chez les nourrissons de 24 mois en 2008.

Pourtant, la vaccination du nourrisson est aujourd'hui confortée par une excellente tolérance (aucune notification d'atteinte neurologique chez l'enfant de moins de 2 ans) et une excellente efficacité (taux de réponse sérologique supérieur à 95%).

Le renforcement de la vaccination contre l'hépatite B constitue ainsi une des priorités du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 [3]. Pour atteindre les objectifs fixés, le rôle des médecins est essentiel. Le Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 indiquait une baisse constante de l'adhésion des médecins généralistes à cette vaccination pour les adolescents, au cours de la décennie précédant

l'enquête, et relevait une adhésion faible à la vaccination des nourrissons [4]. Une étude qualitative sur la perception de l'hépatite B réalisée en 2007 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) auprès de médecins libéraux (généralistes, pédiatres et gynécologues) indiquait quant à elle que sans être opposée à la vaccination, la majorité des médecins interrogés ne la proposait pas spontanément [5]. En mars 2008, le vaccin hexavalent a été admis au remboursement ; il comprend la valence hépatite B en plus des valences tétanos, poliomyélite, diphtérie, coqueluche, *Haemophilus influenzae* de type b (Hib). Le résultat attendu était une amélioration de la couverture vaccinale contre l'hépatite B, sous réserve qu'il soit largement proposé.

Il était donc essentiel, au moment de la mise en place du nouveau plan national de lutte contre les hépatites, de disposer d'un état des lieux des opinions et pratiques des médecins généralistes concernant la vaccination contre l'hépatite B et notamment la place du vaccin hexavalent. L'enquête Baromètre médecins généralistes 2009 [6] a été conduite avec cet objectif. Elle permet par

Tableau 1 Facteurs associés au fait de déclarer ne pas être vacciné ou pas complètement contre l'hépatite B parmi les médecins généralistes, France, 2009 (n=2 012) / *Table 1* Factors associated with the fact of not being themselves completely inoculated against the hepatitis B among general practitioners, France, 2009 (n= 2,012)

| | % | OR ajustés | IC à 95% |
|--|---------|------------|------------|
| Sexe | | | |
| Hommes (n=1 410) | 12,2 | 1 | |
| Femmes (n=602) | 10,5 | 1,2 | [0,8-1,7] |
| Âge | | | |
| 40 ans ou moins (n=295) | 1,7 | 1 | |
| 41-50 ans (n=642) | 6,7 | 3,1* | [1,2-8,1] |
| 51 ans et plus (n=1 075) | 17,4*** | 8,5*** | [3,4-21,5] |
| Lieu d'exercice^a | | | |
| Région parisienne (n=284) | 11,6 | 1 | |
| Bassin parisien (n=303) | 8,7 | 1,0 | [0,6-1,9] |
| Nord (n=145) | 17,9 | 2,3* | [1,2-4,3] |
| Est (n=246) | 8,7 | 1,2 | [0,6-2,2] |
| Ouest (n=192) | 11,4 | 1,6 | [0,8-3,0] |
| Sud-ouest (n=238) | 11,8 | 1,5 | [0,8-2,7] |
| Centre-est (n=295) | 11,6 | 1,3 | [0,7-2,2] |
| Méditerranée (n=309) | 14,6 | 1,5 | [0,9-2,7] |
| Pratique d'un mode d'exercice particulier | | | |
| Non (n=661) | 7,4 | 1 | |
| Occasionnellement (n=873) | 8,6 | 1,3 | [0,9-2,0] |
| Régulièrement ou systématiquement (n=478) | 23,4*** | 3,2*** | [2,1-4,7] |
| Cabinet | | | |
| Groupe (n=1 049) | 7,6 | 1 | |
| Individuel (n=963) | 16,2*** | 1,4* | [1,0-2,0] |
| Secteur d'exercice | | | |
| Secteur 1 (n=1 788) | 9,1 | 1 | |
| Secteur 2 ou non conventionné (n=224) | 33,3*** | 2,9*** | [1,9-4,2] |
| Réseau | | | |
| Non (n=1 224) | 14,5 | 1 | |
| Oui (n=788) | 7,3*** | 0,6*** | [0,4-0,8] |
| FMC au cours des 12 derniers mois | | | |
| Non (n=304) | 17,4 | 1 | |
| Oui (n=1 708) | 10,6*** | 0,5*** | [0,4-0,7] |

* p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Les pourcentages de ce tableau résultent des croisements bivariés entre chacune des covariables et la variable dépendante. Les odds ratios sont issus d'une régression logistique contrôlant l'ensemble des covariables.

^a Découpage en zone d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT) : **Région parisienne** : Île-de-France ; **Bassin parisien** : Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute-Normandie, Picardie ; **Nord** : Nord-Pas-de-Calais ; **Est** : Alsace, Franche-Comté, Lorraine ; **Ouest** : Bretagne, Pays-de-la-Loire, Poitou-Charentes ; **Sud-Ouest** : Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées ; **Centre-Est** : Auvergne, Rhône-Alpes ; **Méditerranée** : Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse.

Source : Baromètre santé médecins généralistes 2009, Inpes.

ailleurs de disposer, pour la première fois, de données concernant la vaccination personnelle des médecins généralistes (MG), celle-ci étant obligatoire depuis 1991 [7].

Méthode

L'Inpes réalise depuis 1992, les Baromètres santé médecins généralistes (BSMG), enquêtes téléphoniques qui décrivent les opinions et les pratiques de prévention des médecins généralistes libéraux [6].

Les échantillons sont constitués par sondage aléatoire simple à partir de la base Cegedim®. Le recueil des données de la sixième vague du BSMG a été réalisé par l'Institut GfK-ISL, de novembre 2008 à janvier 2009, auprès de 2 083 médecins. Parmi ceux-ci, 1 898 ont répondu par téléphone et 185 ont préféré répondre par Internet, alternative offerte à tout médecin qui refusait l'entretien téléphonique [8]. Le taux de participation s'est élevé à 57,1%. La structure sociodémographique de l'échantillon obtenu est très proche de celle fournie par d'autres sources (Cegedim®, SNIR et Adeli), indiquant ainsi une bonne représentativité de l'échantillon et conduisant *in fine* à ne pas redresser le fichier pour l'analyse des données.

Le questionnaire comprenait un module « vaccination » ; il interrogeait les MG sur leurs opinions vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B pour différents groupes de populations

(nourrissons, adolescents et adultes à risques), sur leurs pratiques concernant le vaccin hexavalent et, enfin, sur leur propre statut vaccinal.

Résultats

Statut vaccinal

La majorité des médecins interrogés (88,3%) déclare être vaccinée contre l'hépatite B ; plus d'un sur dix (10,3%) déclare ne pas l'être, 1,1% ne pas l'être complètement, tandis que 0,3% ne se prononce pas.

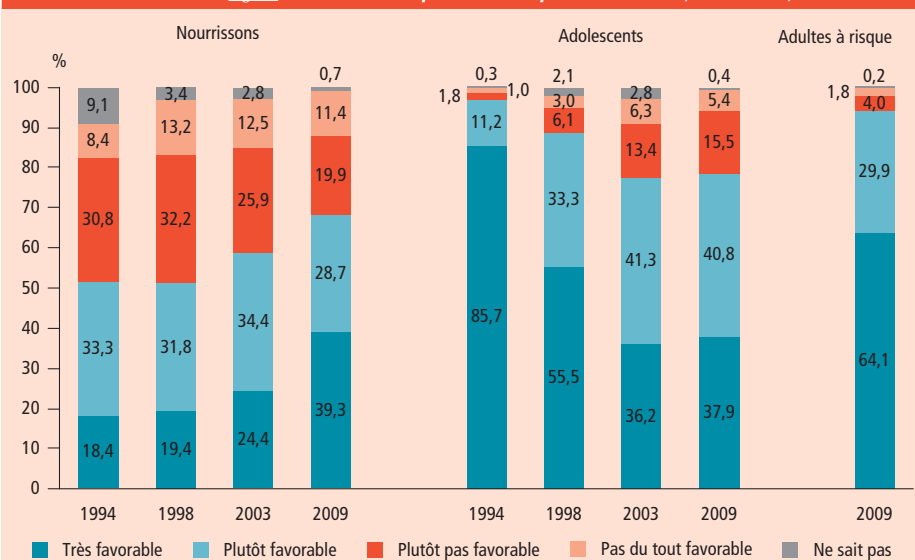
La proportion de praticiens déclarant n'être pas, ou pas complètement, vaccinés contre l'hépatite B est significativement plus importante chez les médecins de plus de 50 ans, mais également parmi ceux exerçant régulièrement ou systématiquement un mode d'exercice particulier (tel que l'homéopathie, l'acupuncture...), pratiquant en secteur 2 ou non conventionné, en cabinet individuel, n'appartenant pas à un réseau de soins et n'ayant pas suivi de formation médicale continue (FMC) au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, une couverture vaccinale contre l'hépatite B plus basse est déclarée parmi les médecins généralistes du Nord de la France (tableau 1).

Opinions

Les médecins généralistes sont très majoritairement favorables à la vaccination contre l'hépatite B : 94,0% des généralistes interrogés se déclarent favorables (« très » ou « plutôt ») à la vaccination des adultes à risque, 78,7% pour les adolescents et 68,0% pour les nourrissons (figure). L'augmentation de la proportion de MG se déclarant très favorables à la vaccination des nourrissons, amorcée depuis 1998, est particulièrement importante entre 2003 et 2009 (de l'ordre de 15 points ; p<0,001). Il est également important de noter que la part des médecins n'ayant pas émis d'opinion sur la vaccination des nourrissons a diminué de 9,1% en 1994 à 0,7% en 2009.

Par ailleurs, après une très nette diminution entre 1994 et 2003, la proportion de généralistes très favorables à la vaccination pour les adolescents s'est stabilisée en 2009 par rapport à 2003.

Figure Évolution des opinions des médecins généralistes sur la vaccination contre l'hépatite B, de 1994 à 2009 en France / *Figure* Trends in GPs' opinions on hepatitis B vaccine, 1994-2009, France



Source : Baromètre santé médecins généralistes 2009, Inpes.

Tableau 2 Facteurs associés au fait de déclarer être « très favorable » à la vaccination contre l'hépatite B pour différentes populations parmi les médecins généralistes, France, 2009 (OR ajustés ; n= 2 078) | *Table 2* Factors associated with the fact of reporting to "totally agree" with hepatitis B vaccination for various populations among general practitioners, France, 2009 (adjusted OR, n= 2,078)

| | Pour les nourrissons | Pour les adolescents | Pour les adultes à risque |
|--|----------------------|----------------------|---------------------------|
| Sexe | | | |
| Hommes | 1 | 1 | 1 |
| Femmes | 1,0 | 1,2 | 1,1 |
| Âge | | | |
| 40 ans ou moins | 1 | 1 | 1 |
| 41-50 ans | 0,7 | 1,5* | 1,5 |
| 51 ans et plus | 0,6** | 1,4 | 1,4 |
| Lieu d'exercice | | | |
| Région parisienne | 1 | 1 | 1 |
| Bassin parisien | 0,9 | 0,9 | 0,6 |
| Nord | 0,8 | 0,6 | 0,5 |
| Est | 0,9 | 1,1 | 1,0 |
| Ouest | 0,8 | 0,7 | 0,5 |
| Sud-ouest | 0,5*** | 0,6* | 0,7 |
| Centre-est | 0,5** | 0,8 | 1,1 |
| Méditerranée | 0,6** | 0,7 | 0,7 |
| Pratique d'un mode d'exercice particulier | | | |
| Non | 1 | 1 | 1 |
| Occasionnellement | 1,0 | 0,8 | 1,0 |
| Régulièrement ou systématiquement | 0,4*** | 0,4*** | 0,7 |
| Cabinet | | | |
| Groupe | 1 | 1 | 1 |
| Individuel | 0,8* | 0,7* | 0,9 |
| Secteur d'exercice | | | |
| Secteur 2 ou non conventionné | 1 | 1 | 1 |
| Secteur 1 | 1,7** | 1,5* | 1,3 |
| Participation à un réseau | | | |
| Non | 1 | 1 | 1 |
| Oui | 1,3* | 1,4** | 2,2** |
| Vaccination déclarée contre l'hépatite B | | | |
| Non | 1 | 1 | 1 |
| Oui | 3,2*** | 4,2*** | 5,1*** |

* p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Source : Baromètre santé médecins généralistes 2009, Inpes.

Les caractéristiques des médecins déclarant être « très favorables » à la vaccination contre l'hépatite B sont globalement identiques, qu'il s'agisse de la vaccination des nourrissons ou bien de celle des adolescents. Pour ces deux populations, en effet, une telle opinion de la part des praticiens est liée au fait de ne pas pratiquer de mode d'exercice particulier, d'exercer en cabinet de groupe, en secteur 1, en région parisienne plutôt que dans le Sud-Ouest de la France, de participer à un réseau de soins et enfin, de manière très forte, de se déclarer vacciné contre l'hépatite B. Ces deux dernières caractéristiques sont aussi retrouvées pour la vaccination contre l'hépatite B des adultes à risques (tableau 2). En revanche, les réponses sont plus contrastées selon l'âge : les médecins de 40 ans ou moins déclarent plus souvent que les autres être « très favorables » à la vaccination des nourrissons, alors que les plus de 40 ans partagent, plus que les jeunes généralistes, cette opinion pour les adolescents.

Le vaccin hexavalent

Dans cette enquête réalisée neuf mois après la décision par l'Assurance maladie de rembourser le vaccin hexavalent, un peu plus d'un tiers des médecins (36,2%) disent proposer de façon systématique ce vaccin pour les nourrissons. Ils sont 21,3% à le proposer « souvent » et 20,6% « parfois » ; une proportion équivalente ne le proposant « jamais » (21,9%).

La proposition du vaccin hexavalent aux parents de nourrissons se révèle logiquement très liée aux opinions des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B des nourrissons. Ainsi, 58,1% de ceux qui déclarent être « très favorables » proposent systématiquement le vaccin hexavalent ; ils sont un tiers (32,8%) parmi les médecins exprimant une opinion « plutôt favorable », 15,8% quand leur avis est « plutôt pas favorable » et ne sont plus que 6,5% à proposer le vaccin hexavalent quand ils ne sont « pas du tout favorables » à la vaccination contre l'hépatite B pour les nourrissons.

En dehors de ce lien entre opinion et proposition, une proposition systématique de la vaccination hexavalente est retrouvée plus fréquemment parmi les médecins déclarant un nombre quotidien d'actes élevé, parmi les femmes médecins ou encore parmi les médecins déclarant pratiquer occasionnellement un mode d'exercice particulier. Les médecins des régions du Sud-Est et du Sud-Ouest (p=0,07) de la France se distinguent en proposant moins systématiquement cette vaccination que ceux exerçant dans d'autres régions, notamment de l'Est (tableau 3).

Près des deux tiers des médecins généralistes déclarant proposer le vaccin hexavalent (65,8%) ont le sentiment que son remboursement permet d'améliorer la couverture vaccinale contre l'hépatite B dans leur clientèle. Les médecins le proposant systématiquement étant plus particulièrement de cet avis (77,6%).

Discussion

Cette enquête peut présenter certains biais, notamment liés à la mémoire et à la « désirabilité sociale » qui sont ceux des enquêtes à caractère déclaratif ; cependant, cette modalité de recueil classique reste incontournable pour recueillir les opinions des médecins et pour estimer de manière rapide leur couverture vaccinale.

Cette couverture vaccinale est bonne, particulièrement chez les jeunes médecins. Plus de 98% des médecins de moins de 40 ans se disent vaccinés ; ceux-ci l'ayant été probablement dès le début de leurs études. La couverture plus faible chez les médecins de plus de 50 ans (1 sur 6 n'est pas vacciné) indique qu'il n'y a pas eu chez eux un rattrapage suffisant : ils demeurent ainsi exposés au risque de contracter l'hépatite B dans le cadre de leurs pratiques professionnelles (actes d'urgence, injections, sutures...). Les différences de couverture vaccinale déclarée selon l'âge restent donc importantes en 2009 ; elles devraient néanmoins s'effacer progressivement avec le départ à la retraite des médecins généralistes n'ayant pas été astreints à l'obligation vaccinale.

Les médecins ayant un mode d'exercice particulier régulier ou systématique sont également moins bien vaccinés contre l'hépatite B mais aussi moins favorables à cette vaccination, que ce soit chez les nourrissons ou chez les adolescents. Cette faible adhésion est retrouvée pour l'ensemble des vaccinations et dans chacun des BSMG précédents [4].

L'enquête fait apparaître des différences assez importantes selon la région. Dans le Sud-Est de la France, les opinions des MG - comme celles d'ailleurs de la population générale [9] - sont moins favorables et s'accompagnent de pratiques moins systématiques. Une récente étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) [10] confirme, en région Paca, une moindre adhésion à la vaccination, une couverture vaccinale personnelle plus basse des médecins dans cette région et une attitude moins engagée de ces MG vis-à-vis des vaccinations. Ces résultats sont superposables aux données de couverture vaccinale contre l'hépatite B d'après les certificats de santé du 24^e mois [11] et l'étude Vaccinoscopie 2010 [12]. Le même constat peut aussi être fait pour la vaccination contre la rougeole [6]. Il serait certainement intéressant d'identifier les facteurs d'une moindre adhésion des MG à la vaccination dans ces régions incluant leurs pratiques personnelles.

Les opinions vis-à-vis de la vaccination des nourrissons évoluent favorablement, suggérant une meilleure acceptation des recommandations du calendrier vaccinal.

Cette évolution est concomitante au remboursement du vaccin hexavalent. Les MG étaient déjà nombreux en 2009 à penser qu'il améliorerait la couverture vaccinale contre l'hépatite B dans leur clientèle. En réalité, les perceptions des médecins interrogés semblent très en deçà de la progression observée depuis 2008. Ainsi, l'Institut de veille sanitaire (InVS) observe, d'après les données EGB/CnamTS [1], une importante progression de la couverture vaccinale pour la première dose de vaccin hépatite B à 6 mois pour les enfants nés en 2008 et 2009 : respectivement 60% et 76%, alors qu'elle était de 27% en

Tableau 3 Facteurs associés au fait de proposer systématiquement le vaccin hexavalent pour les nourrissons parmi les médecins généralistes, France, 2009 (n=1 025) / **Table 3** Factors associated to a systematic offer of the hexavalent vaccine for infants among general practitioners, France, 2009 (n=1,025)

| | % | OR ajustés | IC à 95% |
|---|---------|------------|-------------|
| Sexe | | | |
| Hommes (n=720) | 34,7 | 1 | |
| Femmes (n=305) | 39,8 | 1,4* | [1,0-1,9] |
| Âge | | | |
| 40 ans ou moins (n=160) | 37,3 | 1 | |
| 41-50 ans (n=326) | 36,5 | 1,1 | [0,7-1,8] |
| 51 ans et plus (n=539) | 35,7 | 1,5 | [0,9-2,2] |
| Lieu d'exercice | | | |
| Région parisienne (n=143) | 38,9 | 1 | |
| Bassin parisien (n=155) | 42,0 | 1,0 | [0,6-1,6] |
| Nord (n=79) | 41,3 | 1,1 | [0,6-2,1] |
| Est (n=114) | 53,4 | 1,7 | [1,0-3,1] |
| Ouest (n=109) | 36,6 | 0,8 | [0,5-1,5] |
| Sud-ouest (n=109) | 24,8 | 0,6 | [0,3-1,0] |
| Centre-est (n=153) | 33,5 | 0,9 | [0,5-1,5] |
| Méditerranée (n=163) | 23,8*** | 0,6* | [0,3-1,0] |
| Pratique d'un mode d'exercice particulier | | | |
| Non (n=318) | 35,3 | 1 | |
| Occasionnellement (n=472) | 41,5 | 1,5* | [1,1-2,1] |
| Régulièrement ou systématiquement (n=235) | 26,6*** | 1,0 | [0,6-1,5] |
| Nombre d'actes par jour | | | |
| De 1 à 15 (n=167) | 25,0 | 1 | |
| De 16 à 25 (n=490) | 35,4 | 1,4* | [0,9-2,2] |
| Plus de 25 (n=368) | 41,0*** | 1,8* | [1,1-2,9] |
| Opinions sur la vaccination contre l'hépatite B pour les nourrissons | | | |
| Très favorable (n=410) | 58,1 | 1 | |
| Plutôt favorable (n=283) | 32,8 | 0,3*** | [0,2-0,5] |
| Plutôt pas favorable (n=211) | 15,8 | 0,1*** | [0,1-0,2] |
| Pas du tout favorable (n=121) | 6,5*** | 0,05*** | [0,03-0,11] |

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001.

Les pourcentages de ce tableau résultent des croisements bivariés entre chacune des covariables et la variable dépendante. Les odds ratios sont issus d'une régression logistique contrôlant l'ensemble des covariables.

Cette question a été posée uniquement à la moitié de l'échantillon. Les réponses « ne sait pas » et « non concerné » ont été exclues de l'analyse.

Source : Baromètre santé médecins généralistes 2009, Inpes.

2007. Une augmentation est également observée pour la couverture hépatite B à 3 doses, évaluée à 50% pour les enfants de 24 mois nés en 2008. Par ailleurs, l'étude Vaccinoscopie [12] indique une progression similaire : 79% des enfants de 6 à 8 mois avaient reçu au moins une dose de vaccin et 58% des enfants de 24 à 26 mois, le schéma complet avec 3 doses.

La réduction du nombre d'injections et la simplification du calendrier vaccinal qu'offre ce vaccin combiné sont certainement parmi les facteurs clés de cette meilleure adhésion. Ces résultats sont cohérents avec certaines observations de l'enquête qualitative menée par l'Inpes en 2007 [5] : les personnes interrogées évoquaient peu la polémique sur le risque de sclérose en plaque. Au contraire, l'argument des injections très nombreuses pendant la première année de vie et un risque de maladie lointain à partir de l'adolescence expliquaient, en partie, la réticence de certains parents. Cette démonstration d'efficacité de la réduction du nombre d'injections et de la simplification du calendrier vaccinal plaide d'ailleurs pour la transposer à d'autres associations vaccinales et à d'autres tranches d'âge, notamment pour les adolescents.

Il reste néanmoins nécessaire d'apporter aux MG les arguments sur l'importance du bénéfice/risque de cette vaccination pour les nourrissons afin qu'ils ne soient pas démunis devant les parents réticents à faire vacciner leurs nourrissons contre l'hépatite B. En effet, il a été démontré

à travers différentes enquêtes que les médecins jouaient un rôle prépondérant pour améliorer l'adhésion à la vaccination, chez les enfants comme chez les adultes [10;13]. La majorité des parents demandant conseil à leur médecin avant de vacciner leurs enfants : 81,3% des mères à qui le vaccin avait été conseillé avaient fait vacciner leur enfant pour seulement 50,4% de celles qui n'avaient pas été conseillées par le médecin [12].

Par ailleurs, s'il semble que les MG sont convaincus de la nécessité de proposer la vaccination aux adultes à risques, il leur paraît important mais aussi difficile de pouvoir les identifier. Le BSMG 2009 a ainsi montré des difficultés (pour plus de 2 médecins sur 5) à aborder avec les patients des sujets tels que la vie affective et sexuelle et l'usage de drogues, facteurs de risque de l'hépatite B.

L'engouement en faveur du rattrapage de la vaccination contre l'hépatite B pour les adolescents au milieu des années 1990 s'est effondré dès 1998. La couverture vaccinale des adolescents est aujourd'hui inférieure à 40% pour 3 doses [12]. Il est donc nécessaire de porter les efforts d'information et d'optimisation de la couverture vaccinale auprès de cette population susceptible d'être exposée au risque d'hépatite B. C'est notamment un des objectifs que la Semaine de la vaccination 2012 s'était fixé en ciblant prioritairement les adolescents et les jeunes adultes.

Remerciements

Nous tenions à remercier l'ensemble des médecins généralistes interrogés pour le temps consacré à répondre

au questionnaire ; l'ensemble des enquêteurs, chefs d'équipe et encadrement de l'Institut GfK-ISL pour la qualité de leur travail et leur disponibilité.

Enfin, nos remerciements vont à Cécile Brouard et Daniel Lévy-Bruhl de l'InVS et François Beck de l'Inpes, pour leurs conseils et précieuses remarques lors de la lecture de cet article.

Références

- [1] Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bull Epidemiol Hebd. 2012;(14-15):161-88. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-14-15-2012>
- [2] Ministère chargé de la Santé (Direction générale de la santé) ; Institut de veille sanitaire. Mobilisons-nous pour la vaccination ! Dossier de presse, Semaine européenne de la vaccination, 26 avril-2 mai 2011). Paris: Ministère chargé de la Santé; Conférence de presse du 22 avril 2011. 24 p. Disponible à : <http://www.sante.gouv.fr>
- [3] Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Paris: Ministère de la Santé et des Sports. 88 p. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatitis.pdf
- [4] Gautier A (dir). Baromètre santé médecins généralistes 2003. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé; 2005. 276 p.
- [5] Jestin C, Vignier N, Le Lay E. Dépistage et vaccination : ce qu'en pensent les médecins. Concours Médical. 2009;131(11):8-9.
- [6] Gautier A. (dir). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé; 2011. 266 p.
- [7] Ministère de la Santé et des Solidarités. Arrêté du 6 mars 2007 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L311-4 du Code de la santé publique et arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé, pris en application de l'article L.311-4 du Code de la santé publique. JO du 21/03/2007.
- [8] Gautier A, Beck F, Blineau V, Evrard I, Mousques J. Le recours à une enquête web pour augmenter la participation à une enquête téléphonique : exemple du Baromètre santé médecins généralistes 2009. In: Tremblay ME, Lavallée P, El Hadj Tirari M. (dir). Pratiques et méthodes de sondage. Paris: Dunod, Coll. Sciences Sup, 2011. p. 270-3.
- [9] Nicolay N, Lévy-Bruhl D, Fonteneau L, Jauffret-Roustide M. Vaccination : perceptions et attitudes. In: 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. p. 87-101.
- [10] Verger P, Flicoteaux R, Pauvif L, Schwarzinger M, Guerville MA, Obadia Y, et al. Attitudes et pratiques des médecins généralistes de ville relatives à la vaccination en général et à celle contre la grippe A/H1N1 en 2009. Études & Résultats. 2011;770:1-8.
- [11] Fonteneau L, Guthman JP, Collet M, Vilain A, Herbert JB, Lévy-Bruhl D. Couverture vaccinale hépatite B chez l'enfant estimée à partir des certificats de santé du 24^e mois, France 2004-2007. BEHWeb. 2010;(1). Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/behweb/2010/01/r-2.htm>
- [12] Gaudelus J, Cohen R, Le Petit H, Le Danvic M. Vaccinoscopie : couverture vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B en 2010. Médecine & Enfance. 2011;(6):257-61.
- [13] Schwarzinger M, Flicoteaux R, Cortarenoda S, Obadia Y, Moatti JP. Low acceptability of A/H1N1 pandemic vaccination in French adult population: did public health policy fuel public dissonance? Plos One. 2010;5(4):e10199.

Vivre avec une hépatite C : une étude d'Hépatites info service en 2011, France

Mathilde Coudray (mcoudray@sis-association.org), Elisabete de Carvalho

Observatoire SIS Association, Montpellier, France

Résumé / Abstract

Introduction – En France, l'hépatite C concerne plus de 220 000 personnes sous sa forme chronique. Elle reste néanmoins méconnue du grand public. Peu de données sont disponibles, tant sur les personnes concernées que sur l'impact de la maladie sur leur vie.

Méthode – Hépatites info service (HIS) est un dispositif téléphonique pour toutes interrogations sur les hépatites virales. L'enquête consiste en un questionnaire accessible sur le site Internet de HIS ou *via* un numéro vert. L'échantillon se compose de 165 participants.

Résultats – La quasi-totalité (96%) des participants sous traitement au moment de l'enquête ou par le passé en ont indiqué des effets indésirables particulièrement lourds : 26% ont dû arrêter le traitement précocement et 69,2% ont été en arrêt maladie. La fatigue est en tête de la longue liste de ces troubles, qui ont un impact important sur l'état psychologique.

Discussion-Conclusion – Les caractéristiques des participants sont proches des données de surveillance nationale de l'hépatite C de l'Institut de veille sanitaire. Cette étude met en évidence une multiplicité des profils de personnes atteintes et de leurs difficultés. La prise en compte de cette diversité implique une prise en charge globale.

A survey among "Hépatites Info Service" users: living with hepatitis C in 2011, France

Background – In France there are more than 220,000 people living with chronic hepatitis C virus (HCV), although the condition remains little known to the general population. Limited data is presently available on people living with HCV and the impact of the virus on their lives.

Methods – "Hépatites Info Service" (HIS) is a helpline designed to meet callers' needs for information and counseling on viral hepatitis. The survey is based on a questionnaire accessed directly on the HIS internet site or calling the free telephone line. The sample is made up of 165 participants.

Results – Almost all participants undergoing treatment at the time of the survey, or in the past, had experienced especially serious side effects (96%), of whom 26% had to interrupt treatment early, and 69.2% went on sick leave. Fatigue topped the very long list of treatment-associated problems, all of which have a strong impact on psychological health/well-being.

Discussion-Conclusions – Participants' profiles correspond closely to the national epidemiological data of French Institute for Public Health Surveillance (InVS). The survey highlighted the many varied backgrounds and problems of people living with HCV. A global care approach needs to take into account this diversity.

Mots-clés / Keywords

VHC, traitement, prévention, perception / HCV, treatment, prevention, perception

Introduction

En France métropolitaine, l'hépatite C (VHC) sous sa forme chronique touche plus de 220 000 personnes [1]. Son évolution silencieuse peut aboutir à une cirrhose puis se compliquer en cancer du foie [2].

Si des traitements existent, ils sont longs et présentent de nombreux effets indésirables. Le taux de guérison est variable selon le génotype du virus (de 50% à plus de 80%) [3]. De plus, les effets secondaires associés au traitement sont parfois lourds [4]. Cependant, peu de données sont disponibles, tant sur les personnes concernées que sur l'impact de la maladie et de son traitement sur leur vie.

Hépatites info service (HIS) est un service national de prévention et d'aide à distance destiné à informer sur les hépatites virales. Il propose un site Internet d'information pour les personnes atteintes et leurs proches ainsi qu'une ligne téléphonique, permettant annuellement plus de 6 000 entretiens et près de 415 000 visites web (données 2010). Les échanges avec les personnes recourant à ces services ont conduit à constater l'importance de l'impact des traitements sur le cours de leur vie et à souhaiter mieux décrire l'impact du virus sur la qualité de vie des usagers de HIS atteints d'hépatite virale C.

Méthode

Une étude transversale a été mise en place en 2010 pour recueillir le témoignage des personnes infectées par le VHC au moment de l'enquête ou par le passé, sur leur perception de la maladie et

le vécu des traitements. Cette étude s'appuie sur un questionnaire anonyme auto-administré d'une trentaine de questions, ouvertes ou fermées, portant sur les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques, les modalités du dépistage et de la prise en charge, le vécu de l'infection depuis le diagnostic. Le questionnaire était accessible pendant trois mois (de novembre 2010 à février 2011) sur le site Internet de HIS (www.hepatites-info-service.org) et proposé aux appelants du numéro vert (0 800 845 800) durant la même période. Les analyses, quantitative (tests du χ^2 , de Student, de Fisher, analyse factorielle de correspondances) ou qualitative, ont été réalisées avec le logiciel Modalisa® v6.0.

Résultats

Durant la période d'enquête, 118 nouveaux appelants séropositifs au VHC ont contacté HIS *via* le numéro vert et 74 731 personnes ont visité le site Internet de l'association. Ces trois mois ont permis de recevoir 124 « questionnaires Internet » et de recueillir 56 « questionnaires téléphone ». Après contrôle des données, l'échantillon se composait de 165 participants, dont 70% *via* le web ; certains appelants ont préféré remplir seuls le questionnaire sur Internet après leur appel.

Caractéristiques sociodémographiques

La majorité des 165 participants ont répondu depuis l'Île-de-France (29,1%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (12,1%) et Rhône-Alpes (10,3%). Autant d'hommes (n=80) que de femmes (n=85) ont participé. La moyenne d'âge

était de 50 ans [IQ : 44 ; 56], sans différence significative en fonction du sexe (51,5 ans pour les femmes et 49 ans pour les hommes).

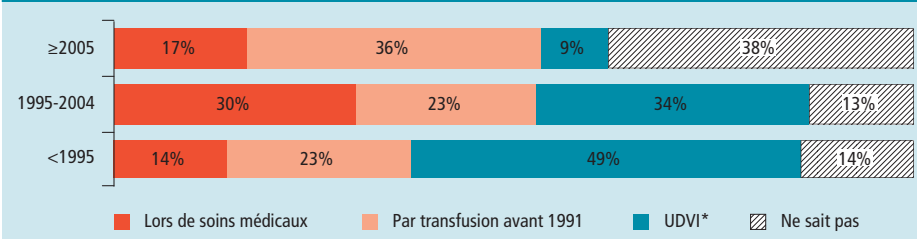
Parmi les 139 personnes de moins de 61 ans, 61,9% ont indiqué une activité professionnelle, 12,2% étaient demandeurs d'emploi et 25,2% n'avaient pas d'activité (31 percevant des revenus sociaux, 2 retraités, 1 étudiant, 1 femme au foyer). Au total, 24 étaient retraités. Sur l'ensemble, 1 sur 5 percevait des revenus sociaux (20%) et la moitié des personnes considéraient leurs ressources comme insuffisantes (52,7%). De manière attendue, ce dernier indicateur était élevé parmi les personnes bénéficiant de revenus sociaux (96,9%) et les demandeurs d'emploi (76,5%).

Diagnostic et mode de contamination supposé

Près d'1 participant sur 2 a été diagnostiqué porteur du VHC au cours d'un bilan global de santé (47,9%). Un quart a consulté un médecin suite à des symptômes (28,5%). Le don du sang a été un moyen de dépistage indirect pour 5,5% des participants. Les diagnostics au cours d'analyses préopératoires (3,6%) ou de bilans de grossesse (3%) étaient des circonstances plus rares. Enfin, les dépistages secondaires aux campagnes d'information et d'incitation au dépistage ont faiblement contribué (3%).

Tous les participants ont répondu à la question sur leur mode de contamination supposé. Un quart a évoqué le partage du matériel dans le cadre d'une consommation de drogues par

Figure 1 Principaux modes de contamination supposés selon l'année de diagnostic du VHC, n=143, France, étude HIS 2011 / **Figure 1** Main supposed mode of transmission by year of hepatitis C viral (HCV) diagnosis, n=143, France, HIS survey 2011



*UDVI : Usage de drogue par voie intraveineuse

Tableau 1 Proportion de personnes évoquant des effets indésirables parmi les participants sous traitement au moment de l'enquête ou ayant été sous traitement par le passé, France, étude HIS 2011 / **Table 1** Proportion of disorders associated or not with anti-HCV therapy among participants undergoing or having concluded treatment, France, HIS survey 2011

| | |
|---|-------|
| Aucun effet indésirable évoqué (n=121) | 2,5% |
| Aucun effet indésirable lié au traitement évoqué (n=119) | 4,2% |
| Au moins un effet indésirable lié au traitement évoqué (n=119) | 95,8% |
| Au moins un trouble non lié au traitement évoqué (n=120) | 31,7% |
| Au moins un effet indésirable lié au traitement et au moins un autre trouble indiqués (n=119) | 28,1% |

voie intraveineuse (26,1%) et un quart a indiqué une transfusion avant 1991 (24,2%). Une contamination lors d'un acte médical à visée diagnostique ou thérapeutique était supposée par 1 participant sur 5 (18,2%). Une personne sur 15 indiquait avoir été contaminée (6,7%) par voie sexuelle (6 hommes et 5 femmes) et 1,8% par transfusion depuis 1991. Enfin, le diagnostic arrivant souvent bien après la contamination et l'évolution de la maladie étant variable selon les personnes, 1 participant sur 5 (19,4%) n'était pas en mesure de définir un mode de contamination.

« On l'a découvert en 2005. Je ne sais pas à quel moment j'ai pu être contaminée. J'ai eu une transfusion en 1955 quand j'étais au Brésil » (Femme, 76 ans).

Sur les 162 personnes datant leur diagnostic, 29% ont été dépistés avant 1995, 37% entre 1995 et 2004 et 34% depuis 2005. Les modes de contamination différaient significativement selon l'année de diagnostic. Ainsi, la moitié des personnes dépistées avant 1995 ont supposé une contamination par usage de drogues (48,8%) alors qu'elles ne représentaient plus que 8,5% des participants diagnostiqués depuis 2005 (p=0,001, figure 1). Plus d'un tiers des personnes dépistées depuis 2005 ont soupçonné une transfusion avant 1991 contre moins d'un quart avant 1995 (36,2% contre 23,3%, p=0,001).

Les personnes évoquant une contamination par usage de drogues avaient tendance à être plus jeunes que celles transfusées avant 1991 : moyenne d'âge 47,5 ans contre 51,5 ans (p=0,03). Les hommes faisaient davantage référence à un usage de drogues (39,7% contre 15,4%, p=0,004), alors que les femmes évoquaient plus fréquemment une transfusion avant 1991 (34,6% contre 16,7%, p=0,004).

Parmi les 163 répondants, la majorité connaissaient le génotype de leur virus (87%). La plupart étaient porteurs ou avaient été porteurs du génotype 1 (62%). Les co-infections virales concernaient 1 personne sur 5 (20% ; n=32) : le VIH (n=25), le VHB (n=4) ou les deux (n=3).

Une typologie construite par analyse factorielle de correspondances à partir de trois variables (mode de contamination supposé, âge et niveau de ressources) a fait ressortir deux profils. Le premier regroupait 53,9% des participants (n=89). Il s'agissait de personnes davantage contaminées par usage de drogues, indiquant des ressources insuffisantes/très insuffisantes et âgées de moins de 50 ans. Le deuxième profil incluait 29,7% des participants (n=49) et regroupait des participants fréquemment contaminés lors de soins médicaux, âgés de 50 ans ou plus et évoquant davantage des ressources suffisantes/ confortables.

Perception de la maladie et du traitement

Sur les 163 personnes ayant répondu sur le traitement antiviral, 20,9% étaient sous thérapie au moment de l'enquête et 53,4% l'avaient été par le passé. Sur 86 patients traités par le passé,

72,1% étaient en échec thérapeutique suite au dernier traitement reçu, 19,8% ont déclaré être guéris, 7% étaient en attente du bilan à 6 mois après l'arrêt du traitement, permettant d'en affirmer ou non la réussite, et 1,2% ne connaissaient pas leur situation.

La quasi-totalité des 119 répondants concernés par un traitement antiviral pour le VHC, au moment de l'enquête ou par le passé, en avaient noté des effets indésirables (95,8%) (tableau 1). En moyenne, les personnes étaient affectées par plus de cinq troubles (tableau 2) dont les effets s'accumulaient et parfois s'amplifiaient les uns les autres.

« J'ai l'impression que j'allais mieux avant le traitement » (Femme, 49 ans).

Pour un quart des participants les effets indésirables avaient conduit à l'arrêt précoce du traitement (26%). Plus des deux tiers ont été en arrêt maladie (69,2%). Alors que les femmes ont plus fréquemment été en arrêt maladie (76,2% contre 63,3%), davantage d'hommes ont stoppé précocement la thérapie (32,6% contre 18,9%) (figure 2).

« Je n'ai pas supporté le traitement par interféron... J'ai été obligée de l'interrompre » (Femme, 56 ans).

Les difficultés évoquées étaient d'ordre somatique et/ou psychologique, la fatigue étant le premier impact évoqué (tableau 2). La quasi-totalité des participants l'ont citée comme effet du traitement (94%). En plus de l'impact connu d'une maladie chronique, cette asthénie semblait particulièrement marquée le lendemain de l'injection.

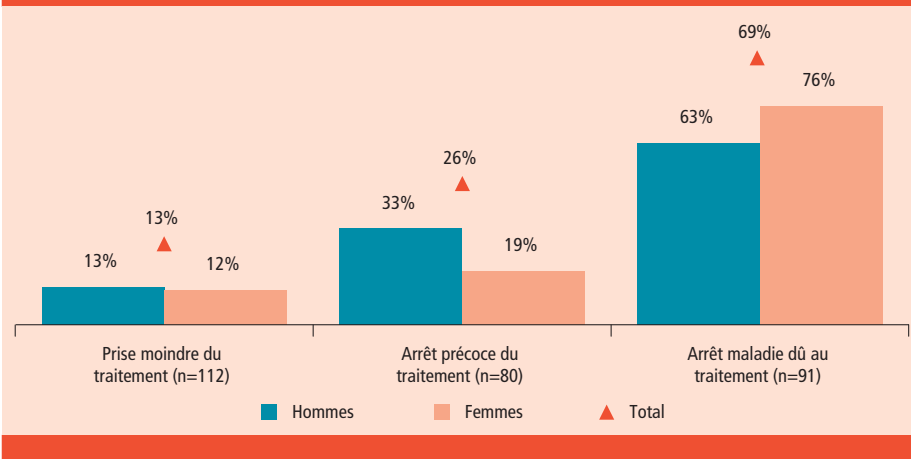
« Impacts avant le traitement : néant, aucun symptôme. Impacts pendant traitement : physique = fatigue permanente, beaucoup plus importante dans les deux jours (le week-end...) qui suivent l'injection [...] » (Homme, 52 ans).

Bien que prépondérante, la fatigue n'était pas l'unique difficulté physique à laquelle devaient faire face les porteurs du VHC. Les troubles étaient multiples pour une majorité

Tableau 2 Proportion et liste des troubles évoqués par les participants, selon qu'ils les associent ou non au traitement anti-VHC, France, étude HIS 2011 / **Table 2** Proportion and list of disorders associated or not with anti-HCV therapy, France, HIS Survey 2011

| Sur la totalité des participants | Associés au traitement (n=119) |
|--|--------------------------------|
| % de personnes concernées par les effets indésirables | 95,8% |
| Nombre moyen de troubles cités | 5,5 |
| Parmi les personnes concernées par des effets indésirables | Associés au traitement (n=114) |
| Asthénie, fatigue | 94% |
| Problèmes de sommeil | 68% |
| Douleurs articulaires | 66% |
| Syndrome grippal après l'injection | 66% |
| Irritabilité | 64% |
| Troubles de l'attention, mémoire | 64% |
| Amaigrissement | 61% |
| Dépression | 56% |
| Réactions cutanées | 55% |
| Troubles hématologiques | 54% |
| Perte de cheveux | 50% |
| Troubles sexuels | 46% |
| Idées suicidaires irrépressibles | 13% |
| Autres | 40% |

Figure 2 Impact selon le sexe des effets indésirables associés au traitement, France, étude HIS 2011 /
 Figure 2 Gender differences based on the impact of disorders associated with anti-VHC therapy, France,
 HIS Survey 2011



de participants : troubles du sommeil (68%), douleurs articulaires (66%), amaigrissement (61%), réactions cutanées (55%), etc. Leur cumul entraînait pour certains un sentiment de vieillissement prématuré.

« Je ne peux plus faire grand-chose car je suis physiquement comme une personne de 90 ans alors que je n'ai que 50 ans » (Femme, 50 ans).

Les personnes concernées par l'hépatite C ont également mis en avant des difficultés psychologiques pouvant nécessiter le suivi d'un spécialiste.

« Il m'est impossible d'aider mes enfants et de m'occuper de mes petits enfants : manque de force, irritabilité. J'ai un accompagnement par un psychiatre qui assure la gestion d'anti-dépresseurs et un travail de parole » (Femme, 65 ans).

L'irascibilité concernait les deux tiers des participants (64%). Il est admis que ces changements d'humeur sont induits par l'interféron, mais un tiers les évoquait également hors prise de traitement (31%). Pourtant, ces modifications du comportement ne semblaient pas faire l'objet systématique d'une mise en garde par le personnel soignant, et les personnes se sont bien souvent retrouvées dans des situations compliquées, parfois violentes pour elles et/ou pour leur entourage. Une dépression a même été rapportée par 56% des personnes sous traitement.

« J'avais honte de moi, ils n'avaient plus confiance en moi, ils m'ont vu perdre les pédales... Je ne m'en souviens plus. C'est terrible. Par rapport à mon mari, j'avais l'impression qu'il n'était pas avec moi mais contre moi. Il est colérique, il me traitait en hurlant d'alcoolique devant mes enfants, alors que c'était dû au traitement » (Femme, 54 ans).

Dans ces conditions, la prise du traitement est un véritable défi, non seulement pour la personne atteinte mais aussi pour l'entourage. Impactant également la vie affective, les troubles sexuels ont été évoqués par près de la moitié des participants (46%).

« La fatigue et les problèmes au niveau sexuel ont beaucoup affecté mon bien-être et la relation avec ma femme » (Homme, 72 ans).

Par ailleurs, près d'un tiers des participants concernés par le traitement, au moment de l'enquête ou par le passé, ont indiqué également d'autres effets qu'ils n'associaient pas à la thérapie (31,7%). La fatigue restait le premier trouble cité, suivie des douleurs articulaires et de la dépression. Seuls 2,5% des participants ayant une expérience de traitement n'évoquaient aucun effet indésirable (tableau 2).

Vivre avec le VHC pouvait également avoir des conséquences sur l'activité professionnelle et particulièrement lors du traitement. Si un mi-temps thérapeutique ou un arrêt maladie sont officiellement envisageables, les témoignages mettaient en avant une autre réalité, telle que l'angoisse de ne pas retrouver l'intégralité de son poste au retour ou une fatigue accrue pour ne rien laisser paraître. Dans certains cas extrêmes, les personnes préféraient ne pas se soigner plutôt que de mettre en péril leur emploi.

« À 51 ans, je me demande si un traitement dont le succès n'est pas garanti à 100% vaut la peine. Surtout si c'est pour me retrouver sans travail et sans ressources à l'issue de ce traitement » (Homme, 51 ans).

Si la thérapie a particulièrement été pointée du doigt, un tiers de l'ensemble des participants, ayant une expérience de traitement ou non (33%), imputait des effets indésirables au seul fait d'être porteur du VHC.

Enfin, plus d'un quart (28,7%) a estimé ne pas être suffisamment entourés en cas de besoin. Les participants en situation précaire ont plus fréquemment eu ce sentiment : seuls 52,3% se sentaient entourés, contre 71,1% des personnes considérant leurs ressources comme suffisantes/confortables ($p=0,036$). Cet isolement était majoré par les difficultés physiques, telles que la fatigue, qui réduisaient considérablement leur vie sociale.

« Je sors beaucoup moins qu'avant, je fréquente mes amis moins souvent. Je préfère rester à la maison me reposer » (Homme, 50 ans).

Discussion-conclusion

Les données épidémiologiques des répondants à cette enquête sont en cohérence avec celles issues de la surveillance nationale sur

les personnes prises en charge pour une hépatite C [5] et les données démographiques avec celles des appelants à HIS atteints d'une hépatite C en 2010. Même si la population enquêtée ne peut être considérée représentative des personnes vivant avec le VHC en France, les résultats quantitatifs et qualitatifs ainsi obtenus permettent d'apporter un éclairage inédit sur une population par ailleurs mal connue dans son ensemble.

Si une proportion importante des participants ne pouvait indiquer un mode de contamination, l'usage de drogues par voie intraveineuse et une transfusion sanguine avant 1991 étaient les deux modes les plus fréquemment supposés, le génotype 1 étant le virus le plus cité. Deux profils semblaient se dessiner : des personnes contaminées par usage de drogues présentant des ressources financières insuffisantes et d'autres évoquant une transmission lors de soins médicaux et ayant des ressources plus confortables.

Si les troubles cités semblent majorés dans cette enquête par rapport à d'autres études, les participants ont souligné des difficultés aujourd'hui rapportées et reconnues [4], en lien avec le traitement ou avec le seul fait d'être porteur chronique du VHC. Les traitements, non systématiquement efficaces, pouvaient entraîner des effets indésirables aux conséquences souvent lourdes, tant physiques que psychologiques. Cette étude a présenté ces données sous un nouvel angle en soulignant l'impact de ces troubles sur la vie des personnes : vie professionnelle, vie de couple et vie familiale, vie sociale en général. Peu décrits par ailleurs, les troubles sexuels illustrent bien le retentissement que peut avoir une hépatite C au sein des couples.

La prise en charge d'une hépatite C ne peut éluder la question de la gestion, par la personne atteinte et par son entourage, de ces multiples difficultés. L'annonce de la mise sous traitement et le traitement en lui-même sont des moments clés du vécu avec la pathologie qui méritent donc une attention particulière, notamment de la part de l'équipe soignante. Des outils d'information et d'éducation thérapeutique, mis à disposition des professionnels, des patients et de leurs proches, nécessiteraient d'être développés. Ils permettraient de préparer au mieux cette étape et donc d'atténuer les fortes angoisses qui s'y associent. Avec un suivi de qualité, une diminution des arrêts précoces de traitement est envisageable, avec pour aboutissement une réduction des échecs thérapeutiques et une amélioration de la qualité de vie.

Le dernier plan national de lutte contre les hépatites [6] évoque notamment l'importance d'améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques avant, pendant et après le traitement. Avec l'arrivée des trithérapies, cette prise en charge doit être renforcée.

Les brochures des associations de malades méritent d'être largement diffusées. Elles viennent compléter les outils d'information et d'éducation thérapeutique pour aider à l'élaboration d'un échange entre le médecin et

son patient. De plus, sans une prise en charge sociale adaptée palliant notamment les difficultés financières et l'isolement, aucune stratégie thérapeutique et d'accompagnement ne saurait être pleinement efficace.

Enfin, le contexte sociétal actuel ne facilite pas le vécu avec la pathologie, du fait de la stigmatisation dont souffrent encore les personnes atteintes. L'hépatite C reste associée à la toxicomanie qui véhicule une image négative. Ainsi, et en accord avec le dernier plan national de lutte contre les hépatites [6], le VHC devrait avoir une plus large place dans les actions de prévention, tant pour renforcer l'état des connaissances générales dans ce domaine que pour favoriser son dépistage.

Remerciements

Aux participant(e)s et aux écoutant(e)s de HIS.

À A. Reymes-Mbodje, M. Ohayon, et R. Djebbar pour leur relecture et leur éclairage. À C. Brouard et C. Larsen pour leur soutien et leurs conseils dans la rédaction de cet article.

Références

[1] Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos JC. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006. 114p. Disponible à : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=4362

[2] Zarski JP. Histoire naturelle des hépatites virales. *Rev Prat.* 2011;61:33-8.

[3] Marcellin P. Hépatite C : la guérison. *Gastroenterol Clin Biol.* 2009;33:819-9.

[4] Larrey D, Couzigou P, Denis J. Hépatite chronique C : gestion des effets indésirables du traitement. *Gastroenterol Clin Biol.* 2007;31:4520-8.

[5] Institut de veille sanitaire. Surveillance nationale de l'hépatite C à partir de pôles de référence volontaires, données épidémiologiques 2001-2007. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-C/Surveillance-nationale-de-l-hepatite-C-a-partir-des-poles-de-reference-volontaires>

[6] Direction Générale de la Santé. Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012, ministère de la Santé et des Sports, 2009. 86p. Disponible à : <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-les-hepatites-b-et-c-2009-2012.html>

Les représentations de l'hépatite chronique C et de son traitement : une étude qualitative

Catherine Enel (enelc@orange.fr)¹, Anne Minello², Patrick Hillon³

1/ Registre des hépatites virales de Côte-d'Or et du Doubs, Faculté de médecine de l'Université de Bourgogne, Dijon, France

2/ Inserm U866 ; Service d'hépatogastroentérologie, CHU du Bocage, Dijon, France

3/ Faculté de médecine de l'Université de Bourgogne, Dijon, France

Résumé / Abstract

Introduction – Le dépistage et le traitement de l'hépatite chronique virale C en France demeurent insuffisants. L'élaboration de stratégies efficaces pour augmenter le nombre de personnes infectées prises en charge passe par une bonne compréhension des représentations qu'elles ont de leur maladie et de son traitement.

Méthode – Une étude qualitative menée en Bourgogne entre 2006 et 2008 a consisté en des entretiens menés auprès de 11 personnes atteintes d'hépatite virale C, avant et après traitement.

Résultats – L'analyse des entretiens montre une évolution des représentations dans le temps, teintées du discours médical dans les entretiens pré-traitement et davantage personnalisées dans les entretiens post-traitement. Elle révèle le choc du diagnostic, les raisons d'acceptation de la prise en charge propres à chaque personne et fonction de ses représentations, et le vécu difficile du traitement.

Discussion-conclusion – Pour améliorer la prise en charge des patients porteurs d'une infection à VHC et pour faire tomber les barrières existantes, l'intervention d'un professionnel en éducation thérapeutique apparaît indispensable.

Representations of chronic hepatitis C and its treatment: a qualitative study

Introduction – Screening and treatment of chronic viral hepatitis C are still inadequate in France. Implementing effective strategies in order to increase the number of infected people taken into medical care requires a good understanding of representations of the infection and its treatment.

Material and methods – During a qualitative survey conducted in Burgundy between 2006 and 2008, 11 persons suffering from chronic viral hepatitis C were interviewed before and after treatment.

Results – The analysis of interviews showed an evolution of representations between pre- and post-treatment interviews. Perceptions noticeably reflected medical discourse in pre-treatment interviews, but became more personalized in post-treatment interviews. The analysis highlighted the state of shock following diagnosis, the reasons for medical care acceptance that varied according to each person's representations, as well as the violence of treatment effects experienced as a necessary harm.

Discussion-conclusion – In order to improve health care management of patients infected with HCV and to break down existing barriers, interventions from health care providers specialized in therapeutic education are necessary.

Mots-clés / Keywords

Hépatite C, représentations, traitement, étude qualitative / Hepatitis C, representations, treatment, qualitative study

Introduction

Le dépistage, le suivi, la mise en traitement et l'observance du traitement des personnes atteintes d'hépatite chronique virale C demeurent insuffisants [1;2]. L'élaboration de stratégies efficaces pour améliorer la lutte contre l'hépatite C nécessite la bonne compréhension des obstacles dressés par les médecins comme par les patients. En France, la recherche sur le traitement des patients porteurs de cette infection est marquée par les approches cliniques et épidémiologiques, qui présentent troubles psychiatriques et conduites addictives comme causes principales de non-traitement, d'insuffisance d'observance et d'interruption du traitement [3;4]. Des chercheurs en sciences sociales [5-8] ont mis en évidence la difficulté de vivre avec cette pathologie, la discrimination et la stigmatisation qui y sont attachées, les perturbations qu'elle entraîne dans la vie quotidienne et la pénibilité du traitement de référence. Une étude épidémiologique en population générale de Côte-d'Or et du Doubs [9] a confirmé l'insuffisance de la prise en charge de patients porteurs du VHC.

Nous avons mené, entre 2006 et 2008, une étude qualitative en sciences sociales cherchant à comprendre l'origine des freins au traitement. Elle a montré que la variabilité des délais entre diagnostic, primo-consultation en hépatologie et initiation du traitement s'interprétait au regard de la relation médecins-patients et des stratégies thérapeutiques [10]. Nous explorons ici plus

particulièrement la manière dont les représentations de l'hépatite C et de son traitement évoluent chez les patients ayant déjà entrepris un traitement pour leur hépatite C.

Méthode

Des entretiens ont été menés auprès de 27 personnes atteintes d'hépatite chronique C questionnées à l'aide d'un canevas abordant : circonstances du diagnostic, itinéraire de prise en charge, représentations et vécu de l'infection, relations avec les professionnels de santé et rôle de l'entourage.

Parmi ces 27 personnes, 11 avaient déjà entrepris le traitement ; elles ont été interrogées avant (ou au tout début) et après la fin ou l'interruption du traitement. Elles avaient été recrutées *via* le service d'hépatogastroentérologie du CHU de Dijon. La personne menant ces entretiens en face à face, anthropologue, s'est déplacée à leur domicile. Les entretiens ont été enregistrés puis transcrits *verbatim*, exceptés trois d'entre eux qui ont eu lieu par téléphone et ont fait l'objet d'une prise de notes. La durée moyenne des entretiens, de type semi-directif, a été d'un peu plus d'une heure.

Résultats

Parmi ces 11 personnes, 9 avaient une vie familiale, sociale et professionnelle stable, 1 était en recherche d'emploi et 1 bénéficiait d'une allocation d'adulte handicapé. Les 4 hommes avaient

entre 48 et 58 ans et les 7 femmes entre 46 et 70 ans. La contamination était probablement due à l'usage intraveineux de drogue pour 2 personnes -sevrées depuis longtemps-, à un geste médical pour les 9 autres. Aucune ne déclarait de surconsommation d'alcool ou de troubles importants de la personnalité ; 2 étaient traitées pour un syndrome dépressif ; 10 étaient mono-infectées ; la 11^e avait guéri spontanément d'une hépatite B ; 9 étaient naïves de traitement antiviral.

Les représentations avant traitement

Les patients ont parfois confondu le diagnostic d'hépatite C avec celui d'hépatite B, estimée non potentiellement mortelle et jugée moins grave que le sida ou un cancer. La contamination par contact avec du sang infecté a été acceptée d'emblée, aucune autre interprétation étiologique personnelle n'a été élaborée. En cas d'actes médicaux multiples, avec ou sans administration de produits sanguins, l'incapacité de dater l'arrivée du virus dans l'organisme rendait insaisissable la temporalité de l'évolution. L'infection a parfois été vécue comme une épée de Damoclès, avec la crainte constante de la survenue inopinée d'une cirrhose ou d'un cancer du foie.

Les personnes asymptomatiques ont été stupéfiées par cette découverte fortuite car, dans leur imaginaire -comme dans l'imaginaire collectif-, l'hépatite C est la « maladie des toxicomanes » et la cirrhose la « maladie des alcooliques ».

L'évolution lente et l'absence de symptômes contribuaient à la banaliser, entraînant une réticence au traitement : « *c'était vraiment un traitement disproportionné en l'absence totale de symptômes* ». Les médecins, en recourant au registre sémantique du sommeil, entretenaient la représentation d'un virus anodin : « *au stade où vous en êtes, faut surtout rien faire... il faut le laisser... ça fait très longtemps qu'il dort, il va pas se réveiller comme ça d'un seul coup* ». Plusieurs années se sont écoulées entre le diagnostic et l'initiation du traitement, qui était accepté à l'annonce d'une évolution défavorable rendant soudain l'infection mortifère.

Les personnes ayant consulté pour des gênes durables (asthénie, arthralgies) dont l'origine n'avait pas été identifiée ont pu rester des années sans qu'il y ait eu de sérologie virale C, les confortant ainsi dans une notion de bénignité. Une hépatite C symptomatique, avec fatigue portant atteinte à la qualité de vie et image de soi dégradée, a entraîné une rapide initiation du traitement.

Le discours médical de prévention évoquant le risque de transmission a pu déclencher le sentiment d'être « pestiféré », avec pour conséquence une infection cachée à l'entourage.

Parmi les 9 personnes présentant une hépatite d'origine nosocomiale, une seule se posait en victime et envisageait un recours en justice.

Les raisons de l'acceptation du traitement

Replacer la contamination par le VHC dans l'histoire de vie a permis, au cours de l'entretien, d'exprimer les représentations que les personnes avaient de leur santé et les raisons profondes de l'acceptation du traitement, acceptation liée en général à la prise de conscience de la menace que représente l'hépatite C. Selon les cas, celle-ci est apparue comme un obstacle au projet de vivre centenaire, un risque inacceptable de cancer du foie après traitement d'un autre cancer, une atteinte au rôle social masculin, la réminiscence d'une maladie contagieuse ayant fait éclater une famille nucléaire, une nouvelle menace dans une famille où il y avait transmission d'une altération chromosomique.

Une personne avait, pendant près de vingt ans, refusé toute prise en charge de son hépatite qu'elle estimait être un non-sens, malgré les injonctions du Centre de transfusion sanguine à l'origine de la révélation. Une intervention de chirurgie cardiaque à l'adolescence, dont elle retirait une certaine fierté, et une absence totale de consultations médicales durant la quarantaine d'années qui a suivi, lui donnaient un sentiment d'invincibilité. Cette personne se pensait à l'abri d'une évolution défavorable de son hépatite et il a fallu une nouvelle complication cardiaque nécessitant une consultation chez un médecin généraliste et un bilan de son hépatite fait à cette occasion révélant une cirrhose pour qu'elle accepte de se traiter.

Les représentations du traitement

Les entretiens pré-traitement ont révélé que les chances de guérison étaient connues et corrélées au génotype viral : « *le traitement, c'est*

un traitement lourd, mais si j'ai une chance sur deux de guérison, moi je prends cette chance ». Le traitement de référence par interféron et ribavirine était modérément craint chez les personnes naïves, qui appréhendaient davantage les troubles de l'humeur et le syndrome dépressif que l'asthénie et le syndrome grippal déclaré tolérables par les hépatologues. Elles redoutaient des séquelles comme l'apparition d'un dysfonctionnement thyroïdien ou d'un diabète. Les 2 personnes déjà traitées par monothérapie n'en avaient pas gardé un mauvais souvenir et, souffrant d'asthénie invalidante au quotidien, espéraient la bithérapie plutôt curative que préventive de complications.

Lors des entretiens pré-traitement, la représentation de la maladie et du traitement est apparue très fortement teintée du discours médical, alors que, dans les entretiens post-traitement, elle se révélait beaucoup plus personnalisée et individuelle.

Le vécu du traitement

La lecture des notices accompagnant les médicaments, parfois interrompue devant l'évocation d'une sévérité possible de certains effets, troublait l'image d'un traitement pénible mais supportable. Le décalage entre la présentation modérée des effets secondaires éventuels par le spécialiste et la violence de la réaction induite par le traitement ont ébranlé les patients. L'occurrence des qualificatifs « dur », « affreux », « horrible » était saisissante dans les entretiens post-traitement, litanie d'effets secondaires intenses, inattendus, violents, à la limite du tolérable : « *je me pique le jeudi, le vendredi je suis cassé, le samedi, le dimanche... ça commence à aller un peu mieux le lundi, et encore... c'est très très très dur... dur... dur* ». Les doléances des femmes étaient plus atténuées que celles des hommes, mais un époux présent à l'entretien post-traitement est intervenu pour dire que sa femme sous-estimait les troubles de l'humeur qu'elle avait présentés : « *il y a des moments, c'est pas évident à supporter... faut le dire, non tu t'en rendais pas compte* ».

La gestion du traitement

Les personnes ont fait preuve d'une participation active durant le traitement. L'intention de s'auto-injecter l'interféron, exprimée lors du premier entretien, a été confirmée pour 9 personnes, les 2 autres ayant préféré l'intervention d'une infirmière. Toute diminution de dose ou interruption des prises a été faite sur avis médical. La quasi-absence de stratégies personnelles d'ajustement des traitements ou de réduction individuelle des doses prescrites est remarquable devant l'extrême pénibilité du traitement ; certaines personnes ont dit avoir été tentées, une seule est passée à l'acte, et seulement en toute fin de traitement. La connaissance du coût mensuel du traitement a été présentée comme un facteur d'observance, avec la conscience du gaspillage financier qu'aurait représenté une interruption demandée au médecin.

Les personnes n'ayant pas interrompu leur activité professionnelle ont fait face à la fois à leurs obligations et à la fatigue liée au traitement, se mettant parfois en danger, notamment pour se rendre au travail en voiture : « *j'évitais de*

conduire le plus possible... parce que fatigué et d'ailleurs j'ai cassé une voiture parce que je me suis endormi en rentrant du boulot ». Seuls 2 hommes en activité professionnelle ont cessé le travail pendant le traitement ; les femmes ont craint de donner d'elles une image « non performante » en s'arrêtant de travailler pour se soigner.

Le vécu du traitement n'a pas été partagé avec le conjoint et la famille pour 2 personnes (1 homme et 1 femme). Pour les autres, une relation de couple stable et accompagnante est apparue comme un facteur d'observance.

Dans les entretiens pré-traitement, les personnes ont exprimé une réticence à chercher du soutien auprès d'une association de patients, qui a perduré durant le traitement car les personnes s'imaginaient y trouver une ambiance mortifère alors qu'elles refusaient de se laisser dominer par la maladie.

Peu ont accepté l'entretien avec la psychologue clinicienne du service d'hépatogastroentérologie proposé au début de la prise en charge, exprimant des réserves sur l'utilité d'une telle offre. Seules 2 personnes ont fait l'objet d'une prise en charge spécifique pour antécédents de troubles dépressifs.

La guérison

L'annonce de l'absence de charge virale trois ou six mois après la fin du traitement a été un véritable soulagement car il n'y avait plus de risque vital ou de contamination de l'entourage : « *vis-à-vis de la famille, j'ai plus la hantise de me dire : je risque de leur donner, surtout à mon petit-fils* », nous a dit la patiente chez qui il y a transmission d'une anomalie chromosomique. Pour d'autres, la vie redevenait comme « avant la maladie ». Les personnes déclarées guéries ont présenté l'épreuve du traitement comme une souffrance nécessaire : « *faut serrer les dents... faut vouloir se guérir... c'est dur... c'est sûr, faut passer par une souffrance, y pas d'autre moyen* ». Sans chercher à vouloir apporter des éléments explicatifs, cette épreuve a pu avoir aussi, aux dires des personnes concernées, des effets radicaux sur la vie familiale, avec un divorce dû aux difficultés de la vie en couple pendant le traitement ou au contraire un mariage dû au renforcement du lien entre partenaires face à la souffrance induite par le traitement. Celui-ci a pu également avoir des retentissements sur la vie professionnelle ou sociale, les patients ayant remis en cause certains de leurs choix de vie. Les témoignages rapportent en effet des changements de profession ou d'activité de loisirs, la révélation de talents créateurs, reprise d'activités récréatives abandonnées du fait de la maladie (chasse, sport).

Les personnes en échec thérapeutique étaient plutôt fatalistes, prévenues des chances limitées de guérison liées au génotype viral et convaincues que le traitement leur avait quand même été bénéfique. Elles se reconfortaient à l'idée de nouvelles thérapies annoncées dans un futur relativement proche.

L'alliance thérapeutique

Dans les entretiens post-traitement, les personnes ont exprimé combien elles avaient

apprécié la personnalisation de la relation et l'absence de jugement de la part de l'équipe médicale spécialisée. Il n'en avait pas toujours été de même dans les parcours de soins antérieurs, avec évocation de rupture de confiance avec des professionnels de santé pour abus d'autorité, relation perçue comme davantage commerciale que médicale, suspicion d'incompétence.

L'infirmière de consultation a été présentée comme le maillon fort de l'alliance thérapeutique. Le temps accordé à la remise en mots profanes, à la préparation au traitement, à l'écoute et la gestion des difficultés de tous ordres a été très prisé. L'acceptation des souffrances dues au traitement a été attribuée à la grande disponibilité, notamment téléphonique, de cette infirmière.

Discussion-conclusion

Cette étude a révélé la complexité des représentations de l'hépatite C et de son traitement. En permettant l'expression du ressenti personnel, de l'histoire de vie et de la relation à la santé et à la maladie, la méthode qualitative a montré ici son avantage.

Cette étude, en révélant l'évolution de la représentation de l'hépatite C et de son traitement dans le temps, a aussi montré l'importance de mener des entretiens pré- et post-traitement. En effet, la libération de la parole s'est davantage fait sentir au cours des entretiens post-traitement qui ont favorisé l'indispensable mise à distance.

Les limites de notre étude, de type monocentrique, résident dans le fait que, comme toute étude qualitative, elle ne concerne qu'un nombre limité de patients, de surcroît suivis par les mêmes soignants dispensant le même type de prise en charge. Nous ne pouvons exclure l'idée qu'une étude multicentrique aurait pu mettre en évidence d'autres constats et d'autres pistes de réflexion.

Pour améliorer la prise en charge des patients porteurs d'une infection à VHC, et notamment l'acceptation d'un traitement pénible, il semble nécessaire de communiquer davantage sur cette hépatite, à la fois auprès des professionnels de santé et dans les médias, de façon à faire tomber les barrières entre discours médical et représentations des patients. Enfin, il nous semble crucial d'intégrer dans une équipe de soins un professionnel de l'éducation thérapeutique pour accompagner et soutenir les patients en traitement.

Remerciements

Nous sommes très reconnaissants à toutes les personnes interrogées d'avoir bien voulu libérer du temps pour nous accueillir et répondre à nos questions.

Cette étude a été financée par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), décisions n° 7024 et 6013.

Références

- [1] Institut de veille sanitaire, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice: InVS; 2006. 176 p. Disponible à : [http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB_4362](http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/(id)/PMB_4362)
- [2] Direction générale de la santé. Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Paris:

Ministère de la Santé et des Sports; 2009. 87 p. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatitis.pdf

[3] Lang JP, Meyer N, Doffoel M. Bénéfice d'une prise en charge préventive psychiatrique chez les patients séropositifs à l'hépatite C (VHC) : étude prospective concernant 39 patients. *Encéphale*. 2003;29(4):362-5.

[4] Périch C, de Séverac ML. La prise en charge globale dans un centre de soins spécialisé pour toxicomanes (CSST) : être suivi pour une hépatite C. *Interdépendances*. 2005;56:27.

[5] Setbon M. La société face à l'hépatite C. Connaissances, représentations, action publique. *Transfus Clin Biol*. 1997;4(3):329-38.

[6] Le Grand-Sébille C. Comment vit-on avec l'hépatite C dans le Nord/Pas-de-Calais ? Étude qualitative. Lille: Ddass du Nord et du Pas-de-Calais (Collection Repères en Santé Publique) ; 2000. 63 p. Disponible à : nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-publique/sida/pdf/12sid.pdf

[7] Faure M. Représentations de l'hépatite C et itinéraires de prise en charge chez les personnes en situation de précarité. Paris: ANRS. 2003.

[8] Antoni M. L'hépatite virale C en France. La société, le malade et les professionnels de santé : des perceptions aux interactions. Mémoire de 2^{ème} année, Certificat International d'Écologie Humaine, Option Écologie Humaine et Santé, Université Paul Cézanne Aix-Marseille. 2007.

[9] Hatem C, Minello A, Bresson-Hadni S, Jooste V, Evrard Ph, Obert B, *et al*; REBOHC and REVHOC Committees. Is the management of hepatitis C patients appropriate? A population-based study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21(8):1007-15.

[10] Enel C, Minello A, Jooste V, Pinoit JM, Hillon P. Dans l'hépatite chronique C, les délais entre diagnostic et traitement sont liés à la relation médecins-patients. *Med Sci*. 2009;25(5):519-23.

Un exemple d'éducation thérapeutique par une infirmière sur l'observance et l'efficacité du traitement par bithérapie peginterferon alpha2 - ribavirine dans l'hépatite chronique C : protocole PEGOBS

Dominique Larrey (dom-larrey@chu-montpellier.fr)

Service d'hépatogastroentérologie et transplantation, Hôpital Saint-Eloi, CHU Montpellier ; Inserm U1040-IRB, Montpellier, France

Résumé / Abstract

Introduction – Les échecs du traitement INF-PEGa2a/b et ribavirine dans l'hépatite chronique C sont principalement dus à une mauvaise observance et aux effets secondaires. Aucune étude prospective n'avait encore validé l'impact réel de l'éducation thérapeutique.

Objectif – Évaluer l'impact des consultations infirmières systématiques sur l'observance et l'efficacité du traitement par bithérapie dans l'hépatite chronique C.

Patients et méthodes – Il s'agit d'une étude multicentrique, prospective avec randomisation en deux groupes : un groupe A comprenant, après la visite médicale, une consultation infirmière systématique effectuée avec une grille structurée d'évaluation et d'éducation sur la maladie et le traitement ; et un groupe B de patients ayant un suivi pragmatique. Cette étude a été menée au sein de 12 centres. Une comparaison entre un centre expérimenté en éducation thérapeutique (centre 1) et des infirmières nouvellement formées a été réalisée.

Résultats – 244 patients randomisés (groupe A : 123 ; groupe B : 121) ont été inclus. Les deux groupes avaient des caractéristiques démographiques, cliniques, virologiques et une fréquence de traitement antérieur semblables. L'observance d'une durée de traitement de 48 semaines était meilleure dans le groupe A que dans le groupe B (79,1% vs. 48,8%, $p < 0,005$). La réponse virologique soutenue (RVS) était plus fréquente dans le groupe A que dans le groupe B (37,7% vs. 25%, $p < 0,05$). Les résultats d'observance et de RVS étaient meilleurs dans le centre expérimenté.

Conclusion – La consultation infirmière systématique est associée à une meilleure observance thérapeutique et une meilleure réponse virologique. La différence était plus marquée dans le centre expérimenté en éducation thérapeutique.

An example of therapeutic education by a nurse on the adherence and efficacy of the treatment by peginterferon alpha 2 – ribavirin bithrapy in chronic hepatitis C: the PEGOBS Protocol

Introduction – Failures of PEGIFN- α 2a/b-ribavirin combination in chronic hepatitis C are mainly due to a poor adherence and side effects. No prospective study has validated the real impact of therapeutic education so far.

Objective – To assess the effect of systematic nurse-provided therapeutic education on adherence and efficiency of bithrapy in chronic hepatitis C.

Patients and methods – Multicentric, prospective study, randomized in two groups: Group A: systematic nurse consultation after medical consultation, performed with a standardised grid for assessment and education on the disease and its treatment; Group B: pragmatic follow-up. This study was performed in 12 centres. A comparison between a centre specialised in therapeutic education (centre 1) and newly trained nurses was carried out.

Results – 244 randomized patients (Group A: 123; Group B: 121) were included in the study. Baseline demographic, clinical, virological characteristics were similar, as well as the frequency of previous treatment between groups.

Adherence to the complete 48 week-treatment was better in Group A than for Group B (79.1% vs. 48.8%, $p < 0,005$). Sustained virological response (SVR) was more frequent in Group A than in Group B (37.7% vs. 25%, $p < 0.05$). Adherence and SVR were better in the specialised centre.

Conclusion – The systematic nurse-provided therapeutic education is significantly associated with a better adherence to the treatment and a better virological response. The beneficial effect was higher in the specialised centre for therapeutic education.

Mots-clés / Keywords

Traitement de l'hépatite C, observance, éducation thérapeutique / Hepatitis C treatment, adherence, therapeutic education

Introduction

Le traitement de l'hépatite chronique C basé sur une bithérapie associant un interféron pégylé et de la ribavirine est associé à une réponse virologique prolongée dans un peu plus de 50% des cas, avec des variations selon le génotype [1-4]. Un pourcentage important de patients reste en échec thérapeutique. La mauvaise observance en est une cause majeure [1-4], liée à des conditions de traitement défavorables (alcoolisme, insulino-résistance, situation sociale, diminution des doses optimales de traitement) [1-5]. Une des causes majeures réside dans les effets secondaires du traitement [1-5]. Ceci a conduit depuis quelques années à souligner l'importance de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et l'accompagnement du malade, par analogie avec la prise en charge de l'infection par le VIH [6]. Une prise en charge multidisciplinaire plaçant le patient au centre d'un dispositif de soins, ainsi que le soutien des associations de patients, sont considérés comme des facteurs d'optimisation du traitement [7].

Toutefois, l'efficacité de cette prise en charge, considérée comme idéale mais potentiellement coûteuse [8], sur l'observance du traitement et la réponse virologique n'avait pas été scientifiquement démontrée.

Le but principal de cette étude a été d'évaluer l'impact sur l'observance du traitement de l'éducation systématisée du malade et de son entourage par une infirmière (protocole PEGOBS). Les objectifs secondaires ont été de 1) définir les motifs et les modalités d'une mauvaise observance ; 2) mesurer l'impact de l'intervention sur l'efficacité du traitement, la qualité de vie des malades et les conséquences médico-économiques.

Il faut souligner que cette étude a été réalisée avant la mise sur le marché des nouvelles anti-protéases actives dans l'hépatite C. Néanmoins, la bithérapie par interféron pégylé et la ribavirine restant un élément majeur du traitement par trithérapie, les problèmes d'observance et d'efficacité thérapeutique sont conceptuellement les mêmes.

Patients et méthodes

L'étude a été prospective, multicentrique, comparative, randomisée, coordonnée par le service d'hépatogastroentérologie et transplantation du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier (centre 1), avec la participation du réseau hépatites Languedoc-Roussillon. Les malades ont été randomisés en deux groupes (1:1) : un groupe A avec consultation infirmière standardisée systématique et un groupe B de malades ayant un suivi pragmatique. Les 12 centres participants étaient des services hospitaliers publics d'hépatogastroentérologie, universitaires (n=2) ou non (n=10).

Les critères d'inclusion étaient simples et ouverts à tout patient adulte tiré au sort, volontaire pour participer et ayant une indication de bithérapie pour hépatite chronique C, soit en première intention (patients naïfs), soit en raison d'un échec thérapeutique antérieur (rechuteurs ou non répondants).

Tableau 1 Observance du traitement antiviral vis-à-vis du VHC selon la durée du traitement prévue et l'existence d'un programme d'éducation thérapeutique (groupe A) ou non (groupe B), étude PEGOBS, France / **Table 1** Adherence to HCV treatment according to the scheduled duration and application of a therapeutic education program (group A) or not (group B), PEGOBS Study, France

| Toute durée prévue de traitement (24 ou 48 semaines) | Tous les patients (N=244) | | | Patients inclus centre 1 (N=128) | | |
|--|---------------------------|------------|------|----------------------------------|------------|-------|
| | Groupe A | Groupe B | p | Groupe A | Groupe B | p |
| Observance du traitement complet (24 ou 48 semaines) | 91 (74,0%) | 76 (62,8%) | 0,06 | 54 (83,1%) | 39 (61,9%) | 0,007 |
| Traitement prévu pour 24 semaines | Tous patients (N=80) | | | Patients inclus centre 1 (N=37) | | |
| | Groupe A | Groupe B | p | Groupe A | Groupe B | p |
| Observance à 24 semaines | 31 (83,6%) | 35 (76,7%) | NS | 16 (94,1%) | 18 (90,0%) | NS |
| Traitement prévu pour 48 semaines | Tous patients (N=164) | | | Patients inclus centre 1 (N=91) | | |
| | Groupe A | Groupe B | p | Groupe A | Groupe B | p |
| Observance du traitement complet à 48 semaines | 60 (69,7%) | 41 (53,2%) | 0,03 | 38 (79,1%) | 21 (48,8%) | 0,002 |

Les patients inclus dans le groupe A étaient suivis selon le planning de visite avec une consultation médicale assurée par le médecin investigateur et une consultation infirmière de complément systématique à J0, au démarrage du traitement, à S4, S8, S12, S24, et S36. Les patients inclus dans le groupe B étaient suivis de façon pragmatique selon le planning des visites, avec une consultation médicale sans consultation infirmière systématique. Le suivi pragmatique comprenait des consultations médicales d'hépatologie au moins à S4, S12, S24, S36, S48 et plus souvent si nécessaire. Il était ouvert en termes de contenu et de support selon les habitudes du centre. Après la fin du traitement, les patients étaient évalués à 12 et 24 semaines pour mesurer la réponse virologique soutenue (définie par un ARN VHC non détectable 24 semaines après la fin du traitement).

L'infirmière utilisait un questionnaire standardisé pour déterminer les connaissances du patient sur sa maladie et les effets secondaires des traitements. Ce questionnaire a été établi par des infirmières spécialisées en éducation thérapeutique et relu par un médecin. Il n'a pas fait l'objet d'une validation spécifique. Cependant, il a été élaboré à partir de questionnaires déjà utilisés dans d'autres pathologies, en particulier l'infection par le VIH. Il était centré sur la connaissance de l'infection virale C par le patient, du traitement,

de sa conduite et des effets secondaires, ainsi que sur des éléments pouvant intervenir comme comorbidité. Ces éléments ont été analysés à partir de 2 questionnaires dont le contenu détaillé est publié *in extenso* par ailleurs [8].

L'infirmière devait répondre aux questions posées par le patient et l'informer le plus largement possible avec les moyens mis à sa disposition (texte, dessin, etc.). Elle guidait cette consultation avec l'objectif de renforcer l'observance du traitement. Les infirmières d'ETP de chaque centre ont disposé de supports identiques et ont bénéficié d'une série de formations pour standardiser et homogénéiser la démarche d'ETP entre les centres.

L'observance du traitement, définie par sa poursuite selon le schéma prévu, était correcte quand la durée prévue de traitement était complète.

Une analyse médico-économique prospective de la prise en charge thérapeutique a été réalisée sur un échantillon aléatoire de patients dans les deux groupes.

Résultats

Au total, les 250 patients sollicités pour participer à l'étude ont tous accepté, et ont été randomisés. Six d'entre eux (tous du groupe B) n'ont pas reçu de traitement. L'analyse a donc porté sur 244 patients, 123 étant inclus dans le

groupe A, et 121 dans le groupe B. Les patients des groupes A et B n'étaient pas différents en termes d'âge moyen (47 ans) et de sexe ratio H/F (respectivement 64% et 36% vs. 61% et 39%), de fréquence de fibrose étendue F3/F4 (29,4% vs. 32,1%) et de traitement antiviral antérieur (patients non répondeurs ou rechuteurs : 42,6% vs. 36,1%).

Adhésion au traitement selon le projet thérapeutique initial

Les résultats sont présentés dans le tableau 1. Sur l'ensemble des patients, l'adhésion au traitement tendait à être un peu supérieure dans le groupe A (éducation thérapeutique), cette tendance s'accroissant avec la durée prévue de traitement ($p=0,06$). L'adhésion au traitement, analysée selon la durée de traitement prévue, n'était pas différente dans les deux groupes pour une durée de 24 semaines. En revanche, pour une durée de traitement prévue de 48 semaines, l'adhésion était meilleure dans le groupe A à 24 semaines (72,1% vs. 57,1%) et à 48 semaines (69,7% vs. 53,2%), ($p < 0,03$).

Motifs d'arrêt prématuré du traitement et perdus de vue

Les causes principales d'arrêt prématuré du traitement étaient les effets indésirables, la survenue d'une affection annexe, le souhait du patient, l'absence de réponse virologique en cours de suivi, la rechute d'une consommation excessive d'alcool antérieure. Par ailleurs, les patients perdus de vue ont été considérés comme des échecs d'observance. Le pourcentage d'arrêt prématuré de traitement pour non-réponse virologique n'était pas différent entre les deux groupes ($p=0,09$) même s'il tendait à être plus élevé dans le groupe B (8,2% vs. 3,2%).

Résultats virologiques

La réponse virologique soutenue (RVS) est présentée dans le tableau 2. Sur l'ensemble des traitements, la RVS était significativement plus importante dans le groupe A que dans le groupe B à 24 semaines (38,2% vs. 24,8%).

L'impact de l'éducation thérapeutique variait selon la durée de traitement initialement prévue. En effet, pour les traitements de 24 semaines, le pourcentage de RVS n'était pas différent entre les deux groupes même si ce pourcentage était plus élevé dans le groupe A (70,6% vs. 55%). En revanche, pour les traitements de 48 semaines, le pourcentage de RVS était significativement plus élevé dans le groupe A (39,6% vs. 9,3% ; $p=0,009$).

Facteurs pronostiques de réponse virologique soutenue

Les facteurs significatifs ($p < 0,05$) de RVS dans l'analyse bivariée (tableau 3) étaient l'éducation thérapeutique (patients du groupe A), le traitement de première intention (patient naïf de traitement), l'infection par un génotype VHC 2/3 et un ARN VHC sérique indétectable à 12 semaines de traitement. En revanche, étaient non significatifs : une fibrose extensive F3/F4, le sexe, une virémie faible inférieure à 715 000 UI/mL à l'inclusion, l'âge <45 ans, les ALAT à l'inclusion et la prise en charge dans le centre 1.

Tableau 2 Réponse virologique soutenue (RVS), 24 semaines après la fin du traitement antiviral vis-à-vis du VHC (charge virale VHC <50 IU/mL) selon la durée prévue de traitement et l'existence d'un programme d'éducation thérapeutique (groupe A) ou non (groupe B), étude PEGOBS, France / **Table 2** Sustained virological response (SVR), 24 weeks after the end of HCV treatment (viral load <50IU/mL) according to the scheduled duration and application of a therapeutic education program (group A) or not (group B), PEGOBS Study, France

| Toute durée prévue de traitement 24 ou 48 semaines | Total des patients (N=244) | | | Patients centre 1 (N=128) | | |
|--|----------------------------|------------|-------|---------------------------|------------|--------|
| | Groupe A | Groupe B | p | Groupe A | Groupe B | p |
| RVS à semaine 24 | 47 (38,2%) | 30 (24,8%) | 0,02 | 31 (47,7%) | 15 (23,8%) | 0,004 |
| Traitement prévu pour 24 semaines | Total des patients (N=80) | | | Patients centre 1 (N=37) | | |
| | Groupe A | Groupe B | p | Groupe A | Groupe B | p |
| RVS à semaine 24 | 21 (56,8%) | 20 (46,5%) | NS | 12 (70,6%) | 11 (55%) | NS |
| Traitement prévu pour 48 semaines | Total des patients (N=163) | | | Patients centre 1 (N=91) | | |
| | Groupe A | Groupe B | p | Groupe A | Groupe B | p |
| RVS à semaine 24 | 26 (30,2%) | 10 (13,0%) | 0,008 | 19 (39,6%) | 4 (9,3%) | 0,0009 |

Tableau 3 Réponse virologique soutenue : analyse bivariée des facteurs pronostiques. Étude PEGOBS, France / Table 3 Sustained virological response: bivariate analysis of prognosis factors. PEGOBS Study, France

| N=244 | Charge virale VHC indétectable 24 semaines après la fin du traitement N=77 | Charge virale VHC détectable, 24 semaines après la fin du traitement N=167 | p |
|---|--|--|---------|
| Inclus dans groupe A* | 47 (61,0%) | 76 (45,5%) | 0,02 |
| Pris en charge dans le centre 1 | 46 (59,7%) | 82 (49,1%) | 0,12 |
| Naïf de traitement antiviral | 56 (73,7%) | 90 (54,5%) | 0,005 |
| Infecté par génotype VHC 2/3 | 42 (54,5%) | 48 (28,7%) | 0,0001 |
| Fibrose hépatique F3-F4 à l'inclusion** | 21 (28,8%) | 49 (31,6%) | NS |
| Sexe masculin | 49 (63,6%) | 104 (62,3%) | NS |
| Charge virale VHC à l'inclusion ≤715 000 IU/mL (ARN VHC) | 44 (58,7%) | 70 (45,7%) | 0,06 |
| Âge ≤45 ans | 40 (51,9%) | 77 (46,1%) | NS |
| Taux d'Alat à l'inclusion (x limite supérieure de la normale) | 2,0 | 1,9 | NS |
| Charge virale VHC indétectable à la semaine 12 de traitement | 69 (95,8%) | 81 (51,6%) | <0,0001 |

*Groupe A : patients bénéficiant d'un programme d'éducation thérapeutique ; **Score Métavir.

Les facteurs associés à une RVS (analyse multivariée, tableau 4) étaient les génotypes 2/3 (odds ratio (OR) : 2,9), le fait d'être traité dans le groupe A avec éducation thérapeutique (OR:2,5), d'être un patient naïf de traitement antérieur (OR:2,3), d'avoir une virémie faible à l'inclusion (OR:1,8) et d'être pris en charge dans le centre 1 (OR:1,8).

La probabilité d'avoir une RVS a été également déterminée en prenant en compte la réponse virologique non détectable à 12 semaines (tableau 4). On retrouvait un OR de 2,4 pour les patients naïfs de traitement antérieur : OR de 2,3 pour le groupe A avec éducation thérapeutique et OR de 1,9 pour les génotypes 2/3.

Analyse médico-économique

L'analyse médico-économique, réalisée à partir d'un échantillon aléatoire de 63 patients du groupe A et 58 patients du groupe B [9] a permis d'estimer la somme des coûts directs et indirects à 14 012 euros pour le groupe A et à 12 379 euros pour le groupe B pour un traitement de 24 semaines (différence non significative), et à 25 909 euros (groupe A) et 21 622 euros (groupe B) pour le traitement de 48 semaines (différence non significative).

Discussion

Sur l'ensemble des patients, l'adhésion au traitement tendait à être un peu supérieure dans le groupe avec éducation thérapeutique. Elle variait selon la durée prévue de traitement ; pour la durée la plus courte, de 24 semaines, il n'y avait pas d'avantage.

Sur l'ensemble des traitements, la réponse virologique soutenue (RVS) augmentait de plus 50% par rapport au résultat du traitement fait de façon pragmatique, quels que soient la durée de traitement et le génotype (38,2% vs. 24,8%). Cette différence était principalement marquée pour les traitements prévus de 48 semaines mais n'était pas significative pour les traitements de 24 semaines.

Les pourcentages de RVS observés étaient tous plus faibles comparés aux résultats des essais « pivotaux » de bithérapie [1-4]. Ceci peut s'expliquer par plusieurs facteurs : a) la présence de patients non répondeurs dans les deux groupes ; b) une sélection des patients moins stricte que dans les essais thérapeutiques visant à l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché ; c) l'inclusion de patients dans cette étude correspondant beaucoup plus à ceux observés dans la « vraie vie ».

Les facteurs intervenant potentiellement dans la RVS ont été analysés, en particulier *a priori* le type de traitement de première intention ou non, le génotype et l'extension de la fibrose.

Sur l'ensemble des patients, les patients naïfs de traitement antérieur avaient une RVS nettement plus importante dans le groupe A comparé au groupe B.

Chez les malades ayant eu un traitement antérieur, avec non-réponse ou rechute virologique, la RVS était globalement 2 fois plus faible que chez les patients naïfs de traitement, quel que soit le groupe A ou B. Pour ceux traités antérieurement, non répondeurs ou rechuteurs, la RVS

était dans le groupe A nettement et significativement supérieure au groupe B.

Chez les patients ayant une fibrose extensive F3/F4 ou une cirrhose, la réponse virologique soutenue était dans le groupe A plus de 2 fois supérieure au groupe B.

Les facteurs de RVS évalués en analyse bivariée identifiaient de façon significative : l'éducation thérapeutique dans le groupe A, un traitement de première intention, l'infection par un génotype VHC 2 ou 3, l'ARN VHC indétectable à 12 semaines de traitement. Ces facteurs sont ceux habituellement retrouvés dans les essais thérapeutiques sur la bithérapie avec l'interféron pégylé et la ribavirine. La probabilité d'avoir une RVS ajustée à la réponse virologique précoce (ARN VHC indétectable à 12 semaines) était associée aux paramètres suivants : les patients naïfs de traitement antérieur, l'éducation thérapeutique et les génotypes 2/3.

Cette étude montre de meilleurs résultats pour l'observance et la réponse virologique dans le centre 1, coordinateur de l'étude. Ceci pourrait s'expliquer par une plus grande expérience de l'infirmière coordinatrice et un investissement particulièrement important. Cette infirmière était en effet la principale contributrice aux outils d'ETP utilisés pendant les séances. De ce fait, il est raisonnable de considérer qu'elle était particulièrement bien adaptée pour les utiliser. Ceci montre l'importance de l'expérience en ETP dans un champ spécifique d'application.

Ces résultats prospectifs vont dans le même sens que deux autres études d'éducation thérapeutique réalisées en France. L'une basée sur un observatoire (CheObs) a montré une meilleure observance et une meilleure RVS pour les patients de génotype 3 [10]. L'autre, réalisée de façon contrôlée non randomisée, montrait une meilleure observance et une meilleure RVS tous génotypes confondus [11].

L'analyse médico-économique a montré que le programme d'éducation thérapeutique n'augmente pas de façon significative le coût global des traitements, alors que ce programme représente un avantage important pour l'observance et la guérison. Dans l'hypothèse dans laquelle un patient en échec thérapeutique serait systématiquement remis sous traitement pour 48 semaines comme cela est recommandé, l'estimation de l'économie réalisée grâce à l'ETP en évitant des échecs et des retraitements est de 690 560 euros pour 100 patients [9].

En conclusion, ces résultats montrent : 1) l'importance de l'éducation thérapeutique dans le traitement de l'hépatite C, particulièrement dans les groupes les plus difficiles avec génotypes relativement résistants ou échec thérapeutique antérieur ; 2) l'importance de l'expérience de l'infirmière coordonnant l'ETP ; 3) les conséquences médico-économiques positives de l'ETP.

Références

- [1] Ghany MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB; American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. *Hepatology*. 2009;49(4):1335-74.
- [2] Kamal SM, El Tawil AA, Nakano T, He Q, Rasenack J, Hakam SA, *et al.* Peginterferon alpha-2b and ribavirin

Tableau 4 Réponse virologique soutenue : analyse multivariée des facteurs pronostiques. Étude PEGOBS, France / Table 4 Sustained virological response: multivariate analysis of prognosis factors. PEGOBS Study, France

| Résultats selon la procédure pas-à-pas | Odds ratio (IC95%) | |
|---|--------------------|------------|
| Infecté par un génotype VHC 2 ou 3 | 2,9 | [1,5-5,4] |
| A bénéficié du programme d'éducation thérapeutique (groupe A) | 2,5 | [1,3-4,6] |
| Naïf de traitement antiviral vis-à-vis du VHC | 2,3 | [1,2-4,5] |
| ARN VHC <715 000 IU/mL à l'inclusion | 1,8 | [0,99-3,3] |
| Pris en charge dans le centre 1 | 1,8 | [0,98-3,4] |

therapy in chronic hepatitis C genotype 4: impact of treatment duration and viral kinetics on sustained virological response. *Gut*. 2005;54(6):858-66.

[3] Bonny C, Fontaine H, Poynard T, Hézode C, Larrey D, Marcellin P, *et al*. Effectiveness of interferon plus ribavirin combination in the treatment of naive patients with hepatitis C virus type 1. A French multicentre retrospective study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;24(4):593-600.

[4] Sulkowski M, Lawitz E, Shiffman ML, Muir AJ, Galler G, McCone J, *et al*. Final results of the IDEAL (Individualized Dosing Efficacy *versus* flat dosing to assess optimal pegylated interferon therapy) phase IIIb study. *J Hepatol*. 2008;48(suppl 2):S370-1 (Abstr 991).

[5] Larrey D. Hépatite chronique C : quelles sont les recommandations en dehors du traitement antiviral ? *Gastroenterol Clin Biol*. 2002;26(HS 2):283-90.

[6] Pradier C, Bentz L, Spire B, Tourette-Turgis C, Morin M, Souville M, *et al*. Efficacy of an educational and counseling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy: French prospective controlled study. *HIV Clin Trials*. 2003;4(2):121-31.

[7] Larrey D, Couzigou P, Denis J. Chronic hepatitis C: management of side effects of treatment. *Gastroenterol Clin Biol*. 2007;31(8-9 Pt 3):4520-8.

[8] Larrey D, Salsé A, Ribard D, Boutet O, Hyrilles-Blanc V, Niang B, *et al*; Hepatitis C Network of Languedoc Roussillon (France). Education by a nurse increases response of patients with chronic hepatitis C to therapy with peginterferon- 2a and ribavirin. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2011;9(9):781-5.

[9] Larrey D, Salsé A, Castelli C, Bozonnet MC, Pageaux GP, Ribard D, *et al*. Quel est le coût d'un traitement par Peginterferon *alpha*2a-ribavirine dans

l'hépatite chronique C ? *Gastroenterol Clin Biol*. 2009;33:CO26 (Abstract).

[10] Cacoub P, Ouzan D, Melin P, Lang JP, Rotily M, Fontanges T, *et al*. Patient education improves adherence to peg-interferon and ribavirin in chronic genotype 2 or 3 hepatitis C virus infection: a prospective, real-life, observational study. *World J Gastroenterol*. 2008;14(40):6195-6203.

[11] Renou C, Lahmek P, Pariente A, Denis J, Cadranet JF, Giraud R, *et al*. Impact of therapeutic education on the outcome of chronic hepatitis C treatment. *Hepatology*. 2009;50(Suppl 4):729A.

Couverture vaccinale contre le virus de l'hépatite B

Les recommandations vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B restent encore insuffisamment appliquées en France, avec, en 2004, une couverture vaccinale (3 doses) de 42% chez les adolescents âgés de 15 ans [1], et de 39% chez les enfants âgés de 11 ans [2]. La couverture chez les nourrissons nés en 2007 était de 51% à 24 mois². Cependant, on observe depuis 2008 (année du remboursement du vaccin hexavalent) une nette augmentation de la couverture vaccinale. La couverture pour 1 dose de vaccin chez les nourrissons âgés de 6 mois est ainsi passée de 31% chez les enfants nés en 2007 à 81% chez ceux nés en 2010³. L'actualisation prochaine des données de couverture vaccinale pour 3 doses de vaccins, à partir de la même source, devrait confirmer cette tendance.

Dépistage des hépatites B et C

Les différentes sources de données sur le dépistage des anticorps anti-VHC et de l'antigène HBs (AgHBs) indiquent depuis le début des années 2000 :

- une augmentation régulière de l'activité de dépistage des anticorps anti-VHC et de l'AgHBs. Le nombre de tests remboursés par la CnamTS en France métropolitaine est ainsi passé, entre 2000 et 2010, de 960 000 à 1,86 millions pour les anticorps anti-VHC et de 1,19 millions à 1,96 millions pour l'AgHBs [3].
- une diminution de la proportion de tests positifs parmi les tests réalisés en Consultation de dépistage anonyme et gratuit (de 2,2% à 0,5% pour les anticorps anti-VHC et de 2,1% à 0,6% pour l'AgHBs entre 2001 et 2009 [4]), ainsi que dans les laboratoires publics et privés du réseau RenaVHC/B [5].

Ces tendances témoignent d'un dépistage élargi et donc moins ciblé sur les populations à risque, telles les personnes en situation de précarité ou les migrants originaires d'Asie, d'Afrique ou du Moyen Orient [6].

Prévalence des hépatites B et C dans des populations spécifiques

Prévalence des hépatites B et C chez les nouveaux donneurs de sang

En 2010, la prévalence de l'AgHBs (6,1 pour 10⁴ donneurs) était 2,2 fois plus élevée que celle du VHC (2,8 pour 10⁴) et 12 fois plus élevée que celle du VIH (0,49 pour 10⁴). L'analyse de tendance sur la période 1992-2010 montre que tous les taux de prévalence ont diminué d'un facteur 20 pour le VHC, 6 pour le VIH, 5 pour l'AgHBs. Depuis 1999, la prévalence de l'AgHBs est supérieure à celle du VHC [7].

Prévalence des hépatites B et C chez les hommes fréquentant des lieux de convivialité gay à Paris

L'enquête Prévagay [8] a estimé en 2009 les prévalences des hépatites B et C à, respectivement, 1,37% [IC95% : 0,60-2,14] et 1,02% [IC95% : 0,34-1,66] chez les hommes ayant des rapports sexuels avec

des hommes fréquentant des lieux de convivialité gay à Paris. Dans cette population où la prévalence du VIH est élevée (17,7%), on observe que les prévalences des hépatites B et C ne diffèrent pas des estimations de prévalence réalisées chez les hommes en population générale, en 2004, qui étaient de 1,10% pour l'hépatite B et de 0,66% pour l'hépatite C [6].

Prévalence de l'hépatite C en milieu carcéral

L'enquête Prévacar [9] a estimé la prévalence de l'hépatite C chez les adultes détenus en 2010 en France à 4,8% [IC95% : 3,5-6,5], soit une prévalence cinq fois plus élevée qu'en population générale [6]. Les femmes sont plus souvent touchées (11,8%) que les hommes (4,5%), le mode de contamination présumé étant principalement l'usage de drogues (70,2%). Parmi les personnes VHC+, près de la moitié ont une hépatite chronique (46% [IC95% : 27,3-66,5]).

Prévalence des hépatites B et C chez les usagers de drogues

L'enquête Coquelicot de séroprévalence du VIH et du VHC auprès des usagers de drogues [10] a été renouvelée en 2011. Ses résultats permettront notamment de suivre l'évolution de la séroprévalence du VIH et du VHC par rapport à 2004 et d'estimer la séroprévalence de l'AgHBs en 2011 dans cette population.

Références

- [1] Antona D, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D, Guignon N, De Peretti C, Niel X, *et al.* Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004. *Bull Epidemiol Hebd.* 2007;(6):45-9.
- [2] Fonteneau L, Urcun JM, Kerneur C, Guthmann JP, Guignon N, Lévy-Bruhl D. Couverture vaccinale des enfants âgés de 11 ans scolarisés en CM2, France, 2004-2005. *Bull Epidemiol Hebd.* 2008;(51-52):493-7.
- [3] Assurance Maladie. Données Biolam : les actes de biologie remboursés par l'Assurance maladie. Disponible à : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/biologie/biolam-2008-2010.php>.
- [4] 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^e journées scientifiques de l'Association pour l'étude du foie, Paris, septembre 2011.
- [5] Institut de veille sanitaire. Dossier thématique hépatites virales. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales>
- [6] 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.
- [7] Institut de veille sanitaire. Dossier thématique donneurs de sang. Disponible à : http://www.invs.sante.fr/surveillance/donneurs_sang/default.htm
- [8] Velter A, Barin F, Bouyssou A, Le Vu S, Guinard J, Pillonel J, *et al.* Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, Prévagay 2009. *Bull Epidemiol Hebd.* 2010;(45-46):464-7.
- [9] Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Barbier C, Caté L, Chemlal K, *et al.* La prévalence de l'hépatite C chez les personnes détenues en France : Enquête Prévacar 2010. Communication orale (CO-39), 69^e journées scientifiques de l'Association pour l'étude du foie, Paris, septembre 2011.
- [10] Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C, *et al.* Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bull Epidemiol Hebd.* 2006;(33):244-7.

¹ Synthèse réalisée par le Département Maladies infectieuses de l'Institut de veille sanitaire.

² Données Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et Institut de veille sanitaire (InVS), non publiées.

³ Estimations provisoires, échantillon généraliste des bénéficiaires, CnamTS-InVS, données non publiées.