

Remerciements

À tous les usagers de drogues, les enquêteurs et les professionnels des dispositifs spécialisés et les médecins généralistes ayant participé à l'enquête dans les cinq villes :

Paris : Nova Dona, Pierre Nicolle, Horizons, La Corde Raide, Charonne, SOS DI, Drogues Jeunes, Moreau de Tours, Murger, Cassini, Emergence, EGO, MDM, Aides, La Terrasse, Marmottan, Dr Majerloch, Dr Margelisch, Dr Molinier, Dr Joory, Dr Ekue, Dr Bezanson, Dr Demoor, Dr Francoz, Dr Gandour - **Lille** : Boris Vian, CIRD, Espace du Possible, Le Cèdre Bleu, Aides, Dr Marousez, Dr Heunet, Dr Messaadi, Dr Debomy, Dr Matton, Dr Riff, Dr Flageolet - **Strasbourg** : Espace Indépendance, ALT, Le fil d'Ariane, Dr Bernard-Henry, Dr Verhnes, Dr Garnier, Dr Gras, Dr Michel, Dr Rolland-Jacquemin, Dr Sellam - **Bordeaux** : MDM, CEID, Montesquieu, Pellegrin, Parlement Saint-Pierre, Dr Lorans, Dr Quilichini, Dr Sagardoy, Dr Thibaut, Dr De Ducla, Dr Canovas - **Marseille** : Ampta, MDM, Aides, Sainte-Marguerite, Intersecteur des pharmacodépendances, SOS DI, Le Cabanon, Dr Beria, Dr Federici, Dr Philibert, Dr Martin, Dr Robichon, Dr Brun, Dr Hakoun, Dr Hariton, Dr Chiappe

Enquêteurs de l'enquête épidémiologique :

Paris : A. Aberkane, I. Alet, P. Boudet, B. Burnel, C. Flament, S. Golenishev, E. Guillaud, C. Hamelin, H. Léon, L. Quaglia, J. Quenet-Vincent, M. Roussier, M. Tiloy, B. Schuh - **Lille** : P. Legroux, A. Luyckx, M. Makouala, C. Sarazin - **Strasbourg** : M. Duwig, N. Olivier-Martin, J. Oswald, - **Bordeaux** : F. Bordes, P. Chambreau, E. Lion, E. Martinheira, E. Rappeneau - **Marseille** : C. Coquillat, J. Denoyer, H. Habert, C. Latard, M. Mounition, H. Sigaud

Partenariat méthodologique de l'Ined : C. Lefevre, M. Quaglia, N. Razandratsima, G. Vivier

Suivi des enquêteurs : K. Guenfoud, A-M. Noël

Enquêteurs de la recherche socio-anthropologique : A. Benrezkhal, F. Chatot, L. Oudaya, S. Priez

Comité scientifique : F. Beck, V. Doré, A. Ehrenberg, JM. Firdion, I. Grémy, F. Lert

Références

- [1] Guignon N, Haury B, Tortay I. La prise en charge des patients atteints d'hépatite C chronique. *Études et Résultats* 2006;470:1-8.
- [2] Alter MJ. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection. *J Hepatol.* 2006; 44:S6-S9.
- [3] Davis GL, Rodrigue JR. Treatment of chronic hepatitis C in active drug users. *N Engl J Med.* 2001; 345:215-7.
- [4] Edlin BR, Seal KH, Lorvick J, Kral AH, Ciccarone DH, Moore LD, et al. Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users? *N Engl J Med.* 2001; 345:211-5.
- [5] Jauffret-Roustide M. Hépatite C et addictions : entre espoirs et inquiétudes. *Swaps* 2008; 52:6-8.
- [6] Sylvestre DL, Zweben JE. Integrating HCV services for drug users : a model to improve engagement and outcomes. *Int J Drug Policy* 2007;18:406-10.
- [7] Backmund M, Reimer J, Meyer K, Gerlach JT, Zachoval R. Hepatitis C virus infection and injection drug users: prevention, risk factors, and treatment. *Clin Infect Dis.* 2005; 40 Suppl 5:S330-S335.
- [8] Stein MD, Maksad J, Clarke J. Hepatitis C disease among injection drug users: knowledge, perceived risk and willin-

ness to receive treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2001; 61:211-5.

[9] Grebely J, Genoway KA, Raffa JD, Dhadwal G, Rajan T, Showler G, et al. Barriers associated with the treatment of hepatitis C virus infection among illicit drug users. *Drug Alcohol Depend.* 2008; 93:141-7.

[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.

[11] Schaefer M, Heinz A, Backmund M. Treatment of chronic hepatitis C in patients with drug dependence : time to change the rules? *Addiction* 2004; 99:1167-75.

[12] Edlin BR, Kresina TF, Raymond DB, Carden MR, Gourevitch MN, Rich JD, et al. Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users. *Clin Infect Dis.* 2005; 40 Suppl 5:S276-S285.

[13] Rey D, Carrieri MP, Spire B, Loubiere S, Dellamonica P, Gallais H, et al. Factors associated with liver biopsy performance in HCV-HIV coinfecting injecting drug users with HCV viremia: results from a five-year longitudinal assessment. *J Urban Health* 2004; 81:48-57.

[14] Delile JM, Reiller B, Foucher J, Lédighen V, Gachie JP. Hépatite C chez les usagers de drogues. Comment améliorer l'efficacité de la prévention et de la prise en charge ? *Alcoologie et addictologie* 2008; 30:385-94.

[15] Foucher J, Reiller B, Jullien V, Leal F, di Cesare ES, Merrouche W, et al. FibroScan used in street-based outreach for drug users is useful for hepatitis C virus screening and management: a prospective study. *J Viral Hepat.* 2009; 16:121-31.

Étude de perception des risques de l'hépatite virale B et de sa prévention vaccinale dans une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) parisienne en 2007

William Tosini (wilto@libero.it)^{1,2}, Christophe Rioux^{1,2}, Gérard Pélissier², Élisabeth Bouvet^{1,2}

1/ Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), Hôpital Bichat-Claude Bernard, AP-HP, Paris, France

2/ Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (Geres), Faculté de Médecine Xavier Bichat, Paris

Résumé / Abstract

Introduction - Cette étude vise, d'une part, à apprécier chez les consultants d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) parisienne la connaissance et la perception du risque vis-à-vis de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB), et d'autre part à évaluer l'acceptabilité de la vaccination.

Méthodes - Entre avril et mai 2007 les consultants à la CDAG ont été sollicités pour répondre à un questionnaire évaluant, vis-à-vis du VHB, leurs facteurs de risque (FDR), leur connaissance, leur perception du risque de contamination et l'acceptabilité à la vaccination. Une recherche d'association entre perception d'être à risque d'infection par le VHB et les FDR et caractéristiques sociodémographiques a été effectuée en analyse univariée et multivariée.

Résultats - Pour les 511 questionnaires qui ont été exploités : 70 % des répondants appartenaient à la population à risque pour le VHB ; 74 % connaissaient la voie de transmission sexuelle et 63 % la voie sanguine ; seuls 37 % connaissaient la possibilité d'évolution chronique de l'infection. Quinze pour cent des répondants se percevaient à risque pour le VHB. Les FDR significativement associés à cette perception étaient, en analyse multivariée, avoir un porteur du VHB dans l'entourage ou comme partenaire ($p=0,003$), et être originaire d'une zone d'endémie ($p=0,02$).

Par ailleurs, 66 % des personnes interrogées déclaraient accepter une proposition de vaccination, et 21 % de ceux qui la refusaient la considéraient dangereuse. Parmi les consultants dépistés, 55 % étaient immunisés et 2 % étaient AgHBs positifs.

Study on the risk perception of viral hepatitis B and its vaccine prevention among people consulting in a free and anonymous screening centre (CDAG), 2007, Paris, France

Introduction - The aim of this study was to explore the knowledge and the risk perception regarding hepatitis B virus (HBV) infection among the people consulting in a Parisian free and anonymous screening centre (known as CDAG in French), and evaluate their acceptance of vaccination.

Methods - Between April and May 2007, all subjects that consulted in the CDAG were requested to answer a questionnaire to evaluate the risk factors (RF), their knowledge of HBV, their perception of contagious risks and the acceptance of vaccination. A search for association between the perception of being at risk of HBV infection, risk factors and sociodemographic characteristics was conducted through a univariate and multivariate analysis.

Results - Among the 511 questionnaires which were analyzed, 70% of subjects belonged to the risk population for HBV infection. 74% of them had a good knowledge of the potential sexual transmission, and 63% of blood transmission, but only 37% were aware that the infection could turn into a chronic disease.

Fifteen per cent of respondents perceived themselves at risk for HBV infection. In the multivariate analysis, RFs significantly associated with this perception were having household or sexual contacts with an HBsAg-positive person ($p=0.003$) or coming from an endemic area ($p=0.02$).

Conclusion - Les CDAG pourraient, étant donnée la prévalence élevée des FDR de cette maladie parmi leurs consultants, jouer un rôle privilégié dans la prévention de l'hépatite B en apportant une information sur le risque et en proposant la vaccination.

Moreover, 66% of subjects accepted a vaccination proposal, while 21% of those who refused it considered it as dangerous. Among the subjects consulted, 55% were immunized, and 2% were HBsAg-positive.

Conclusion - Given the high frequency of RFs among the consulting subjects, the CDAG could play an effective role in the prevention of HBV infection by providing information on the risks of transmission and offering vaccination.

Mots clés / Key words

Consultation de dépistage anonyme et gratuit, CDAG vaccination, VHB, acceptation, perception du risque / Free and anonymous screening centre, CDAG, vaccination, HBV, acceptance, risk perception

Introduction

Les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ont été mises en place en 1988 par les pouvoirs publics. Elles sont destinées à faciliter l'accès au dépistage du VIH de façon anonyme et gratuite, dans le cadre d'une démarche volontaire. Depuis 1999, la compétence des CDAG a été étendue au dépistage et à la prévention de l'hépatite B [1,2], et le ministère chargé de la Santé s'est récemment engagé dans une politique de promotion du dépistage et de vaccination des personnes à risque vis-à-vis de ce virus (sujets homo-bisexuels ; multipartenaires ; ayant un porteur de l'AgHBs dans l'entourage ; toxicomanes IV ou intranasal ; originaires d'un pays d'endémie ; ayant une activité professionnelle ou bénévole à risque ; transfusés régulièrement) [3]. Le Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 [4] inclut le renforcement de la sensibilisation au risque de l'hépatite B, une incitation au dépistage et à la vaccination, en particulier dans les CDAG, compte tenu des caractéristiques de la population venant y consulter.

Cependant, malgré ces recommandations, la mise en cause du vaccin contre l'hépatite B dans la survenue de lésions démyélinisantes a eu un retentissement important en France, tant sur la motivation des praticiens à proposer le vaccin que sur l'acceptabilité de celui-ci par les patients [5-11].

Pour mieux comprendre les obstacles à la vaccination contre l'hépatite B et pouvoir élaborer ensuite une stratégie d'information et de prévention vis-à-vis de l'hépatite B de la population consultant les CDAG, une étude pilote à été conduite à la CDAG de l'hôpital Bichat-Claude Bernard (Paris) en 2007.

Méthodes

Entre le 2 avril et le 12 mai 2007, tous les patients consultants de la CDAG ont été sollicités pour répondre de façon anonyme à un questionnaire auto-administré recueillant les connaissances vis-à-vis du VHB, la perception du risque de contamination, les facteurs de risque (FDR) d'infection

par le VHB, les antécédents (ATCD) de vaccination et son degré d'acceptation. Un deuxième questionnaire était rempli systématiquement par le médecin au moment de la consultation, qui notait le profil sociodémographique des consultants ainsi que le type et les résultats du dépistage VHB réalisé au moment de l'enquête. Il faut noter que les informations concernant les ATCD étaient de nature déclarative et que le dépistage réalisé suivait les pratiques habituelles de la CDAG (Ac antiHBc si absence d'ATCD de vaccination ; Ac antiHBs pour vérifier une immunité vaccinale ; recherche de l'AgHBs effectuée systématiquement par le laboratoire en cas de positivité des Ac antiHBc).

Une recherche d'association entre perception d'être à risque d'infection par le VHB et les FDR et caractéristiques sociodémographiques a été effectuée en analyse univariée et multivariée, en incluant toutes les variables significatives à $p < 0,20$ dans une régression logistique (Epi-*info*® version 3.3.2).

Résultats

Parmi les consultants sollicités, le taux de participation a été de 90 %, correspondant à 568 questionnaires dont 511 ont pu être exploités. Parmi les répondants, 53 % étaient dans la

tranche d'âge 20-29 ans, avec un sexe-ratio H/F de 1,56, ce qui est comparable aux caractéristiques de la population des consultants de la CDAG pour 2007 (tranche d'âge 20-29 ans : 49,7 % ; sexe-ratio H/F : 1,43). Les trois quart (73 %) des répondants étaient nés en France métropolitaine et 12 % en Afrique subsaharienne (tableau 1).

La population à risque pour l'hépatite B représentait 70 % des répondants ($n = 511$). Les FDR identifiés sont décrits dans le tableau 2, les deux principaux étant d'avoir plusieurs partenaires sexuels (51 % des répondants) et d'être originaire d'un pays de moyenne ou forte endémie (22 %). Un ATCD de dépistage pour le VHB a été noté par 39 % des répondants, parmi lesquels 8 sur 10 ont déclaré un résultat négatif. Parmi les enquêtés, 27 % ont déclaré avoir déjà reçu un vaccin contre l'hépatite B, dont seulement 29 % se rappelaient avoir eu trois doses.

L'évaluation des connaissances sur le VHB a montré une bonne connaissance des voies de transmission sexuelle et sanguine (respectivement 74 % et 63 % de bonnes réponses), mais une mauvaise connaissance du risque de contamination à la naissance (44 %), ainsi que du fait que le VHB puisse donner une maladie hépatique chronique (37 %). La vaccination anti-VHB était

Tableau 1 Profil sociodémographique des consultants de la CDAG inclus ($n=511$), avril-mai 2007, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, France / Table 1 Socio-demographic characteristics of the CDAG consulting subjects included ($n=511$), April-May 2007, Hospital Bichat-Claude Bernard, Paris, France

Caractéristiques		n	%
Sexe	Homme	312	61
	Femme	199	39
Âge (vm=4)	<20	84	16
	20-29	267	53
	30-39	91	18
	≥40	65	13
Niveau d'études (vm=5)	Aucun	6	1
	École primaire	4	1
	Collège	39	8
	Lycée	153	30
	Études supérieures	304	60
Pays de naissance (vm=35)	France métropolitaine	345	73
	Afrique subsaharienne	57	12
	DOM/TOM	10	2
	Maghreb	23	5
	Amérique Centrale et du Sud	16	3
	Europe + États-Unis	15	3
	Autre	10	2

vm = valeurs manquantes

Tableau 2 Répartition des facteurs de risque vis-à-vis du VHB des consultants de la CDAG inclus (n=357) ; avril-mai 2007, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, France / Table 2 Distribution of HBV risk factors for CDAG consulting subjects included (n = 357), April-May 2007, Hospital Bichat-Claude Bernard, Paris, France

	n*	%
Multipartenaires (plus d'un partenaire sexuel dans les six derniers mois)	263	51
Originaire d'une zone d'endémie haute ou moyenne	111	22
Pratiques homo/bisexuelles	48	9
Toxicomanie IV ou par inhalation	42	8
Porteur du VHB dans l'entourage	24	5
Partenaire porteur du VHB	5	1

* Total non égal au nombre de consultants à risque car un individu pouvait déclarer plusieurs facteurs de risque.

Tableau 3 Réponses au questionnaire sur les connaissances des consultants de la CDAG sur l'infection par le VHB (n=511) ; avril-mai 2007, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, France / Table 3 Answers of CDAG consulting subjects on the questionnaire evaluating their knowledge on HBV infection (n=511) ; April-May 2007, Hospital Bichat-Claude Bernard, Paris, France

Item	Vrai (%)	Faux (%)	Je ne sais pas (%)
La vaccination est très efficace pour protéger contre le virus de l'hépatite B (vm=18)	58	6	36
Quand on est contaminé par le virus de l'hépatite B, on peut le garder toute sa vie (vm=17)	37	12	50
L'hépatite B peut être grave au point de nécessiter une greffe hépatique (vm=19)	34	4	62
Une prise de sang permet de savoir si on a été déjà contaminé par le virus et s'il est toujours présent (vm=19)	75	3	22
La vaccination peut comporter des risques neurologiques (vm=19)	12	18	70
Une seule dose de vaccin est suffisante pour protéger de l'infection par le virus de l'hépatite B (vm=19)	11	36	52

vm = valeurs manquantes

Tableau 4 Facteurs associés à la perception du risque d'être infecté par le VHB parmi les consultants de la CDAG interrogés : résultats de l'analyse multivariée ; avril-mai 2007, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, France / Table 4 Factors associated with the perceived risk of being infected with HBV among interviewed CDAG consulting subjects: results of the multivariate analysis, April-May 2007, Hospital Bichat-Claude Bernard, Paris, France

	ORa	[IC95 %]b	p
Antécédent d'une infection à transmission sexuelle	3,71	[0,66-20,84]	0,14
Antécédent de vaccination vis-à-vis du VHB	0,57	[0,13-2,55]	0,46
Niveau d'études (> collège)	0,18	[0,01-3,12]	0,24
Porteur de l'AgHBs dans l'entourage	12,63	[2,38-67,10]	0,003
Prise de drogues (IV ou par inhalation)	1,04	[0,06-17,99]	0,98
Orientation sexuelle (homo/bisexual)	3,31	[0,18-60,22]	0,42
Originaire d'une zone à forte ou moyenne endémie vis-à-vis du VHB	5,86	[1,29-26,65]	0,02

a Odds Ratio ajusté

b Intervalle de confiance à 95 %

Tableau 5 Résultat du dépistage VHB réalisé lors de la consultation (n=358) chez les consultants de la CDAG inclus ; avril-mai 2007, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, France / Table 5 Results of HBV screening during CDAG consultations (n=358) in studied subjects, April-May 2007, Hospital Bichat-Claude Bernard, Paris, France

	n	%
Positif ancien contact (Ac antiHBc ^a + et Ac antiHBs ^b +) ^c	17	5
Positif vacciné (Ac antiHBs+ et Ac antiHBc-)	54	15
Positif immunisé (Ac antiHBs+)	115	32
Positif Ac antiHBc+ isolé (Ac antiHBc+ et Ac antiHBs- et AgHBs-)	18	5
Positif infecté (AgHBs+)	7	2
Négatif (Ac antiHBs- et Ac antiHBc-)	121	34
Négatif (Ac antiHBs-)	3	1
Négatif (Ac antiHBc-)	23	6

a Ac = anticorps

b Ag = antigène

c Le type de test demandé par le médecin de la CDAG

considérée comme efficace par 58 % des répondants. Parmi les répondants, 70 % déclaraient ne pas savoir si la vaccination présente des risques neurologiques et seuls 12 % citaient ce risque (tableau 3).

Seuls 15 % des enquêtés (n=463) se percevaient à risque d'être infecté par le VHB. L'âge et le sexe

n'étaient pas associés à cette perception dans l'analyse univariée (p respectifs 0,6 et 0,96), ni le niveau d'étude après analyse multivariée (tableau 4). Avoir un FDR augmentait la perception du risque de façon significative en univarié mais, après analyse multivariée, seuls persistaient les FDR « avoir un membre de l'entourage ou un

partenaire porteur du VHB » et « être originaire d'une zone d'endémie » (tableau 4). L'ATCD de vaccination anti-VHB n'influençait plus la perception du risque après analyse multivariée.

La majorité des répondants (66 % ; n= 418) ont déclaré *a priori* accepter une proposition de vaccination si elle leur était faite. Parmi les personnes qui la refusaient (34 %), 47 % se déclaraient déjà vaccinés, 21 % la considéraient dangereuse, 16 % ne se percevaient pas à risque, 14 % déclaraient avoir eu l'hépatite B et enfin 3 % refusaient pour d'autres raisons. La relation entre l'acceptation du vaccin et la perception d'être à risque pour le VHB n'était pas significative (p=0,98).

Parmi les participants à l'enquête, 358 (70 %) ont eu un dépistage vis-à-vis du VHB lors de leur passage à la CDAG, dont 75 % des sujets appartenant à la population à risque élevé et n'ayant déclaré aucun ATCD d'immunisation anti-VHB.

Dans l'ensemble, 55 % des consultants dépistés se sont révélés être immunisés (tableau 5). Dans la population à risque élevé qui a été dépistée (n = 268), 43 % des sujets n'ont révélé aucune immunisation vis-à-vis du VHB. La répartition par âge de l'ensemble des sujets qui ont eu un dépistage a montré un taux d'immunisation plus élevé chez les sujets âgés de 20 à 29 ans (67 %) par rapport au sujets de moins de 20 ans (42 %) et les populations plus âgées (52 % pour les plus de 30-39 ans et 49 % pour les plus de 40 ans). Sept sujets dépistés étaient porteurs de l'AgHBs (2 %) : cinq hommes originaires de pays endémiques (dont trois d'Afrique subsaharienne) et deux originaires de France métropolitaine (un homosexuel et un hétérosexuel multipartenaire).

Discussion

Cette étude a inclus un nombre important de patients avec un taux de participation satisfaisant (90 %).

Comme relevé dans l'enquête de l'Institut de veille sanitaire (InVS) 2004 [12], la CDAG de Bichat accueille une population à haut risque pour le VHB, plus des deux tiers des consultants appartenant aux groupes pour lesquels une vaccination est formellement conseillée. En majorité le risque était de nature sexuelle.

Dans notre enquête, la plupart des répondants connaissaient bien le risque de la transmission sexuelle du VHB. Toutefois, malgré un pourcentage important d'enquêtés présentant un FDR de ce type, seulement 15 % des répondants se percevaient à risque. La perception du risque de contracter le VHB est différente de celle du VIH. Dans l'enquête InVS de 2004 [12], l'appartenance à la catégorie des homosexuels ou à celle de multipartenaires était fortement associée à la

perception d'un risque accru vis-à-vis de l'infection par le VIH. Dans notre étude, ces facteurs n'étaient pas associés de façon indépendante à une augmentation de la perception du risque d'infection par le VHB. Après ajustement, seuls les FDR « avoir dans l'entourage un sujet porteur de l'AgHbs » et « être originaire d'un pays à forte ou moyenne endémie » restaient significativement associés à la perception d'être à risque. On suppose que la population consultant à la CDAG perçoit l'infection par le VHB comme moins dangereuse que celle par le VIH, connaissant peu les symptômes et les complications parfois graves de l'infection aiguë ou chronique.

Malgré la faible perception du risque, l'acceptation de la vaccination est assez satisfaisante (66 %), notamment parmi la population à risque élevé. La polémique concernant la mise en cause du vaccin dans la survenue de problèmes neurologiques, actuellement réfutée par les experts [13], ne semble pas représenter un frein à l'acceptation de la vaccination par le consultant. Cependant, la connaissance des consultants concernant l'éventuelle liaison entre le vaccin antiVHB et la survenue de sclérose en plaques est probablement sous-estimée dans notre étude. Cette maladie n'était en effet pas mentionnée dans la question concernant les risques neurologiques, ce qui pourrait expliquer que seuls 12 % des répondants ont affirmé que la vaccination pouvait comporter un risque neurologique et que 70 % ont répondu ne pas savoir.

La prévalence de l'AgHbs retrouvée dans notre enquête (2 %) ainsi que dans celle de l'InVS (1,23 %) [12], est plus élevée que celle estimée dans la population française (0,65 %), confirmant les caractéristiques particulièrement à risque des consultants dans ces centres. La prévalence plus élevée retrouvée dans notre CDAG par rapport à l'enquête de l'InVS peut s'expliquer par le pourcentage important, à l'hôpital Bichat, de consul-

tants originaires d'une zone d'endémie moyenne ou forte. Ceci explique également le taux non négligeable de positivité isolée des anticorps antiHbC, profil retrouvé lors d'une infection précoce dans la vie.

Parmi les enquêtés dépistés lors de la consultation, plus de la moitié s'est révélée immunisée (par voie naturelle ou vaccinale). Malheureusement, la réalisation d'un dépistage isolé des Ac antiHbC nous empêche d'évaluer le type d'immunité et donc la couverture vaccinale. Toutefois, un profil d'immunisation a été retrouvé surtout chez les consultants âgés de 20-29 ans probablement consécutif aux campagnes vaccinales en milieu scolaire lancées au niveau national en 1994. Il faut souligner que les enfants ayant bénéficié des couvertures vaccinales élevées atteintes entre 1994 et 1997 vont progressivement quitter la tranche d'âge des 20-29 ans, période de risque maximal d'infection par le virus de l'hépatite B.

À la faveur des données recueillies, on peut proposer différentes stratégies pour augmenter le dépistage et la vaccination des sujets à risque :

- les patients se présentant à la CDAG constituent bien une population à risque de transmission pour l'hépatite B. Les CDAG semblent donc en situation privilégiée pour jouer un rôle actif dans la prévention de l'hépatite B ;
- la méconnaissance des risques liés à l'infection par le VHB explique probablement la faible sensibilisation des consultants de la CDAG pour cette maladie. Une information par brochure ou lors de l'entretien avec le médecin semble importante pour une sensibilisation auprès des consultants ;
- le recours systématique à un questionnaire standardisé concernant les FDR d'infection et les ATCD vaccinaux permettrait de guider les indications du dépistage et de la vaccination.

Remerciements

À l'équipe médicale et paramédicale de la CDAG pour son aide et son dévouement.

Références

- [1] Circulaire DGS/DH/DSS n°98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des Consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine. Bulletin Officiel 1998, n°98/30.
- [2] Circulaire DGS/SD6 A n° 2000-531 du 17 octobre 2000 relative aux modalités de désignation et aux missions des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Bulletin Officiel 2000, n°44.
- [3] Prévention de l'hépatite B auprès des personnes les plus exposées. Collection Inpes « Repères pour votre pratique » ; disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/931.pdf>
- [4] Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012) ; disponible sur : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_hepatites_2009_2012.pdf
- [5] Hernán MA, Jick SS, Olek MJ, Jick H. Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis : a prospective study. *Neurology*. 2004; 63(5):838-42.
- [6] DeStefano F, Verstraeten T, Jackson LA, Okoro CA, Benson P, Black SB, *et al.* Vaccinations and risk of central nervous system demyelinating diseases in adults. *Arch Neurol*. 2003; 60(4): 504-9.
- [7] Mikaeloff Y, Caridade G, Suissa S, Tardieu M. Hepatitis B vaccine and the risk of CNS inflammatory demyelination in childhood. *Neurology*. 2009; 72(10):873-80.
- [8] Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Avis du Comité technique des vaccinations et du conseil supérieur d'hygiène publique de France concernant la vaccination contre l'hépatite B, 2004.
- [9] Audition publique, Vaccination contre le virus de l'hépatite B et sclérose en plaques : état des lieux. Rapport d'orientation. Paris : Afsaps/Anaes/Inserm, 2004.
- [10] Réunion de consensus, Vaccination contre le virus de l'hépatite B, Texte des recommandations. Paris : Anaes/Inserm, 2003.
- [11] Dartigues JF *et al.* Mission d'expertise sur la politique de vaccination contre l'hépatite B en France. Paris : Conseil supérieur d'hygiène publique de France, 2002.
- [12] Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2005.
- [13] Communiqué de presse Afsaps du 1^{er} octobre 2008. Vaccination contre le virus de l'hépatite B : résumé des débats de la Commission nationale de pharmacovigilance du 30 septembre 2008.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr

Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr

Secrétaires de rédaction : Jacqueline Fertun, Farida Mihoub

Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine

Paris V ; Dr Pierre-Yves Bello, InVS ; Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS

Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Anne Gallay, InVS ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France

Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Eric Jouglu, Inserm CépIDC

Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Dr Bruno Morel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.

N° CPP : 0206 B 02015 - N° INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / Abonnements : Alternatives Économiques

12, rue du Cap Vert - 21800 Quétigny

Tél. : 03 80 48 95 36

Fax : 03 80 48 10 34

Courriel : ddorey@alternatives-economiques.fr

Tarif 2009 : France et international 62 € TTC

Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr

Imprimerie : Maulde et Renou Sambre - Maubeuge

146, rue de la Liberté - 59600 Maubeuge