



Evaluation du niveau de connaissance et des facteurs prédisposant aux hépatites B et C chez les patients suivis en consultations externes des trois hôpitaux de Kinshasa :

étude transversale multicentrique

Assessment of level of knowledge and factors predisposing on hepatitis B and C in patients followed by external consultations of the three hospitals of Kinshasa: a multicenter cross-sectional study

Charles Nlombi Mbendi¹, Aliocha Natuhoyila Nkodila², Gloria Ngiayi Kitiaka², Nobel Muzinga Kamion², Marthe Kumbu Nsimba², Jean-Jacques Koyondele Matimbo¹, Benoit Tete Shakashaka³, Christian Bimbakila N'landu Itoka⁴, Melchior Mwandagilirwa Kashamuka⁵, Sébastien Nsukini Mbendi¹

Correspondance

Aliocha Nkodila Natuhoyila MD,
Courriel : nkodilaaliocha@gmail.com

Summary

Context and objective. Knowledge on prevention and risk factors for HBV and HCV in the community is essential in order to fight against efficiently the spread of HBV and HCV. The aim of this study was to assess the extent of the risk factors for hepatitis B and C virus infection in Congolese community settings through outpatients. **Methods.** A multicentric cross-sectional study was conducted from May to October 2016. It consisted directly in collecting information on hepatitis B and C from outpatients in 3 hospitals of Kinshasa: Clinique d'Or, CUK and CHEM. Data collection was done consecutively. **Results.** 133 patients were interviewed (male 66.9%, mean age 33.9 ± 7.8 years). Knowledge of hepatitis B or C was found in 58.6% patients. The predisposing factors of hepatitis B and C were on average 4 factors in the same person and 24.8% of the respondents had at least 4 predisposing factors. The high level of study was the major factor associated with best knowledge of hepatitis B and C (aOR: 15.81, 95% CI: 4.90-18.01, $p < 0.001$). **Conclusion.** The frequency of predisposing factors for hepatitis B and C is high in our environment; sufficient information on the harmful effects of these viruses would reduce this frequency and increase knowledge about hepatitis B and C.

Keywords: Knowledge, Predisposing factors, External consultations, Kinshasa, DR Congo

Received: February 20th, 2018

Accepted: May 22th, 2019

1 Département de Médecine Interne, Université de Kinshasa, RD Congo

2 Centre Médical Cité des Aveugles, RD Congo

3 Clinique d'Or Center / GS Foundation, RD Congo

4 Hôpital Général de Référence de Maluku, RD Congo

5 Ecole de Santé Publique, Université de Kinshasa

Résumé

Contexte et objectif. La connaissance par la population des moyens de prévention et des facteurs prédisposant est indispensable en vue de lutter efficacement contre la propagation des virus de l'hépatite B et C. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'ampleur des facteurs prédisposant l'acquisition de l'infection par le virus de l'hépatite B et C en milieu communautaire congolais. **Méthodes.** Etude transversale multicentrique, ayant inclus des patients recrutés, par convenance en consultation externe des trois formations hospitalières de Kinshasa ; entre mai et octobre 2016. Elle avait consisté à recueillir directement par entretiens dirigés, des informations sur les connaissances des hépatites B et C. **Résultats.** Au total 133 sujets ont été interviewés (hommes 66,9%, âge moyen était de $33,9 \pm 7,8$ ans). Près de 59% des patients avaient avoué avoir des connaissances sur les hépatites B et C. Les facteurs prédisposant aux hépatites B et C étaient en moyenne de 4 chez la même personne. Le niveau d'étude élevé a émergé comme seul facteur associé de manière indépendante, à la connaissance de l'hépatite B et C (ORa : 15,81 ; IC 95% : 4,90-18,01, $p < 0,001$). **Conclusion.** La fréquence des facteurs prédisposant à l'hépatite B et C est élevée dans nos milieux, une information suffisante sur les méfaits de ces virus, permettrait de diminuer cette fréquence et d'augmenter la connaissance sur les hépatites B et C.

Mots clés : Connaissance, Facteurs prédisposant, Consultations externes, Kinshasa, RD Congo

Reçu le 20 février 2018

Accepté le 22 mai 2019

Introduction

Les virus de l'hépatite B et C sont la cause de près de 80 % des carcinomes hépatocellulaires devenant ainsi le deuxième carcinogène connu en importance après le tabac (1). Le risque de devenir porteur chronique diminue avec l'âge. S'ils contractent l'infection, environ 90% des bébés nés de mères Ag HBs et Ac VHC positives demeurent porteurs de l'hépatite B ou C (2).

Dans les pays à moyenne et forte endémicité comme la Chine, les Iles du Pacifique, l'Afrique et le Sud-Est asiatique, la transmission de l'hépatite B et C se fait surtout en bas âge, soit lors de la période périnatale (à la naissance surtout) ou au cours de l'enfance (2).

L'OMS estime que, chaque année, environ 4,3 millions de personnes sont infectées par le VHB et 800 000 personnes par le VHC. Le nombre de personnes souffrant d'infection chronique par le VHC a été estimé à environ 17 millions. Le coût du traitement des patients porteurs d'une infection chronique par le VHB ou le VHC est largement supérieur à celui de la mise en œuvre des programmes de prévention (3-6). La transmission du VHB et du VHC dans la communauté doit être envisagée dans le contexte global des infections associées à l'ignorance de la population. Ces virus deviennent la principale cause de décès des maladies transmissibles dans le monde hormis le VIH et affectent à la fois les pays développés et les pays à faibles ressources (1-2). En République démocratique du Congo (RDC), les études sur la prévalence des virus de l'hépatite B et C dans certaines populations spécifiques comme les donneurs bénévoles de sang de la banque de sang du Centre National de Transfusion Sanguine de Kinshasa (CNTS) et de la banque de sang de l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa ont montré la présence de l'antigène de surface chez près de 7-12% de ces donneurs (7-12). En revanche, les données sur l'ampleur des facteurs prédisposant aux hépatites paradoxalement inexistantes quoique la communauté soit exposée à plusieurs facteurs, tels que la chirurgie, l'extraction dentaire, les rapports sexuels non protégés et autant d'autres facteurs. La stratégie diagnostique des masses en RDC serait une manière positive de les épargner des complications liées aux virus de l'hépatite B et C et permettre une prise en charge précoce de ces infections. Pour combler ce vide, nous avons réalisé cette étude qui a pour objectif d'évaluer le niveau des connaissances et des facteurs

prédisposant chez les patients reçus en consultations externes sur les hépatites B et C.

Méthodes

Nature, sites et période

Par une étude transversale multicentrique, 133 patients tout venant en Consultations Externes, ont été interviewés dans trois Centres Hospitaliers de Kinshasa dont la Clinique d'Or de Lingwala, les Cliniques Universitaires de Kinshasa et le Centre Hospitalier d'Etat de Maluku entre le 1^{er} mai et 31 octobre 2016.

Critères de sélection et paramètres d'intérêts

Pour être éligibles, les sujets devraient satisfaire aux critères d'inclusion ci-après :

- avoir au moins 15 ans ;
- consentir librement et de manière éclairé par écrit à participer à l'étude.

Les patients dans l'impossibilité de répondre aux questions n'ont pas été inclus.

Le questionnaire utilisé était constitué de plusieurs questions fermées et ouvertes à réponses courtes. Les paramètres d'intérêts englobaient les données sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, état matrimonial, niveau d'étude, profession, district de résidence), les connaissances, les facteurs d'exposition de l'hépatite B et C (notion sur le VHB, voie de transmission, vie sexuelle, voyages, notion d'hospitalisation, notion de transfusion, notion de tatouage/ scarification/ piercing, séance de manucure ou pédicure, cure de dialyse, prise de drogue, rapports sexuels).

Définitions opérationnelles

Les définitions suivantes ont été considérées dans la présente étude :

- Le facteur prédisposant aux hépatites B et C est tout comportement retrouvé chez une personne, permettant la transmission du virus de l'hépatite B ou C. Ce facteur prédisposant aux hépatites B et C était évalué chez tout patient par interrogatoire et le patient devrait citer les facteurs auxquels il était soumis tout au long de sa vie.

- La connaissance sur les hépatites chez toute personne ayant connu à la fois le mode de transmission et le moyen de prévention des hépatites.
- Le niveau d'instruction était catégorisé en deux : niveau bas (sujet ayant atteint le niveau primaire et secondaire) ; niveau élevé (sujet ayant atteint le niveau universitaire ou supérieur).
- Le score de la connaissance sur les hépatites était calculé à par des éléments suivants :
 - connaître les 3 modes de transmission des hépatites B et C (3 points)
 - connaître de mode de prévention (Usage de préservatif lors de rapport sexuel = 1 point ; la vaccination pour l'hépatite B = 1 ; l'usage du matériel tranchant à usage unique = 1 point).
- Les patients qui totalisaient un score de 6 points avaient une bonne connaissance sur les hépatites B et C.

Analyses statistiques

Après encodage et validation des données, celles-ci ont été saisies sur ordinateur, en utilisant les logiciels EPI data 3.1. Le nettoyage systématique du fichier a été réalisé au moyen du test d'exhaustivité et du test de cohérence en vue de l'harmonisation et de la validation des données. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel SPSS 21. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne $\pm$ écart type tandis que les variables qualitatives l'ont été en pourcentages. Le test t de Student a servi à la comparaison des moyennes et celui de Chi-carré les proportions. Les facteurs associés à la connaissance sur les hépatites B et C ont été recherchés par la régression logistique, le degré d'association entre la connaissance et les variables indépendantes était estimé par le calcul de l'Odd ratio (OR) et leurs intervalles de confiance (IC) à 95%. Le seuil de signification statistique a été fixé à $p < 0,05$.

Considérations éthiques

La notion de la confidentialité a été de rigueur pour notre étude. Les données ont été recueillies de façon anonyme et uniquement pour servir à la rédaction du présent article.

Résultats

Au total 133 patients ont été inclus dans l'étude parmi lesquels, il y avait 89 hommes (66,9%) et 44 femmes (33,1%), soit un sex ratio H/F de 2.

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen de la population d'étude était de $33,9 \pm 7,8$ ans avec des extrêmes de 15 ans et 66 ans. Cinquante –un pour cent de ces patients avaient un âge inférieur à 35 ans. La majorité de ces patients avait un emploi rémunérateur (69,9%) ; 57,9% étaient mariés, 48,9% avaient un niveau d'étude secondaire. Les fidèles des Eglises de réveil étaient prépondérants (51,5%) et 44,4% habitaient le district de Tshangu. Une différence significative a été observée entre les deux sexes ($p < 0,05$), pour l'état civil, le niveau d'étude, la religion et le district de résidence (Tableau 1).

Connaissances sur les hépatites B et C

Après calcul du score, 58,6% des patients avaient avoué avoir des connaissances sur les hépatites B et C. Les proportions des femmes qui connaissent l'HVB et HVC étaient significativement plus élevées que chez les hommes (75% vs 50,6% ; $p=0,006$). La majorité savaient que les hépatites B et C se transmettaient par voie sexuelle (56,3%) par contre 61,7% ; 44,4% et 48,9%, respectivement, connaissaient que l'utilisation des préservatifs pour les rapports sexuels occasionnels, l'utilisation de matériel à usage unique et la vaccination contre l'hépatite B permettait de prévenir les hépatites B et C (Tableau 2).

Facteurs prédisposant des hépatites B et C chez les patients

Les facteurs prédisposant aux hépatites B et C les plus fréquemment retrouvés parmi les patients étaient la coiffure dans un salon

publique (72,2%), l'hospitalisation/opération (51,1%), la manucure/pédicure (49,6%), la non utilisation de préservatif (38,3%) et les IST (27,1%). Globalement, le taux des facteurs prédisposant était significativement associé au milieu de résidence (urbain vers urbano-rural), excepté pour la transfusion non sécurisée et l'incarcération. En effet, ces facteurs prédisposant étaient plus fréquents chez les patients habitant le milieu urbain. Le taux de prise de drogue et des IST était plus fréquent en milieu urbano-rural (Tableau 3).

La moyenne des facteurs prédisposant par patients était $3,6 \pm 1,8$ et variait de 1 à 7 facteurs. La majorité des patients avaient plus de 4 facteurs de risque, cela était significativement plus élevé chez ceux habitant en milieu rural ($p < 0,001$). Par ailleurs, 30,1% des patients n'avaient aucun facteur prédisposant à l'hépatite B et C.

Facteurs sociodémographiques associés à la connaissance des hépatites B et C

Analyse univariée

Les facteurs sociodémographiques associés à la connaissance des hépatites B et C chez les patients reçus en consultations externes dans nos hôpitaux retenus étaient le milieu de résidence, le sexe, le fait d'avoir un emploi rémunérateur ou non et le niveau d'étude.

Les patients habitant le milieu urbain avaient un niveau des connaissances de 76,3% contre 32,1% chez ceux habitant le milieu urbano-rural. Les femmes avaient un niveau de connaissance de 75% contre 50,6% des hommes, les interviewés avec un emploi rémunérateur avaient 66,7% contre 40% chez ceux sans emploi et les interviewés de niveau d'études élevé avaient un niveau des connaissances de 90,5% contre 30% chez ceux ayant un niveau d'études bas. Le niveau des connaissances des hépatites B et C est associé à 7 fois chez les patients des milieux urbains, à 3 fois respectivement chez les femmes et chez les interviewés avec emploi rémunérateur et à 22 fois chez les patients de niveau d'études élevé (Tableau 4).

Analyse multivariée

Après ajustement des facteurs de risque significatifs en analyse univariée, seul le niveau d'étude a émergé comme facteur majeur associé de manière indépendante à la connaissance sur les hépatites B et C, et cette association était de 16 fois chez les répondants de niveau élevé par rapport à ceux du niveau bas (ORa : 15,81 ; IC95% : 4,90-18,01, $p < 0,001$).

Discussion

La connaissance des hépatites virale B et C est retrouvée chez 58,6% de la population d'étude, contrastant avec une connaissance non approfondie des différents aspects de l'hépatite virale B et C témoignant d'une information à leur niveau de cette maladie. La proportion d'information sur la maladie dans son existence est plus faible que celle de Thaver AM, *et al.* (13) au Pakistan où 98% de la population affirmaient avoir une connaissance sur les hépatites B et C. Mais elle est proche de celle retrouvée dans une étude réalisée sur les hépatites virales B et C en France en 2007 (67%) (14). Bien que 58,6% de la population d'étude aient affirmé avoir une connaissance sur l'hépatite B et C. Plus de la moitié des gens seulement (56,3%) ont une connaissance sur le rapport sexuel non protégé comme mode de transmission. Par contre 22,5% d'entre eux savaient que la maladie pourrait se transmettre par la transfusion sanguine ; 12,5% et 8,8% respectivement de cette population connaissent que les hépatites peuvent être transmises de la mère à l'enfant et l'utilisation des objets tranchants souillés. Une proportion basse comparée à la nôtre, (31%) sur la contamination sexuelle des hépatites B et C a été observé aux États-Unis par Wiecha JM (15) en 2009.

Des facteurs de risque des hépatites B et C sont rapportés dans une étude réalisée en France par l'ANAES (16). Dans la présente étude, la fréquence des personnes hospitalisées ou opérées a été de 51,1%. Nos résultats sont inférieurs à ceux rapportés par Merle V *et al.* (17) qui

avaient trouvé une fréquence de 96%. La fréquence d'extraction dentaire a été de 18,8% dans notre série, ce qui est différent des résultats rapportés par Merle V, *et al.* qui étaient de 33,1% (17) ; la transfusion non sécurisée était de 15,8%. Il est clairement établi que la transfusion non sécurisée est un facteur de risque de la transmission de l'hépatite B et C. Une étude menée à New-York auprès d'une population (18) avait trouvé une prévalence élevée (39,4%). La scarification, les tatouages, le piercing sont retrouvés respectivement dans une proportion de 15,8%. Dans la littérature, il est démontré que la scarification et les tatouages réalisés avec des instruments non stériles constituent des facteurs de transmission des hépatites B et C (19-20). La coiffure dans des salons publics est retrouvée chez 72,2% des interviewés. Des résultats proches des nôtres ont été décrits par Merle V *et al.* qui avaient trouvé une proportion de 73,9% des personnes ayant fréquenté un salon de coiffure public qui étaient porteurs de virus de l'hépatite B et C (17). Hormis les facteurs cités, plusieurs autres facteurs sont à la base de l'hépatite B et/ou C. Malgré qu'ils soient de facteurs faibles, ils interviennent dans la transmission des hépatites B et/ou C.

Les études réalisées évoquent des données assez controversées en faveur et contre ce mode de transmission (21). Il semble que les adolescents et les jeunes adultes, les individus avec des partenaires multiples, les prostituées n'utilisant pas de préservatifs et leurs clients, les patients porteurs de maladies sexuellement transmissibles, la prise de drogue en intra veineuse, l'emprisonnement, les homosexuels, les partenaires de patients porteurs du VHC, les personnes infectées par le VIH sont des personnes présentant un plus grand risque d'acquérir le virus de l'hépatite B ou C par voie sexuelle. Il y a lieu d'épingler également, le rôle nécessaire de la transmission mère-enfant, des contacts intrafamiliaux et de la contamination nosocomiale.

Le niveau d'études élevé des enquêtés favorise une bonne connaissance des hépatites virales B

et C. Dans notre série, le niveau élevé est associé à la connaissance sur les hépatites B et C. L'influence de ce facteur avait été retrouvée dans d'autres études ; niveau de scolarité avancé (17) et bonnes conditions de vie sociale (22). Ce constat pourrait laisser penser que le niveau universitaire joue un rôle dans la connaissance de l'HVB et de l'HVC, du moins de façon indirecte ou informelle (lectures, recherches, amis).

Forces et limites de l'étude

Le niveau de connaissance des patients et la prévalence des facteurs prédisposant pourraient être biaisés par le caractère transversal de l'étude et le manque d'un score validé au standard international. L'étude limitée dans 3 centres hospitaliers de Kinshasa ne reflète pas la population générale de la ville de Kinshasa et ne permet pas de généraliser les résultats. Pour contourner tous ces biais, il faut réaliser une étude à grande échelle, de cohorte randomisée et sur un large échantillon. Nonobstant ces limites possibles, la présente étude est la première dans ce genre et a montré que la population de Kinshasa a une connaissance moyenne sur les hépatites et ignore qu'elle est réellement exposée aux facteurs de la transmission des hépatites B et C.

Conclusion

Cette étude montre que le niveau de connaissance sur les virus des hépatites des interviewés est relativement faible. Ce niveau semble être associé au niveau d'études des répondants.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Remerciements : Nous remercions tous les patients et les hôpitaux ayant participé respectivement, à l'étude et à la collecte des données sur le terrain.

Contributions des auteurs

Mbendi C et Nkodila A ont conçu et analysé les données statistiques de l'étude. Kitiaka G, Kamion N, Nsimba M et Matimbo JJ ont contribué au recueil des données. Shakashaka B, Itoka C, Kashamuka M et Mbendi S ont supervisé l'étude. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

Références

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine* 2006; **3**:e512.
2. Perz JF, Armstrong GL, Farrington LA, Hutin YJ, Bell BP. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *Journal of Hepatology* 2006;**45**: 529-538.
3. Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YJ. The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD and AIDS* 2004; **15**:7-16.
4. Al Karawi MA, Shariq S, El Shiekh Mohamed AR, Saeed AA, Ahmed AM. Hepatitis C virus infection in chronic liver disease and hepatocellular carcinoma in Saudi Arabia. *J Gastroenterol Hepatol* 1992;**7** (3):237-239.
5. Jamjoom GA, Quli SK. Serodiagnosis of hepatitis C in acute and chronic liver disease in southwestern Saudi Arabia. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 1992; **95**:428-431.
6. Coursaget P, Simpson B, el Goulli N, Ben Khelifa H, Kastally R. Hepatitis C core antibody detection in acute hepatitis and cirrhosis patients from Tunisia. *Pathological Biology* (Paris) 1992;**40** :646-648.
7. Dolorès P et Catherine E . Représentations et vécu de l'hépatite B de patients subsahariens en Côte d'Ivoire et en France. *Santé Publique* 2014 ; **6** (26) : 869- 878.
8. Mbendi NC, Longo Mbenza B, Mbendi NS, MuyembeTamfum JJ, Situakibanza NH, Vangu ND. Prévalence du VIH et de l'antigène HBs chez les donneurs de sang. Risque résiduel de contamination chez les receveurs de sang à Kinshasa-est, République Démocratique du Congo. *Med. Trop* 2001 ; **61**: 139-142.
9. Tayou CT, Edward LM, Lefrère JJ. Le groupe de recherches transfusionnelles d'Afrique francophone: bilan des cinq premières années. *Transfus Clin Biol* 2014; **21**(1): 37-42.
10. Dembele M, Maïga I, Minta D, Konate A, Diarra M, Sangare D *et al.* Etude de l'Ag HBs et des anticorps anti virus de l'hépatite C dans les services hospitaliers à Bamako. *Mali Bull Soc Pathol Exot* 2004 ; **97**: 161-164.
11. Maïga MY, Dembele M, Diallo F, Traoré HA, Traoré AK, Guindo A *et al.* Valeur diagnostique de l'endoscopie digestive haute au cours de la cirrhose. *Acta Endoscopica* 2002; **32**: 211-218.
12. Diarra M, Konate A, Dembele M, Kone B, Wandji MJ, Maïga MY *et al.* Carcinome hépatocellulaire: aspects épidémiologiques et évolutifs. *Med Afr Noire* 2006; **53** (1) : 23-28.
13. Thaver AM, Kamal A. Impact of information sources on the knowledge of adolescents about hepatitis B. *J Pak Med Assoc* 2010; **60** (12):1072-1077.
14. Pache I et Moradpour D. Transmission et prévention des hépatites virales. *Rev Med Suisse* 2004; **2** (4) : 91-96.
15. Wiecha JM. Différences dans les connaissances de l'hépatite B chez les Vietnamiens, les Afro-américains, hispaniques et les adolescents blancs à Worcester, Massachusetts. *Pédiatrie* 2009; **104** (5):1212-1216.
16. Ross RS, Viazov S, Roggendorf M. Risk of hepatitis C transmission from infected medical staff to patients. *Arch Intern Med* 2000; **160**:2313-2316.
17. Merle V, Odile G, Gourier-Frery, Corinne Benguigui C, Michel P, Huet P *et al.* Facteurs de risque de contamination par le virus C. Etude cas témoin dans la population générale. *Gastroenterol Clin Biol* 1999; **23**: 439-446.
18. Delwaide J, Bourgeois N, Colle I, Robaey G. Risk factors for hepatitis C: past, present and future. *Acta Gastro-Enterologica Belgica* 2002; **15** : 87-89.
19. Hill L, Henry B, Schweikert S, Bretsch JK. Screening for chronic hepatitis C: American college of preventive medicine practice policy statement. *Am J Prev Med* 2005; **28** (3):327-330.
20. Howe JC, Crystal MF, David V. Association of sex, hygiene and drug equipment sharing with hepatitis C virus infection among non-injecting drug users in New York City. *Drug and Alcohol Dependence* 2005; **79** (3):389-395.
21. Zanetti AR, Romanò L, Bianchi S. Primary prevention of hepatitis C virus infection. *Vaccine* 2003 ; **21** (7-8):692-695.
22. Fried MW, Shiffman ML, Rajender KR, Coleman S, Marinos G, Gonçalves FL *et al.* Peg Interferon alfa 22 plus ribavirin for chronic hepatitis virus. *N England J. Med* 2002; **347**:978-982.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude en fonction du sexe

Variables	Groupe entier n=133	Hommes n=89	Femmes n=44	p
Age (ans)				0,308
x ± ET	33,9 ± 7,8	33,8 ± 8,6	34,1 ± 5,8	
< 35	76 (57,1)	49 (55,1)	27 (61,4)	
≥ 35	57 (42,9)	40 (44,9)	17 (38,6)	
Profession n (%)				0,546
Avec profession	93 (69,9)	62 (69,7)	31 (70,5)	
Sans profession	40 (30,1)	27 (30,3)	13 (29,5)	
Etat civil n (%)				0,034
Célibataire	43 (32,3)	26 (29,2)	17 (38,6)	
Marié	87 (57,9)	58 (65,5)	19 (43,2)	
Union libre	13 (9,8)	5 (5,6)	8 (18,2)	
Niveau d'étude n (%)				0,015
Primaire	5 (3,8)	4 (4,4)	1 (2,3)	
Secondaire	65 (48,9)	51 (57,3)	14 (31,8)	
Supérieur	63 (47,4)	34 (38,2)	29 (65,9)	
District n (%)				0,001
Lukunga	55 (41,4)	33 (37,1)	22 (50,0)	
Mont Amba	4 (3,0)	1 (1,1)	3 (6,8)	
Funa	15 (11,3)	6 (6,7)	9 (20,5)	
Tshangu	59 (44,4)	49 (55,1)	10 (22,7)	

Tableau 2 : Connaissances sur les hépatites B et C

Variables	Groupe entier n=133	Homme n=89	Femme n=44	p
Connaissance sur l'Hépatite B et C n (%)				0,006
Oui	78 (58,6)	45 (50,6)	33 (75,0)	
Non	55 (41,4)	44 (49,4)	11 (25,0)	
Connaissance sur le mode de transmission n (%)				0,014
Transmission par voie sexuelle	45 (56,3)	23 (48,9)	22 (66,7)	
Transmission parentérale (sang et dérivés, objets tranchants souillés)	25 (31,3)	21 (44,7)	4 (12,1)	
La Transmission de la mère à l'enfant	10 (12,5)	3 (6,4)	7 (21,2)	
Connaissance sur le mode de prévention				0,185
Utilisation du préservatif	82 (61,7)	52 (58,4)	30 (68,2)	
Matériel à usage unique	59 (44,4)	49 (55,1)	10 (22,7)	
Vaccination contre l'hépatite B	65 (48,9)	51 (57,3)	14 (31,8)	

Tableau 3 : Facteurs prédisposant de l'hépatite B et C en fonction du milieu de résidence

Facteurs prédisposant	Groupe entier n=133	Urbain n=80	Urbano-rural n=53	p
Coiffure dans un salon public n (%)	96 (72,2)	64 (80,0)	32 (60,4)	0,012
Opération n (%)	68 (51,1)	51 (63,8)	17 (32,1)	< 0,001
Manucure/Pédicure n (%)	66 (49,6)	52 (65,0)	14 (26,4)	< 0,001
Non utilisation de préservatif n (%)	51 (38,3)	25 (31,3)	26 (49,1)	0,030
IST n (%)	36 (27,1)	16 (20,0)	20 (37,7)	0,020
Multiple partenaire sexuel n (%)	30 (22,6)	25 (31,3)	5 (9,4)	0,002
Soins dentaires n (%)	25 (18,8)	22 (27,5)	3 (5,7)	0,001
Transfusion non sécurisée n (%)	21 (15,8)	16 (20,0)	5 (9,4)	0,079
Tatouage/Scarification/Piercing n (%)	21 (15,8)	18 (22,5)	3 (5,7)	0,007
Prise de drogue IV n (%)	16 (12,0)	6 (7,5)	10 (18,9)	0,046
Incarcération n (%)	10 (7,5)	6 (7,5)	4 (7,5)	0,620
Homosexualité n (%)	10 (7,5)	10 (12,5)	0	0,005
Nombre de FR/personne				< 0,001
X ± ET	3,6±1,8	4,1±1,8	2,7±1,6	
Aucun	40 (30,1)	6 (7,5)	34 (64,2)	
1-2 FP	30 (22,6)	18 (22,5)	12 (22,6)	
3-4 FP	30 (22,6)	23 (28,8)	7 (13,2)	
>4 FP	33 (24,8)	33 (41,3)	0	

X= moyenne, ET= écart-type, IST= infection sexuellement transmise, FP = Facteur prédisposant

Tableau 4 : Facteurs sociodémographiques associés aux connaissances des hépatites B et C en analyse de régression logistique univariée

Variables	n	Connaissance+ n (%)	Connaissance- n (%)	OR (IC95%)	P
Milieu					< 0,001
Urbain	80	61 (76,3)	19 (23,8)	1	
Urbano-rural	53	17 (32,1)	36 (67,9)	6,80 (3,14-14,73)	
Sexe					0,006
Masculin	89	45 (50,6)	44 (49,4)	1	
Féminin	44	33 (75,0)	11 (25,0)	2,93 (1,32-6,52)	
Age (ans)					0,510
≥35	57	33 (57,9)	24 (42,1)	1	
<35	76	45 (59,2)	31 (40,8)	1,06 (0,53-2,12)	
Occupation					0,004
Sans profession	40	16 (40,0)	24 (60,0)	1	
Avec profession	93	62 (66,7)	31 (33,3)	3,00 (1,40-6,45)	
Etat civil					0,096
Marié	77	41 (53,2)	36 (46,8)	1	
Non marié	56	37 (66,1)	19 (33,9)	1,71 (0,84-3,48)	
Niveau d'instruction					<0,001
Niveau bas	70	21 (30,0)	49 (70,0)	1	
Niveau élevé	63	57 (90,5)	6 (9,5)	22,17(8,28-59,32)	

Tableau 5 : Facteurs sociodémographiques associés à la connaissance sur l'hépatite B et C en analyse de régression logistique multivariée

Variables	B	ORa (IC95%)	p
Milieu			
Urbain		1	
Urbano-rural	0,466	1,59 (0,58-4,40)	0,368
Sexe			
Homme		1	
Femme	0,524	1,69 (0,61-4,70)	0,315
Occupation			
Sans profession		1	
Avec profession	0,043	1,04 (0,38-2,84)	0,933
Niveau d'études			
Niveau bas		1	
Niveau élevé	2,76	15,81 (4,90-18,01)	< 0,001
Constante	-3,114	0,044	0,001