

Année 2014

n° _____

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : ADROUCHE-BOUKANTAR Prénoms : HANANE

Date et Lieu de naissance : 22 Juin 1985 à TOULOUSE

Présentée et soutenue publiquement le : Jeudi 3 Avril 2014

Implication des médecins généralistes dans la prévention de l'hépatite B par la vaccination chez des patients séropositifs pour le VIH.

Président de thèse : **Professeur** YAZDANPANAHA YAZDAN
Directeur de thèse : **Docteur** KHUONG-JOSSES MARIE-AUDE
Membres du jury : **Professeur** AUBERT JEAN-PIERRE
Professeur BEZEAUD ANNIE

DES Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à mon Président de thèse le Professeur Yazdanpanah pour avoir accepté de présider ma thèse

A ma directrice de thèse le Dr Khuong-Josses pour son aide tout au long de ce travail, sa grande disponibilité et ses précieux conseils dans la rédaction de ma thèse mais aussi de manière générale pour mon exercice futur. Je la remercie aussi de m'avoir permis de passer un très agréable stage d'internat riche en expériences et occasions avec une équipe médicale et paramédicale très accueillante, équipe que je remercie chaleureusement pour son aide lors de mon recueil de données.

Au Professeur Aubert et au Professeur Bezeaud, je vous remercie d'avoir accepté de participer à ma soutenance de thèse comme jury.

A Moh, mon mari, pour être toujours à mes côtés dans les petits et les grands combats depuis le début de mon internat. Pour ton optimisme sans faille et ta réassurance, ta bonne humeur, ton soutien, ta patience, ton aide tout au long de ce travail surtout pour les tâches les plus ingrates. Je te remercie pour tout ça et pour tous les instants de bonheur dont tu ensoleilles mon quotidien.

A mes parents pour tout.

Depuis le premier jour jusqu'à ce jour aucun mot ne serait suffisant pour exprimer mon immense gratitude et l'amour que je vous porte. Ce que nous sommes devenues nous vous le devons.

A ma mère, pour nous avoir consacré sa vie entière et être toujours à nos côtés, merci d'avoir tout fait pour nous rendre heureuses.

A mon père, le coach, pour m'avoir toujours soutenue, conseillée, encouragée et avoir été autant présent à nos côtés.

A ma petite sœur, Nihade. Pour tous ces éclats de rire, ces formidables moments passés ensemble, mais aussi pour ton soutien et tes encouragements depuis que j'ai commencé ces études de médecine. Mais aussi pour tes conseils, je te sais toujours disponible pour moi.

Mes pensées vont aussi à mon Papi, ma Mamie et Youma ma grand-mère.

A Papa-Ja, tu me manques, je sais que tu aurais été fier.

A Ferdouss, ma tante préférée, pour tous tes encouragements et ta bonne humeur.

A mes cousines, et mon Chibou pour m'avoir encouragée depuis le début.

A mes amis, qui m'ont permis de m'évader lors de ces études en me faisant autant rire, à leur soutien aussi surtout sur la fin.

SOMMAIRE

1. <u>Introduction</u>	p7
2. <u>Etat des lieux</u>	
2.1. <u>VIH</u>	
2.1.1. <i>Historique du VIH</i>	p9
2.1.2. <i>Origine du VIH</i>	p10
2.1.3. <i>Epidémiologie actuelle</i>	p11
2.1.4. <i>Le dépistage du VIH</i>	
2.1.4.1. <i>Intérêt de l'implication du médecin généraliste dans le dépistage du VIH</i>	p14
2.1.4.2. <i>Epidémiologie en France</i>	p14
2.1.4.3. <i>A qui le proposer</i>	p15
2.1.5. <i>Implication de la médecine générale dans le dépistage du VIH en France</i>	p16
2.1.6. <i>Enjeux de la prise en charge du VIH pour le médecin traitant</i>	p17
2.1.7. <i>Freins à une prise en charge des patients séropositifs par leur médecin traitant</i>	p19
2.1.8. <i>Réticences des praticiens à la gestion de cette affection chronique</i>	p21
2.2. <u>Hépatite B</u>	
2.2.1. <i>Historique du VHB</i>	p22
2.2.2. <i>Description du VHB et de sa sérologie</i>	p23
2.2.3. <i>Modes de transmission du VHB</i>	p24
2.2.4. <i>Physiopathologie de l'infection par le VHB</i>	p26
2.2.5. <i>Etat des connaissances de la population générale française sur le VHB</i>	p28
2.2.6. <i>Opinions et pratiques des médecins généralistes vis à vis de la vaccination contre l'hépatite B</i>	p29
2.2.7. <i>Epidémiologie actuelle du VHB</i>	
2.2.7.1. <i>Dans le monde</i>	p30
2.2.7.2. <i>En France</i>	p32
2.2.7.2.1. <i>Incidence de l'hépatite B</i>	p33
2.2.7.2.2. <i>Couverture vaccinale</i>	p33
2.3. <u>Co-infections VIH et hépatite B</u>	
2.3.1. <i>Epidémiologie de ces co-infections</i>	p34
2.3.2. <i>Facteurs communs de contamination</i>	p35
2.3.3. <i>Impact du VIH sur le VHB</i>	p37
2.3.4. <i>Impact du VHB sur le VIH</i>	p37
2.3.5. <i>Recommandations dans ce groupe à risque</i>	p37
2.3.6. <i>Efficacité du vaccin contre l'hépatite B chez les patients séropositifs</i>	p38

2.4. Vaccin contre l'hépatite B

2.4.1. <i>Historique et description des vaccins utilisés</i>	p39
2.4.2. <i>Historique des recommandations concernant la vaccination contre l'hépatite B</i>	p40
2.4.3. <i>Dernières recommandations sur la vaccination contre l'hépatite B chez les patients séropositifs pour le VIH</i>	p41
2.4.4. <i>Polémique autour de la survenue de cas de sclérose en plaque</i>	p41
2.4.5. <i>Données actuelles de la pharmacovigilance concernant ces cas</i>	p42

3. Matériel et méthode

3.1. <u>Objectif</u>	p45
3.2. <u>Type d'enquête</u>	p45
3.3. <u>Population enquêtée</u>	
3.3.1. <i>Critères d'inclusion</i>	p45
3.3.2. <i>Critères d'exclusion</i>	p46
3.3.3. <i>Déroulement du recueil de données</i>	p46
3.4. <u>Questionnaire</u>	p46

4. Résultats

4.1. Données socio démographique des patients.

4.1.1. <i>Sexe</i>	p48
4.1.2. <i>Age</i>	p49
4.1.3. <i>Compréhension du français</i>	p50
4.1.4. <i>Origine du pays de naissance des patients</i>	p50
4.1.5. <i>Année d'arrivée en France</i>	p51
4.1.6. <i>Statut matrimonial</i>	p52
4.1.7. <i>Nombre d'enfants</i>	p52
4.1.8. <i>Logement</i>	p53
4.1.9. <i>Niveau de scolarité</i>	p54
4.1.10. <i>Insertion sociale</i>	p55

4.2. Données médicales des patients.

4.2.1. VIH	
4.2.1.1. <i>Mode de contamination</i>	p58
4.2.1.2. <i>Diagnostic du VIH</i>	p59
4.2.1.3. <i>Statut actuel du VIH</i>	p60
4.2.1.4. <i>Traitement anti rétroviral</i>	p61
4.2.1.5. <i>Observance du traitement</i>	p61
4.2.1.6. <i>Co-infections VIH + virus des hépatites</i>	p62

4.3. <u>Antécédents médicaux</u>	p63
4.4. <u>Vaccination globale</u>	p64
4.5. <u>Suivi par le médecin généraliste.</u>	
4.5.1. <i>Déclaration de médecin traitant</i>	p65
4.5.2. <i>Nomadisme médical</i>	p65
4.5.3. <i>Date du début de suivi</i>	p66
4.5.4. <i>Nombre de consultations annuelles</i>	p66
4.5.5. <i>Connaissance de la séropositivité de leurs patients</i>	p67
4.5.6. <i>Implication du médecin généraliste</i>	p68
4.6. <u>Hépatite B et vaccination</u>	
4.6.1. <i>Connaissances des patients sur l'hépatite B</i>	p70
4.6.2. <i>Information au sujet de la vaccination contre l'hépatite B avec les patients</i>	p73
4.6.3. <i>Proposition du vaccin contre l'hépatite B aux patients</i>	p74
4.6.4. <i>Qualité de l'adhésion des patients à la vaccination contre l'hépatite B</i>	p75
4.6.5. <i>Sérologie de l'hépatite B : données et résultats</i>	p75
4.6.6. <i>Vaccination contre l'hépatite B : implication du médecin traitant</i>	p78
5. <u>Discussion</u>	
5.1. <i>Biais de l'étude</i>	p80
5.2. <i>Implication variable du médecin généraliste dans la prise en charge des patients VIH +</i>	p80
5.3. <i>Implication des médecins généralistes dans la vaccination contre l'hépatite B des patients séropositifs pour le VIH</i>	p82
5.4. <i>Facteurs limitant à la vaccination</i>	p83
5.5. <i>Perspectives</i>	p86
6. <u>Conclusion</u>	p88
7. <u>Bibliographie</u>	p89
8. <u>Annexes</u>	p94
9. <u>Résumé de thèse</u>	p95

1. Introduction

En France en 2011 on estimait à 160 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH. Cette même année environ 6 100 personnes ont découvert leur séropositivité VIH, soit un peu plus de 16 nouveaux cas par jour (1). Par ailleurs les études menées par l'ANRS estiment qu'entre 24 000 et 32 000 personnes ignoraient encore leur séropositivité à cette date (2). Ce constat nous démontre qu'en dépit des progrès spectaculaires réalisés dans la prise en charge du VIH depuis 1996, date à laquelle les premiers inhibiteurs de protéases apparaissent et révolutionnent le traitement du VIH en terme d'efficacité et d'allongement de l'espérance de vie, le VIH demeure encore aujourd'hui une question majeure de santé publique.

D'autre part, en 2009, 1715 patients étaient pris en charge en France pour une hépatite B chronique, parmi eux les trois quart étant des migrants (3).

Nous savons que la prévalence du VIH et de l'hépatite B est inégale dans le monde et qu'elle est plus élevée en Afrique sub-saharienne ainsi qu'en Asie du Sud Est (1). Il est ainsi naturel d'observer en France, ces mêmes prévalences dans la population migrante originaire de ces pays d'endémie. Les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne restent, après les homosexuels, une des populations les plus touchée par le VIH en France, même si le nombre de contaminations par le VIH diminue dans ce groupe depuis quelques années (4).

Les modes de transmission communs aux deux virus facilitent les co-infections et l'on estime d'après les différentes études dans le monde, qu'il y aurait parmi les patients séropositifs pour le VIH, 7 % de patients présentant aussi une hépatite B (5). Malheureusement le VIH ne se contente pas de coexister avec le VHB, il aggrave l'histoire naturelle du VHB, il augmente le nombre de passages à des formes chroniques, augmente le nombre de formes actives, ainsi que le nombre de complications tels que le développement d'une cirrhose ou d'un carcinome hépato cellulaire (6).

Les différents progrès accomplis à ce jour dans la prise en charge du VIH n'ont pour l'instant pas permis d'élaborer un vaccin efficace contre ce virus mais, ce vaccin existe pour l'hépatite B et a prouvé son efficacité sérologique dans 95 % des cas (7). Cependant, on remarque en France des réticences à l'utilisation de celui-ci par une proportion non négligeable de la population y compris par certains médecins. La principale cause de ce rejet semble être liée à la polémique survenue il y a quelques années, attribuant à ce vaccin l'apparition de cas de sclérose en plaque. De nombreuses études ont pourtant démontré l'absence de lien significatif entre ces deux événements.

Parmi les nouveaux diagnostics de VIH, 32 % sont réalisés lors d'une consultation en médecine de ville. Une étude française, a cependant mis en évidence une absence de conformité aux recommandations des experts concernant les bilans biologiques initiaux prescrits lors du diagnostic du VIH. Ce constat étant plus caractérisé pour les patients suivis par les médecins généralistes. Ainsi, dans 17 % des cas, le contrôle de la sérologie de l'hépatite B manque au bilan initial (8)

Au final, on observe ainsi en France, que l'infection par l'hépatite B est fréquente pour diverses raisons chez les personnes séropositives pour le VIH et, qu'elle peut y être associée en des formes plus graves.

Nous pouvons nous demander pourquoi la prévalence de cette co-infection est-elle encore aussi élevée alors qu'il existe un test fiable pour la dépister et un vaccin efficace pour l'éviter.

L'ensemble de ces observations nous a permis de définir l'objet de cette étude que nous avons réalisée parmi des patients séropositifs pour le VIH suivis dans le service de maladie infectieuse de l'hôpital Delafontaine.

Elle devrait permettre d'évaluer l'implication du médecin traitant dans le dépistage et la prévention primaire de l'hépatite B par la vaccination.

Dans la première partie de cette thèse nous ferons un état des connaissances en retraçant l'historique des ces deux épidémies et nous nous intéresserons à leur épidémiologie ainsi qu'à la polémique concernant l'association du vaccin contre l'hépatite B et la survenue de cas de sclérose en plaque.

Dans la seconde partie nous décrirons la méthode avec laquelle a été menée cette étude. Dans la troisième partie nous exploiterons les résultats obtenus, puis dans la quatrième nous discuterons de la méthode et des résultats.

Enfin, nous ferons une synthèse globale de cette étude dans la conclusion.

2. Etat des lieux

2.1. VIH

2.1.1. Historique du VIH

Le 5 juin 1981 les Centers for Disease Control d'Atlanta rapportent quelques cas de pneumocystose chez de jeunes hommes homosexuels vivant dans la région de Los Angeles. Ce premier pas permettra de recenser ensuite 31 cas identiques en 15 jours seulement. On ne sait à l'époque que très peu de choses sur cette maladie que l'on nomme « *gay syndrome* » ou « *gay related immune deficiency* » car les premières observations montrent que les patients sont tous homosexuels et présentent un système immunitaire défaillant avec un nombre anormalement bas de lymphocytes CD4. On suppose alors que la maladie se transmet par voie sexuelle, hypothèse qui sera confortée par le recensement de nouveaux cas aux Etats Unis dans la communauté gay. L'apparition par la suite de cas parmi les toxicomanes utilisateurs de drogues injectables et les hémophiles transfusés amène à penser qu'il s'agit d'un virus et, qu'il se transmettrait par voie sexuelle mais aussi sanguine.

En 1982, on observe cette maladie dans d'autres pays du monde notamment en France où les premiers cas sont observés parmi les hémophiles transfusés. Le nom de AIDS est utilisé cette même année (9).

Le virus est décrit pour la première fois à l'institut Pasteur en 1983 à partir des lymphocytes T contenus dans les ganglions lymphatiques d'un patient homosexuel qui est suivi à l'hôpital Claude Bernard depuis 1981 et décédé en 1983 du SIDA. Les cellules prélevées sont mises en culture et l'équipe observe une activité enzymatique importante autour de ces cellules immunitaires, il s'agit de l'activité de la reverse transcriptase du virus. Il est alors appelé « LAV » pour Lymphadenopathy Associated Virus (futur VIH-1) puis rebaptisé VIH -1 en 1986. Le VIH -2 (anciennement LAV-2) est lui découvert en 1985 (10).

Il n'existe alors pas de traitement spécifique du VIH et les ressources thérapeutiques se limitent à certaines infections opportunistes curables. Il faudra attendre 1984 pour qu'on mette en évidence les activités antirétrovirales de la Zidovudine (AZT) qui est alors utilisée seule en monothérapie à partir de 1987 dans le traitement du VIH. Son efficacité est cependant limitée car le virus développe des résistances et l'espérance de vie des personnes atteintes du VIH au stade SIDA est très courte à cette époque. Par ailleurs les doses utilisées sont très fortes et causent de nombreux effets indésirables. En 1994 on constate que l'association à la Zidovudine de la Lamivudine (3TC) est plus efficace contre le virus que la prise d'une monothérapie, et cette bithérapie est alors utilisée comme traitement de référence. Mais là encore on constate un échappement thérapeutique par sélection de résistances chez le virus. Un tournant décisif dans le traitement du VIH est pris en 1996 avec l'apparition des premiers inhibiteurs de protéases. C'est une révolution dans la prise en charge de ce virus avec une augmentation radicale de l'espérance de vie et une chute brutale de la mortalité. Depuis en raison des effets indésirables des inhibiteurs des protéases, les experts ont validé l'utilisation des trithérapies comprenant deux analogues nucléosidiques et un non nucléosidique (11).

Les premiers tests de dépistages sont eux commercialisés en 1985, en France la recherche d'anticorps anti VIH chez les donneurs de sang ne devient obligatoire qu'à partir d'août 1985. La

sécurité sociale admet pour le VIH une prise en charge à 100 % à partir de 1986. Les CIDAG sont créés en 1988 et en 1993, un décret demande aux médecins de proposer systématiquement une sérologie VIH lors de l'examen prénuptial ou prénatal sans pour autant qu'il soit obligatoire (12).

En réalité, le premier cas documenté d'infection à VIH remonte à 1959 à Léopoldville, actuelle Kinshasa dans le Congo belge, avec la confirmation sur le sérum d'un habitant de la présence du virus. On recense, à cette époque, de nombreuses affections similaires avec notamment des Syndromes de Kaposi. Puis en 1969 un adolescent de 15 ans décède dans le Missouri d'une maladie de Kaposi et, un test VIH réalisé en 1987 sur son sang confirmera la présence de VIH. Le VIH existait ainsi bien avant l'annonce officielle faite en 1981 (9).

2.1.2. Origine du VIH

Concernant l'origine du VIH, deux principales hypothèses ont été avancées, faute de preuves suffisantes ni l'une ni l'autre ne peut être à ce jour affirmée ni infirmée.

La première dite « *théorie du chasseur* » suppose que l'épidémie aurait commencé par la contamination d'un chasseur via un virus simien VIS, équivalent chez le singe du VIH et qui entraînerait chez celui-ci un syndrome d'immunodéficience humaine semblable à ce que l'on observe chez les patients séropositifs. Le virus simien VIS serait l'ancêtre du virus VIH. C'est en 1999 que l'origine simienne des souches humaines de VIH-1 a été confirmée par la mise en évidence chez des patients camerounais de souches extrêmement proches des VIS circulant chez les chimpanzés de la même région. Ainsi la contamination se serait produite à la suite d'une morsure ou d'une écorchure lors du dépeçage d'un animal infecté. Nous savons par ailleurs que ce VIS existe parmi les chimpanzés depuis plusieurs milliers d'années. Cette théorie ne permet cependant pas d'expliquer pourquoi l'épidémie de SIDA est apparue soudainement alors que la chasse et la consommation du singe existe depuis toujours en Afrique Sub-saharienne. Elle n'explique pas non plus l'apparition de plusieurs cas simultanés dans des mêmes zones géographiques. C'est pourtant cette théorie qui est aujourd'hui retenue par la majorité des scientifiques (9).

La deuxième théorie, moins soutenue par la communauté scientifique est celle avançant que l'épidémie du SIDA serait le résultat de plusieurs campagnes de vaccination contre la polio menée dans le Congo entre 1957 et 1960 à l'époque où celui-ci était colonisé. En 1990, un journaliste britannique *Edward Hooper* travailla pendant 17 ans sur ce sujet et publia un livre intitulé « *The River, A Journey to the source of HIV an AIDS* » qui tenta de démontrer au travers de nombreuses interviews et textes officiels l'implication de ce vaccin dans le déclenchement de l'épidémie (13), (14). Sa théorie fût réfutée par la communauté scientifique après avoir éliminé l'implication du vaccin dans l'épidémie grâce à un échantillon congelé de ce vaccin ne présentant aucune trace de VIH.

2.1.3. Epidémiologie actuelle

En 2011 on estime que 34 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde, et que 2.5 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH. Le nombre de décès dus à des maladies liées au VIH s'élève encore malheureusement à 1.7 million.

La région la plus touchée est l'Afrique Subsaharienne avec 23.5 millions d'adultes et enfants vivant avec le VIH (1).

En France en 2011 on a réalisé 3618 découvertes de séropositivité dont 1334 en Ile-de-France. Ce chiffre concerne le nombre de cas déclarés, mais on estime que le nombre réel de découvertes de séropositivités s'élève lui à 6100. En tenant compte des délais de déclaration et de la sous déclaration, il y aurait ainsi un peu plus de 16 nouveaux diagnostics de VIH par jour en France.

L'ensemble des données qui vont suivre font état des chiffres réellement déclarés. En réalité ces chiffres sont beaucoup plus élevés comme nous avons pu le constater ci-dessus car il existe certains délais lors des déclarations et que l'ensemble des cas recensés n'est pas exhaustif.

Par ailleurs, le nombre de personnes infectées qui ne connaîtraient pas leur infection par le VIH ou qui ne se font pas suivre peut être estimé aux alentours de 50 000, avec un intervalle plausible entre 32 000 et 68 000 personnes.

On remarque par ailleurs que le nombre de découvertes de VIH n'a cessé de diminuer en Ile de France depuis 2005. En 2011, en Seine Saint Denis, département où a lieu notre étude, il y a eu 223 découvertes de séropositivités, chiffre qui est lui aussi en baisse depuis 2005. Le département le plus touché reste Paris intra-muros avec 542 découvertes de séropositivité en 2011 (15). Par ailleurs on note une diminution très nette du nombre de cas de SIDA partout en France depuis 2003, de 1509 cas en 2003 à 524 cas en 2011. Malgré une baisse notable du nombre de décès dus au SIDA en France depuis 2003, on a tout de même recensé 101 décès en 2011 (16).

Dans la majorité des cas ce sont des hommes avec 10 718 patients diagnostiqués séropositifs entre 2003 et 2011 en ile de France, contre 6 915 femmes.

Le mode de contamination est le plus souvent inconnu concernant 4959 patients parmi les découvertes de séropositivité VIH ayant eu lieu en ile de France entre 2003 et 2011. Puis viennent les contaminations hétérosexuelles avec 8447 des cas, et homosexuelles avec 3875 cas. Cependant parmi les hommes ayant découvert leur séropositivité le mode de contamination le plus courant est celui des relations homosexuelles (15).

L'enquête EPGL 2011 menée grâce au soutien de l'ANRS et de l'InVS parmi les homosexuels masculins et féminins observe des comportements à risque préoccupants dans cette population. En effet la prévalence des séropositifs pour le VIH est plus élevée en 2011 avec 17 % des participants à l'étude contre 14 % en 2004. Par ailleurs le nombre de comportements sexuels à risque a augmenté avec 38 % des Homosexuels Masculins (HSM) déclarant au moins une prise de risque dans les 12 derniers mois alors qu'ils étaient 33 % en 2004.

Les deux motifs principaux ayant suscité une sérologie VIH sont, en premier la présence de signes cliniques pour 4514 patients et deuxièmement la notion d'exposition au VIH pour 2832,

ces données sont toutefois à pondérer car il existe 4790 patients pour lesquels nous ne connaissons pas la raison de leur dépistage (17).

Près de 5.2 millions de sérologies VIH ont été réalisées en France en 2011 soit 7.9 pour cent habitants. Pour la première fois depuis 5 ans le nombre de dépistage a augmenté de 4 % entre 2010 et 2011 à la suite probablement des préconisations concernant l'élargissement des dépistages énoncées fin 2010 (17).

Concernant l'origine géographique des patients séropositifs en Ile-de-France toujours, nous constatons que la plus grande partie des patients séropositifs est d'origine sub-saharienne avec 6726 découvertes de séropositivité de 2003 à 2011, viennent ensuite les patients originaires de France, et ce nombre est en augmentation.

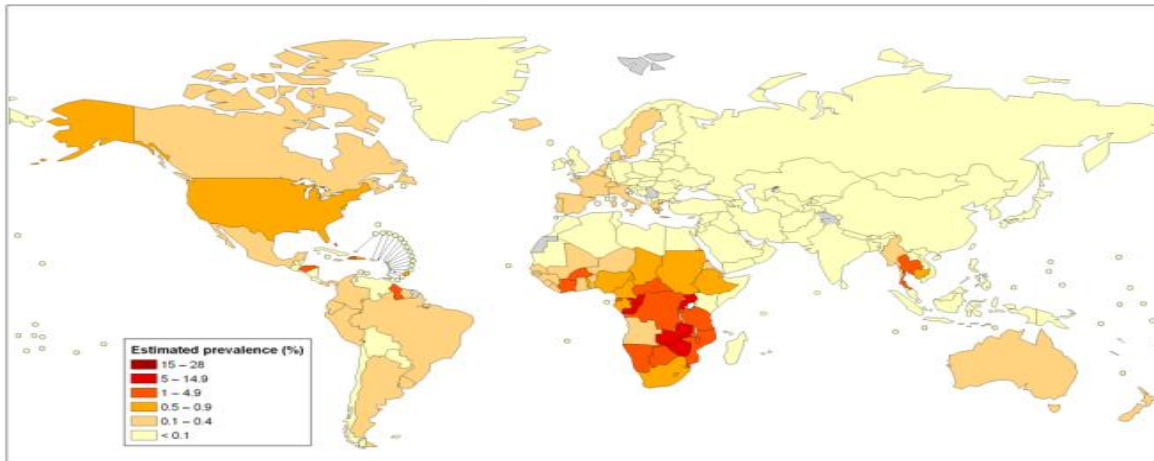
Concernant cette même période d'analyse et cette même région, on note que la tranche d'âge la plus touchée est celle des trentenaires, puis celle des patients ayant entre 20 et 29 ans, vient ensuite celle des quarantenaires. On remarque aussi qu'il existe des diagnostics très tardifs de VIH puisqu'on compte 12 personnes de 80 ans et plus ayant été diagnostiqués séropositifs. Nous disposons d'une autre information intéressante grâce à la base de données de l'InVS. En 2011, on note 634 dépistages très tardifs avec des taux de CD4 inférieurs à 200/mm³ ou au stade SIDA, donnée qui nous conforte dans l'idée qu'il faut renforcer le dépistage systématique dans les populations à risque afin que réduire ce nombre de diagnostics tardifs (15).

Ainsi nous pouvons constater grâce à l'ensemble de ces données que les deux populations les plus touchées par le VIH en France restent les homosexuels et les patients originaires d'Afrique Sub-saharienne, ces deux groupes représentant chacun 40 % des découvertes du VIH en 2011, et que dans la majorité des cas il s'agit hommes jeunes.

Il faut toutefois noter, qu'il existe une diminution globale du nombre de découvertes de séropositivité y compris dans la population homosexuelle alors que ce chiffre semblait stagner depuis quelques années. Cependant cet aspect positif ne doit pas entraîner de relâchement des conduites de dépistage. En effet on observe encore malheureusement trop de dépistages tardifs avec des taux de CD4 extrêmement bas ou au stade SIDA, entraînant alors pour ces patients une perte de chance notable. Sachant que dans la majorité des cas le mode de contamination est inconnu du patient et, que les raisons des dépistages sont majoritairement inconnues. Il faut élargir au maximum les propositions de dépistage dans les groupes à risque car nous ne pouvons pas pour l'instant définir de profil type de patient à qui le proposer.

De plus, compte tenu du relâchement des pratiques de prévention dans la population homosexuelle et de l'augmentation des conduites sexuelles à risque parmi eux, il est indispensable de maintenir une pression constante concernant le dépistage (17)

HIV estimated prevalence among population aged 15–49 years (%), 1990

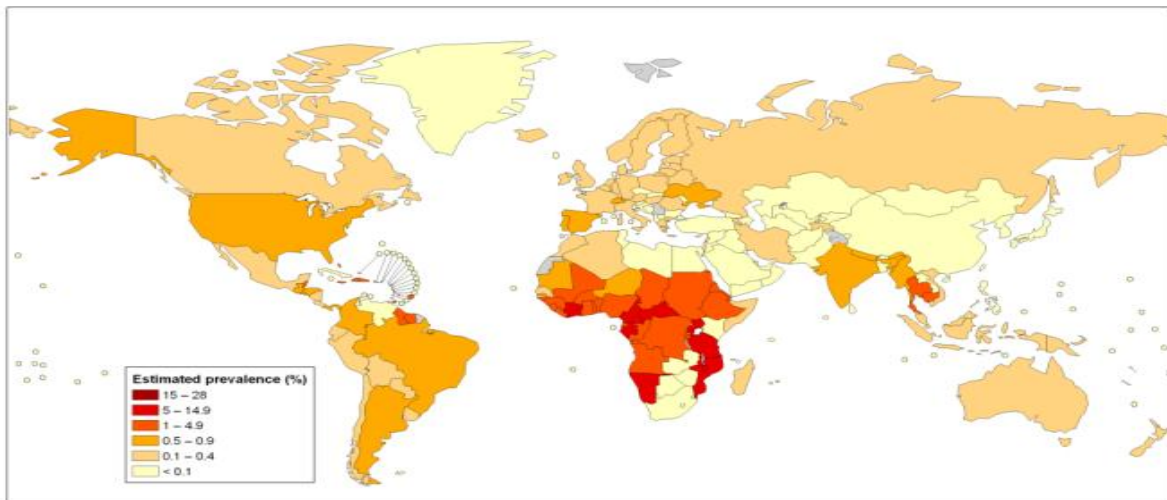


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: UNAIDS/World Health Organization
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization

 **World Health Organization**
© WHO 2009. All rights reserved.

HIV estimated prevalence among population aged 15–49 years (%), 2000

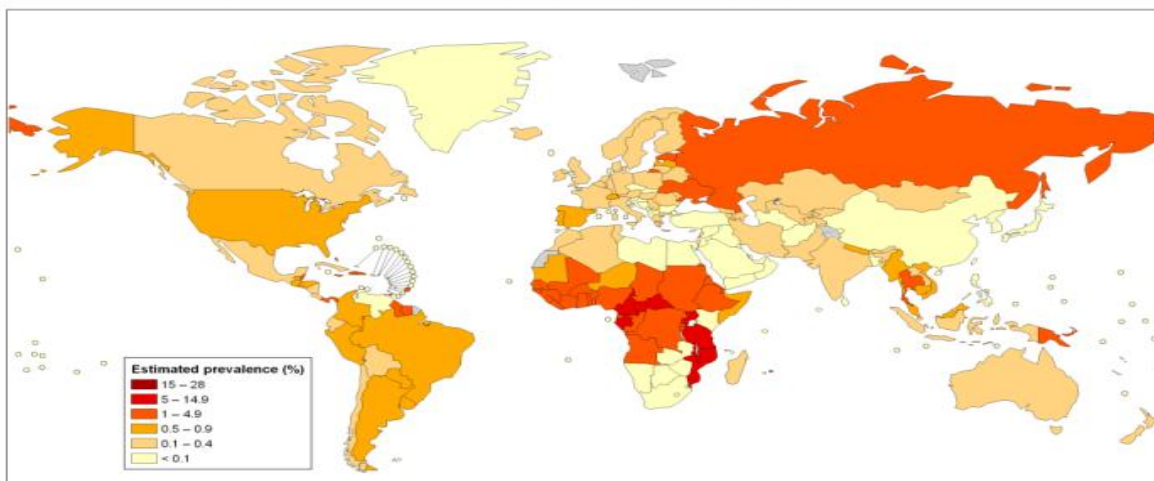


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: UNAIDS/World Health Organization
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization

 **World Health Organization**
© WHO 2009. All rights reserved.

HIV estimated prevalence among population aged 15–49 years (%), 2007



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: UNAIDS/World Health Organization
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization

 **World Health Organization**
© WHO 2009. All rights reserved.

2.1.4. Le dépistage du VIH

2.1.4.1. Intérêt de l'implication du médecin généraliste dans le dépistage du VIH

Depuis le 17 août 2004, chaque patient de plus de 16 ans est dans l'obligation de déclarer un médecin traitant auprès de la CPAM et de le considérer comme référent. Cette réforme avait pour vocation d'essayer de mieux organiser les parcours de soins des patients en confiant au médecin généraliste un rôle de coordonnateur. Ainsi par cette loi, le médecin traitant a été placé au centre des consultations des patients et par là même, il devient un acteur essentiel de la prévention et du dépistage du VIH en étant devenu l'interlocuteur privilégié des patients.

Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans l'élargissement de la proposition de tests de dépistage afin de diminuer le nombre de patients diagnostiqués à un stade tardif et de permettre aux personnes de garder une connaissance actualisée de leur statut sérologique. Il est, dans le système actuel de santé français, le premier interlocuteur du patient à pouvoir assurer une mission prévention primaire auprès de la population générale (18).

Malheureusement, un diagnostic trop tardif peut entraîner une perte de chance pour le patient. Ainsi, comme nous l'avons vu précédemment, dans environ 10 % des cas en France (cf. épidémiologie du VIH), les patients séropositifs sont diagnostiqués très tardivement avec des CD4 inférieurs à 200/mm³, ou au stade SIDA. Or nous savons que les prises en charge tardives sont associées à un pronostic plus grave en termes de morbidité et de mortalité par rapport aux prises en charges précoces. D'ailleurs ce préjudice persiste plusieurs années après l'instauration du traitement antirétroviral.

D'autre part, dépister les patients pour le VIH permet de limiter la transmission du virus, grâce aux mesures préventives alors adoptées par les personnes afin de préserver leur entourage mais aussi grâce au contrôle et à la négativation de la charge virale obtenus lors de la mise sous antirétroviraux (19).

2.1.4.2. Epidémiologie en France

Nous allons nous intéresser à l'activité de dépistage en France sur la période de 2003 à 2010, grâce à l'enquête LaboVIH.

Le nombre de sérologies VIH est stable en France depuis 2006 et est estimé à environ 5 millions par an. Ce nombre avait augmenté de 2003 à 2005 pour atteindre 5.29 millions puis s'est stabilisé autour de 5 millions depuis 2006.

Parmi elles, environ 8 % sont réalisées dans le cadre anonyme (CDAG), ce qui représente environ 395 000 sérologies en 2010.

Plus des 3 /4 des sérologies de 2010 ont été réalisées dans des laboratoires de ville (20).

Par ailleurs d'après les résultats de l'enquête « Baromètre santé médecins généralistes 2009 », les médecins d'Ile-de-France et de la région PACA sont ceux qui prescrivent le plus de sérologies (21).

Les données issues du système de notification obligatoire du VIH/SIDA sur la période 1997-2005 vont nous permettre de mieux évaluer le retard au dépistage. On apprend ainsi que, 47 % des sujets pour lesquels un diagnostic de SIDA avait été porté présentaient un retard au dépistage. Trois études menées sur cette période ont estimé la fréquence du retard au dépistage en France entre 25 et 35 %. L'âge supérieur à 40 ans, la nationalité étrangère (notamment Afrique subsaharienne) et le mode de contamination par rapports hétérosexuels sont des facteurs liés à un retard de dépistage (19).

Il faut garder à l'esprit que tout retard au dépistage contribue à augmenter le nombre déjà élevé de personnes séropositives ignorant leur statut et en 2005 ce nombre était estimé à 40 000 (avec une fourchette comprise entre 18 000 et 61 000.)

2.1.4.3. A qui le proposer

Les recommandations que nous allons évoquer sont issues de la conférence de consensus organisée par la SPILF le 07 avril 2009. Dans celles-ci, le groupe de patients à qui proposer la sérologie est très large et n'a pas été entièrement validé par les recommandations de l'HAS dans son rapport d'octobre 2009. En effet certaines études ont montré qu'il n'existait pas de bénéfice en termes de santé publique à rendre ce dépistage systématique à toute la population française. Ainsi nous ferons apparaître en premier dans ce paragraphe ; les recommandations de l'HAS puis, nous énumérerons celle de la SPILF.

Recommandations validées par l'HAS en octobre 2009 :

- Aux sujets appartenant à des groupes à risque (homosexuels, migrants originaires de zones d'endémie, utilisateurs de drogues intraveineuses, partenaires de séropositifs, personnes ayant plusieurs partenaires, en cas de prostitution)
- Aux femmes enceintes
- Aux sujets incarcérés ou sortant de prison
- Lors de la découverte d'une hépatite B ou C ou d'une IST
- Suspicion ou diagnostic de tuberculose
- En cas d'IVG, de première prescription de contraception
- En cas de viol
- En cas de tableau clinique évocateur d'une primo-infection.
- En cas d'accident de préservatif ou de prise de risque (19)
- Par ailleurs l'HAS intègre dans sa stratégie de dépistage en population générale de « proposer un test à la population générale hors notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH, qui devra faire l'objet d'une évaluation à 5 ans.

Recommandation de la SPILF en avril 2009 :

- Aux sujets qui ne se considèrent pas à risque. l'enquête « Contexte de la sexualité en France » de mars 2007, montre que de nombreuses personnes ont des relations sexuelles « hors couple » sans pour autant utiliser de protection. Il convient ainsi de savoir proposer à ces patients un test de dépistage
- En cas de relation qui se stabilise avec abandon du préservatif
- Au début d'une nouvelle relation
- Après une rupture ou un divorce (18)

2.1.5. Implication de la médecine générale dans le dépistage du VIH en France

La grande majorité des patients séropositifs suivis actuellement en France est gérée, en ce qui concerne le VIH, par la consultation des services de maladie infectieuse ou autre service hospitalier. Pour autant comme nous l'avons vu précédemment, le VIH est considéré de nos jours comme une maladie chronique à l'exemple d'autres pathologies comme le diabète. Ainsi nous pouvons nous interroger sur l'implication de la médecine générale dans le dépistage du VIH de nos jours en France.

Selon les données du baromètre des médecins généralistes de 2009, 94 % des médecins traitants ont prescrit plus de 1 test de dépistage dans le mois avec une moyenne de 5.9 tests/mois et 13 % d'entre eux ont annoncé une séropositivité dans l'année. Parmi les tests de dépistage réalisés la majorité, 58 % avaient été effectués à la demande du patient et 34 % à l'initiative du médecin traitant. On observe ainsi que pour l'instant les acteurs principaux du dépistage sont les patients eux même et les médecins généralistes ne le proposent que dans un tiers des cas. Il serait intéressant de connaître les raisons qui freinent les praticiens à dépister leurs patients (21). D'après une étude de l'ANRS sur les « opportunités manquées de dépistage du VIH chez les patients nouvellement diagnostiqués en France », 30 % des patients VIH accèdent aux soins à un stade avancé de la maladie (CD4<200/mm³ ou SIDA). Nous avons précédemment annoncé un chiffre d'environ 10 %, calculé sur la base des données de l'INVS que nous avons décrites dans le chapitre épidémiologie. Ainsi, ce chiffre brut est inférieur aux estimations de l'ANRS, ceci est probablement dû à la sous déclaration et au retard à la déclaration et le chiffre de 30 % est celui qui est le plus souvent avancé dans les différentes études et différents articles sur le sujet. Aussi nous garderons comme référence le chiffre de 30 % de patients VIH accédant aux soins à un stade avancé de la maladie (22).

L'étude de l'ANRS est une étude multicentrique auprès de 69 centres, menée entre le 06/2009 et le 10/2010, qui a permis d'inclure 1008 patients français ayant eu un diagnostic récent de VIH (le diagnostic était établi moins de 6 mois après une consultation). Les résultats de cette étude montrent que 99 % des patients séropositifs avaient eu recours au moins une fois à une structure de soins dans les 3 ans précédant le diagnostic du VIH, dont 93 % avec un médecin généraliste (22).

On retrouve un nombre important d'opportunités manquée de dépistage parmi les patients homosexuels de l'étude, en effet 55 % d'entre eux n'ont pas reçu de proposition de dépistage au premier contact alors qu'ils avaient mentionné leur homosexualité et au final seulement 21 % des patients homosexuels de l'étude ont eu un test VIH. Ce constat montre qu'il existe des freins

importants à proposer des tests de dépistage en consultation de ville mais il serait intéressant de savoir si les

55 % de patients n'ayant pas eu de proposition de test à la première consultation en ont eu une par la suite et dans quels délais. On peut comprendre qu'il puisse exister chez certains médecins généralistes une certaine retenue à proposer un test dès le premier contact.

Par ailleurs 82 % des patients ayant consulté pour un symptôme relié au VIH n'ont pas eu non plus de proposition de dépistage, cela nous montre que certains tableaux cliniques évocateurs de primo infection ou séropositivité ne sont pas clairement identifiés lors des consultations et conduisent à autant d'opportunités manquées de dépistage. Les motifs conduisant au plus grand nombre de dépistage sont les infections sexuellement transmissibles qui sont associées dans 53 % des cas à un test VIH et la présence de fièvre depuis plus de 1 mois avec 23 % de tests, alors que la présence d'adénopathie généralisée persistante ne conduit à la réalisation d'un test de dépistage que dans 11 % des cas.

Cette étude a ainsi mis en évidence des situations d'échec des soignants à identifier les personnes à risque de VIH, avec une faible proportion de test proposés en sachant le patient à risque, une absence de recherche des facteurs de risque si ils n'étaient pas mentionnés par le patient et un nombre élevé d'opportunités manquées par le médecin généraliste. Elle a aussi soulevé les difficultés des soignants à identifier les symptômes pouvant être reliés au VIH. La difficulté à aborder le sujet du VIH et la sexualité du côté du médecin ainsi que le fait de ne pas se considérer comme une personne à risque du côté des patients peuvent être à l'origine de freins au dépistage (22).

Une autre étude menée auprès de 313 médecins généralistes de Marseille par le *Dr Pachabézien* en 1994 montre que 48.9 % des médecins participants, participaient au suivi régulier de patients infectés par le VIH avec une moyenne de 3 patients suivis et pour 76.5 %, ce suivi se faisait toujours en relation avec des confrères spécialistes. Parmi ces médecins, 71.9 % ont eu des patients sous traitement antiviral mais seuls 15 % ont effectué le renouvellement de la prescription d'AZT (23).

2.1.6. Enjeux de la prise en charge du VIH pour le médecin traitant

Afin de nous aider à décrire les enjeux de cette prise en charge pour le médecin traitant nous organiserons ce chapitre en trois parties qui sont, la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. Nous nous baserons sur la définition qui en est donnée par l'OMS.

➤ Prévention primaire :

« Elle correspond à tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux »

Ainsi, dans ce cadre, le médecin traitant intervient en fournissant aux patients l'information nécessaire et les messages de prévention concernant le VIH mais aussi les autres IST (utilisation

de préservatifs) afin d'éviter de nouvelles contaminations. A ce stade son rôle est d'informer et d'aider le patient à prévenir la transmission du virus.

Chez les patients séropositifs le médecin traitant peut encore effectuer des missions de prévention primaires vis-à-vis d'autres maladies infectieuses notamment en s'assurant que l'ensemble des vaccins de son patient soient à jour.

➤ Prévention secondaire :

« Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes »

Le médecin traitant propose le dépistage en présence d'une personne appartenant à un groupe à risque identifié ou face à une situation considérée comme à risque. Ainsi il doit pouvoir identifier les situations cliniques devant faire évoquer une infection par le VIH afin de cibler le dépistage. Dans cette même optique, nous pouvons inclure la réalisation des examens de dépistage recommandés chez un patient séropositif pour le VIH, tels que les autres sérologies, le frottis cervico-vaginal.

Nous pouvons également intégrer dans cette compétence, l'annonce du diagnostic par le médecin traitant avec le « counseling » préconisé, ainsi que l'orientation du patient nouvellement diagnostiqué dans un circuit de soin adapté.

La connaissance du traitement post exposition et de ses modalités de prescription s'intègre parfaitement dans le cadre de la prévention secondaire. Le médecin généraliste n'a pas vocation à prescrire ce traitement mais il doit être en mesure de le connaître, de savoir en expliquer son intérêt au patient et l'urgence à le prendre ainsi qu'à pouvoir orienter le plus rapidement le patient vers la structure adaptée.

➤ Prévention tertiaire :

« Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Elle étend la prévention au domaine de la réadaptation : elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale »

La surveillance de l'observance et de la tolérance du traitement antirétroviral peut être intégrée dans cette partie. En effet il s'agit là d'un point très important à aborder avec les patients et qu'il faut parfois répéter de nombreuses fois avant que certains prennent conscience de l'importance d'une bonne observance. Une bonne prise des traitements permet de prévenir certaines complications de la maladie tel un échappement thérapeutique avec la survenue de résistances aux traitements antirétroviraux et en ce sens il s'agit de prévention tertiaire dans la mesure où cela permet d'éviter la survenue de complications liées à la maladie et au traitement.

L'infection par le VIH est considérée comme une maladie chronique, de bien meilleur pronostic qu'elle n'était dans le passé, mais qui nécessite toujours un accompagnement à vie des patients.

Cet accompagnement doit tenir compte de deux aspects ; le premier est qu'il devra suivre le vieillissement naturel des patients et s'adapter aux pathologies liées à l'âge et de ce fait, tenir compte des interactions entre les différents traitements qui seront prescrits.

Le deuxième aspect est qu'il faudra prévenir les complications au long terme engendrées par la prise des traitements antirétroviraux telles que les complications métaboliques (comme le diabète), les complications rénales, les complications hépatiques, les complications neurologiques, les complications cardio-vasculaires (à cette fin, il convient d'inciter au maximum les patients à se sevrer du tabac), la survenue de cancers ainsi que la survenue d'une ostéoporose (24).

Ainsi à la prise en charge globale du patient qui est du ressort de la médecine générale, il faut intégrer des aspects spécifiques liés à la maladie et apporter un soutien psychologique ainsi qu'une réassurance au patient qui sont indispensables tout au long de leur parcours (18) (25).

Un autre enjeu de la prise en charge des patients séropositifs par leur médecin traitant est lié à l'organisation des soins.

➤ Amélioration de l'organisation des soins :

Actuellement la grande majorité des patients séropositifs est suivie en consultation hospitalière par des spécialistes y compris parfois pour d'autres affections que le VIH en l'absence de médecin traitant. Une répartition des tâches entre spécialistes et généralistes et un travail en binôme permettrait de désengorger le système de soin hospitalier saturé par la demande et, de s'orienter vers une prise en charge en médecine de ville grâce à l'aide d'organismes coordonnateurs comme les COREVIH (coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH). Les médecins généralistes ainsi formés et encadrés pourraient élargir leur champ de compétences et prendre alors en charge de manière plus approfondie leurs patients.

2.1.7. Freins à une prise en charge des patients séropositifs par leur médecin traitant

Depuis l'apparition de l'épidémie de nombreuses études ont été menées afin que connaître les perceptions des patients vis-à-vis de leur prise en charge et de leurs soignants.

Ainsi les premières études menées dès 1988, dont la première par *Boyton et Scambler*, sur le sujet montrent que les patients ressentaient une attitude hostile, un jugement de valeur de certains de leurs médecins généralistes face à leur homosexualité et l'infection par le VIH. De plus, leur manque d'expérience dans le domaine et une communication médiocre entre les hôpitaux et la médecine de ville n'encourageait pas à une prise en charge par leur médecin généraliste.

Plus tard, une étude menée en Angleterre entre avril 1994 et octobre 1995 sur 20 patients séropositifs a permis de définir les freins qui empêchaient ces patients d'être suivis par leur médecin généraliste. Chaque patient était reçu en interview afin de s'exprimer le plus librement sur le sujet. Pour ce faire, les questions étaient ouvertes et laissaient au patient le choix d'orienter la discussion dans le sens qu'il voulait. Chacun des entretiens était enregistré puis transcrit afin

d'être étudié. Ainsi ils ont pu mettre en évidence 5 raisons qui conduisaient, à cette époque, les personnes séropositives à s'adresser au spécialiste plutôt qu'à leur médecin généraliste (26).

➤ L'expérience du praticien dans ce domaine :

Globalement d'après les extraits de discussions intégrés dans l'article, les patients semblaient ressentir un manque de connaissances de leurs médecins généralistes sur le VIH. Certains le comprenaient en expliquant que la médecine générale couvrait un vaste terrain de pathologies et que par conséquent cela ne permettait pas aux médecins d'approfondir leurs connaissances dans un domaine précis. D'autres au contraire leur reprochaient de ne pas faire la démarche de se former en la matière.

➤ La légitimité à soigner cette pathologie :

Ils préféraient ne pas importuner leur médecin de famille avec ce qu'ils considéraient comme étant des problèmes mineurs liés au cas très particulier de la séropositivité et s'adresser aux « GUM » qui sont des services de médecine génitale et urinaire en Angleterre, et où beaucoup d'infections sexuellement transmissibles étaient traitées. Selon eux ces services étaient plus à même de gérer leur quotidien lié à la séropositivité et avaient dans leur mission la prise en charge des patients séropositifs.

➤ La sécurité :

Certains des patients séropositifs avaient déjà consulté dans les « GUM » Ainsi ils avaient pris l'habitude de ces services et se sentaient en confiance dans ces endroits. D'autre part ils n'avaient plus à expliquer leur séropositivité ni leurs comportements sexuels qui étaient déjà connus de ces « GUM ». Par ailleurs ils semblaient très attachés à ces services qui étaient selon eux beaucoup plus disponibles et sympathiques avec eux.

➤ La confidentialité :

La peur d'une fuite d'information de la part de leur médecin généraliste pourrait avoir un impact direct sur la vie des séropositifs en informant leur entourage ou leur communauté.

➤ Le maintien d'une certaine normalité :

D'après certains des patients interrogés, laisser leur médecin généraliste s'occuper de leur séropositivité les conduirait à une transition entre un état global de bien être (avec quelques pathologies ponctuelles considérées comme « normales »), à un état de vraie maladie qu'ils ne supportent pas.

Cette étude date de presque 20 ans, les mœurs et les attitudes envers le VIH ont beaucoup évoluées depuis du côté des patients comme de celui des soignants. Nous essaierons de déterminer au travers de notre étude quels peuvent être les motifs actuels des patients à cacher leur séropositivité à leur médecin traitant et à ne pas être pris en charge pour leur séropositivité par leur médecin généraliste.

2.1.8. Réticences des praticiens à la gestion de cette affection chronique

Les réticences des médecins généralistes à suivre des patients séropositifs peuvent être liées à l'évolution très rapide des connaissances en matière de traitements antirétroviraux, ce qui nécessite de se mettre à jour régulièrement et d'y consacrer du temps afin de connaître le nombre croissant de médicaments et de classes d'antirétroviraux. De plus, en l'absence d'une formation adéquate en la matière, il est compliqué de gérer les échecs thérapeutiques et les interactions médicamenteuses liées aux antirétroviraux (27).

Par ailleurs, et à raison, le manque d'expérience dans le domaine peut constituer un frein pour le médecin généraliste à prendre en charge un patient séropositif pour le suivi et le traitement de son VIH. Ainsi, certaines études ont démontré qu'il existait une réduction de 31 à 50 % de la mortalité avec le médecin le plus expérimenté par rapport au moins expérimenté (18).

La bonne adaptation du traitement ARV aux recommandations en vigueur est en lien avec l'expérience du médecin, le nombre de patients suivis et la formation reçue par le praticien.

Des médecins généralistes formés obtiennent d'aussi bons résultats virologiques chez leurs patients que des spécialistes en maladies infectieuses en Suisse (Zürich), et des médecins généralistes « expert en infection VIH » ont des résultats comparables à leurs collègues hospitaliers, et supérieurs à ceux des généralistes « non experts », en terme de patients sous traitement ARV adapté, en rapport avec le nombre de patients VIH suivis (18) (28).

Les résultats d'une thèse sur « l'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du VIH en cabinet de médecine générale » rédigée par une collègue en 2012, le *Dr Galy-Dejean Camille*, ont permis de mettre en évidence 10 autres facteurs limitant à un dépistage et une prise en charge du VIH en médecine de ville (29).

Ainsi :

- le temps nécessaire à mener une telle consultation qui est beaucoup plus long que la moyenne des consultations de pratique courante
- le manque de formation
- la non perception de l'enjeu du dépistage systématique
- la présence d'autres priorités en médecine générale
- la non reconnaissance, non rémunération des actes de prévention et de dépistage
- la nécessité d'être mieux soutenu par des campagnes de santé publique pour un dépistage de masse
- la nature de la relation médecin-malade avec notamment l'influence de l'âge et du sexe du médecin
- l'impression que les patients sont déjà au courant des risques liés à la maladie
- le possible manque d'adhésion de la part des patients
- les tabous liés à la maladie et à l'abord de la sexualité

L'ensemble, sont autant de freins pour les médecins généralistes à aborder avec leurs patients la question du VIH.

Les facteurs limitant à une prise en charge en consultation de médecine générale sont nombreux et propres à chaque praticien, mais il ressort globalement de cette analyse que le manque de formation et de connaissance ainsi que le manque d'expérience et le manque de temps en soient les freins principaux.

2.2. Hépatite B

2.2.1. Historique du VHB

La première épidémie de VHB est décrite en 1885 par *Lurman*, il décrit des cas de jaunisse faisant suite à des vaccinations contre la variole ayant eu lieu à Brême en 1883 sur 1289 employés des chantiers navals. Le vaccin administré à l'époque était produit à partir de lymphes provenant d'autres sujets. Plusieurs semaines après cette campagne de vaccination, 191 patients présentaient un ictère et une hépatite sérique, le reste des travailleurs qui avaient été vaccinés avec des lots de lymphes différents étaient sains. Il publia une étude où il montra que la contamination lymphatique était à l'origine de l'épidémie d'hépatite.

D'autres cas similaires furent décrits en 1909 suite à l'emploi d'aiguilles hypodermiques qui étaient réutilisées plusieurs fois dans le traitement de la syphilis. Cependant la preuve complète que la transmission de l'hépatite se faisait par voie parentérale via le sérum humain ne fut établie qu'en 1930 grâce aux travaux de *Mc Callum*. Pour la deuxième fois on avait observé des cas d'hépatites survenant après une vaccination. A cette époque il s'agissait de vaccins contre la fièvre jaune et *Mc Callum* prouva que ces contaminations étaient liées à l'addition de sérum humain pour stabiliser la préparation vaccinale et que l'on observait plus de cas d'hépatites lorsque les seringues étaient lavées plutôt que stérilisées. Avec son équipe il proposa une terminologie afin de différencier deux types d'hépatites la A et la B en 1947, celle-ci fut adoptée par l'OMS en 1953.

En 1963 aux Etats Unis, *Baruch Blumberg* mis en évidence la présence d'un antigène dans le sérum d'un aborigène australien réagissant avec le sérum d'un hémophile américain. Il qualifia cet antigène d'antigène « australia » pensant qu'il s'agissait d'un antigène propre à cette population autochtone, alors qu'il s'agissait en fait de l'AgHBs. La relation entre cet antigène et l'hépatite ne fut établie que 4 ans plus tard (30).

Dans les années 1970-1980, différents tests sérologiques, radio immunologiques puis immuno-enzymatique furent mis au point en permettant la détection des antigènes et/ou anticorps correspondants à ce virus.

Une équipe tourangelle, dirigée par le *Pr Maupas*, qui avait observé le caractère neutralisant des Ac anti HBs mit au point un vaccin en 1975 par purification de l'AgHBs.

Depuis les progrès de la biologie moléculaire ont permis une analyse du génome du virus de l'hépatite B et ainsi de mettre au point des vaccins produits par recombinaison génétique (31).

Disponible depuis 1982, la vaccination est alors recommandée aux personnels de santé (elle deviendra obligatoire à partir de 1991), puis aux personnes à risque d'exposition, c'est-à-dire à l'entourage des personnes porteuses chroniques du virus de l'hépatite B, aux personnes ayant des comportements sexuels à risque, aux usagers de drogues, aux voyageurs se rendant dans les zones

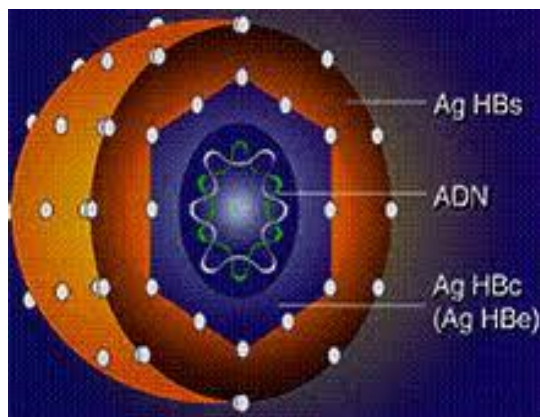
de forte endémicité. Cependant cette stratégie de vaccination n'a pas permis de réduire significativement la circulation du virus, c'est pourquoi en 1992 l'OMS recommanda la vaccination universelle des nourrissons et/ou des pré-adolescents dans tous les pays, y compris ceux de faible endémicité.

Cette campagne de vaccination de masse prend fin en 1998 devant la suspicion de l'existence d'un lien entre le vaccin et la survenue d'affections démyélinisantes, comme des scléroses en plaques. Cette suspicion fera chuter par la suite le recours à la vaccination (7).

Aujourd'hui, en France, la vaccination contre l'hépatite B est recommandée, mais non obligatoire, 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.

2.2.2. Description du VHB et de sa sérologie

Le virus de l'hépatite B (VHB) appartient à la famille des hepadnaviridae. Le génome du virus, est le seul de toutes les hépatites virales à être constitué d'ADN. Il est entouré d'une capsid, constituée d'antigène HBc, qui est elle-même couverte d'une enveloppe faite d'antigène HBs. Des protéines de la capsid peuvent être excrétées dans le sérum sous une forme tronquée définissant l'antigène HBe. Cet ensemble est aussi appelé particule de Dane. On distingue 8 génotypes viraux selon leur séquence nucléotidique, allant de A à H (32).



Après contagion, la durée d'incubation moyenne du virus est de 3 mois, allant de 2 semaines à 6 mois. Le premier marqueur à apparaître alors dans le sang est l'antigène HBs, il est l'indicateur d'une infection active. Cependant, durant la primo infection il existe une période dite « window period » où ni l'antigène HBs ni l'anticorps correspondant ne sont détectables.

Cette hépatite B active peut ensuite évoluer soit vers une forme chronique active ou latente avec l'apparition d'anticorps anti-HBc, soit vers la guérison avec l'apparition de l'anticorps anti-HBs. L'apparition de cet anticorps anti-HBs chez des patients ayant présenté une hépatite B active est la preuve de leur guérison.

Le passage à la chronicité s'observe dans moins de 5 % des cas lorsque le patient est infecté à l'âge adulte mais, est plus élevé chez les enfants et les nourrissons (entre 30 à 90 % de passages à des formes chroniques). Par ailleurs on observe une augmentation importante des formes chroniques, jusqu'à 25 % chez les sujets séropositifs pour le VIH qui ont eu un contact pour le VHB (33).

On retrouve par ailleurs la présence de cet anticorps anti-HBs protecteur dans le sang des sujets qui ont été vaccinés contre l'hépatite B. Afin de d'évaluer la qualité de leur vaccination un dosage quantitatif de ce taux d'anticorps anti-HBs est réalisé en pratique courante. Il est admis qu'un taux inférieur à 10 UI/mL est considéré comme insuffisant et le patient est considéré comme non immunisé pour l'hépatite B. Ce titre d'anticorps peut décroître avec le temps voire devenir indétectable. Chez certains patients en revanche, malgré plusieurs injections de vaccin ces anticorps peuvent ne pas apparaître, on dit alors qu'ils sont non répondeurs.

L'antigène HBc est un antigène intra cellulaire présent dans les hépatocytes infectés et qui ne peut être détecté dans le sang, il n'est pas utilisé en pratique courante.

Concernant l'antigène HBe, sa présence dans le sang d'un individu infecté par le VHB est un signe de réplication virale importante et donc de contagiosité importante du patient. La présence de l'antigène HBe et l'absence de l'anticorps correspondant est un signe d'infectiosité importante. En revanche la présence de l'anticorps anti-HBe sans l'antigène HBe est l'attestation d'une réplication moindre, autrement dit le sujet est moins contagieux.

La réalisation d'une PCR avec dosage et quantification de l'ADN du VHB est un autre moyen d'évaluer la virémie et le degré de réplication du virus (6).

2.2.3. Modes de transmission du VHB

Le réservoir du virus de l'hépatite B est exclusivement humain, le virus ne se réplique pas in vitro dans les cultures cellulaires (les chimpanzés sont cependant infectables par ce virus). A l'extérieur de l'hôte le VHB survit dans le sang pendant plusieurs semaines et sur les surfaces au moins 7 jours à 25 °C.

Le virus de l'hépatite B est extrêmement contagieux, en moyenne 100 fois plus que le VIH et 10 fois plus que le VHC.

Il est présent dans la plupart des liquides biologiques à savoir le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, et en plus faible quantité la salive, les larmes, la sueur, les urines. En revanche la transmission du virus par la salive, les urines, la sueur et les larmes n'a jamais été démontrée. Ainsi on distingue trois modes de contamination (34).

➤ La contamination par voie sexuelle ou transmission horizontale :

Elle est le mode de contamination principal en France et est effectuée via les virions contenus dans le sperme, les sécrétions vaginales ou les menstruations, et survient d'autant plus qu'une proportion non négligeable de la population ignore encore à ce jour ce mode de transmission.

➤ La contamination par le sang ou produits dérivés du sang ou transmission horizontale :

Ce mode de transmission concerne surtout les professionnels de santé qui peuvent être victimes d'accidents d'exposition au sang (AES), les personnes transfusées, ainsi que les toxicomanes utilisateurs de drogues en intra veineux. Le nombre de contaminations lors d'AES a été réduit depuis 1991, date à laquelle la vaccination contre l'hépatite B pour les professionnels de santé est devenue obligatoire. De même la transmission par sang contaminé a été aussi réduite chez les polytransfusés depuis l'instauration du dépistage systématique des dons de sang depuis 1991. Malheureusement ce risque est encore élevé chez les toxicomanes malgré la mise à disposition de kits d'injections stériles. De même la pratique de tatouages ou de piercings constitue un risque d'exposition.

➤ La transmission périnatale ou transmission verticale :

Les mères porteuses de l'Ag HBs peuvent transmettre le VHB à leur enfant pendant le travail et au moment de la délivrance. Pendant le travail surviennent des micro-transfusions materno-fœtales puis lors de la délivrance, le passage dans la filière génitale met en contact le nouveau-né avec les sécrétions vaginales contenant le VHB. La transmission prénatale in utéro est rare (moins de 5 % des cas) et peut survenir en cas de menace de fausse couche, de geste d'amniocentèse ou autre acte de chirurgie intra utérine.

La transmission postnatale est aussi possible par le lait lors de l'allaitement ou par l'intermédiaire de lésions au niveau du mamelon.

Le risque de transmission est associé au statut antigénique maternel, en effet si l'on détecte dans le sang maternel la présence de l'AgHBe cela signifie que la répllication virale est intense et donc la contagiosité est majeure. Ainsi si la mère est positive pour l'Ag HBe, le taux de transmission est de 90 % alors qu'il n'est que de 15 % en cas de négativité de cet antigène (35).

Le dépistage pré natal de l'hépatite B est obligatoire depuis 1992, cependant dans les pays de forte endémicité cette voie de contamination reste la voie principale.

➤ La transmission intrafamiliale

est aussi possible, par des contacts proches avec un porteur du VHB, liés à une perte d'intégrité cutanéomuqueuse, par contact direct ou par l'intermédiaire d'effets personnels.

On remarque que dans 30 % des cas le mode de contamination par le VHB est inconnu.

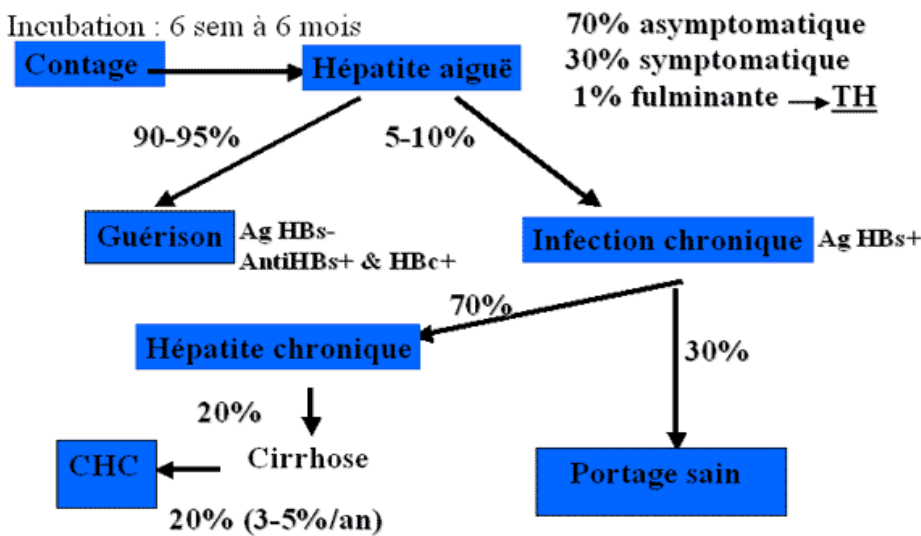
2.2.4. Physiopathologie de l'infection par le VHB

L'infection par le virus de l'hépatite B se caractérise par la survenue d'une hépatite aiguë, le plus souvent asymptomatique, dans 70 % des cas. Elle survient 6 semaines à 6 mois après le contage. L'évolution se fait vers une résolution spontanée dans 90 à 95 % des cas, mais deux types de complications peuvent survenir. D'une part, l'évolution vers une forme fulminante d'hépatite (dans moins de 1 % des cas symptomatiques), d'autre part, l'incapacité du système immunitaire à éradiquer le virus, entraînant alors pour les patients un passage à la chronicité avec le risque d'évolution vers une cirrhose et une dégénérescence en carcinome hépatocellulaire (6).

Ainsi la grande majorité des patients ayant été en contact avec le virus vont guérir spontanément et leur profil sérologique montrera la présence d'anticorps anti HBs et anti HBc et l'absence d'antigène HBs.

Dans 5 à 10 % des cas cependant, on observe un passage à la chronicité qui se caractérise sur le plan sérologique par la persistance de l'antigène HBs. Un tiers de ces patients environ sont porteurs sains, pour les 2/3 restant on observe le développement d'une hépatite chronique, qui évolue dans 20 % des cas vers une cirrhose. On constate par ailleurs que 20 % des cirrhoses évoluent ensuite vers un carcinome hépatocellulaire (36).

Histoire naturelle de l'infection virale B



On décrit la physiologie de l'infection par le virus du VHB en trois phases.

➤ La première phase est la phase d'immunotolérance.

Elle est similaire à la phase d'incubation. Durant cette période il existe une réplication virale intense et l'hôte ne répond que faiblement à l'infection. Le profil sérologique du patient présente une positivité pour l'Ag HBs, une positivité pour l'Ag HBe une charge virale du VHB supérieure à 10^6 UI/mL. Par ailleurs les transaminases sont le plus souvent normales.

➤ La deuxième phase est celle de l'immunocompétence

A ce stade l'organisme apporte une réponse immunitaire spécifique contre le virus. Cette réponse conduit à une nécrose des hépatocytes par les mécanismes inflammatoires mis en œuvre. Cette inflammation locale peut conduire au développement d'une fibrose puis d'une cirrhose avec en dernier lieu, la formation d'un carcinome hépato cellulaire. Le profil sérologique présente toujours une positivité pour les Antigènes HBs et HBe mais la charge virale du VHB est diminuée (10^4 UI/mL), par ailleurs, en raison de la nécrose des hépatocytes on observe une élévation des transaminases.

➤ La troisième et dernière phase est celle de la séroconversion.

On observe en effet pendant cette période la disparition de l'antigène HBe et l'apparition de l'anticorps HBe. Cette séroconversion arrive spontanément dans 5 à 15 % des cas et signifie que le patient est devenu un porteur inactif. Un patient a plus de chance de devenir porteur inactif s'il a moins de 40 ans, n'a pas de lésions hépatiques antérieures et s'il a présenté au cours des deux phases précédentes une faible charge virale ainsi qu'un fort taux de transaminases.

Lorsqu'un patient est porteur inactif il s'offre à lui quatre possibilités d'évolution :

- 2/3 des patients, soit la grande majorité, seront en rémission prolongée avec un bon pronostic.
- 5 à 10 % auront une réactivation du VHB avec une séroconversion et la réapparition de l'Antigène HBe. On observe le plus souvent ce cas chez les patients immunodéprimés, notamment les patients séropositifs pour le VIH, ou chez les patients sous chimiothérapie.
- Quelques-uns auront une disparition de l'antigène HBs malgré la persistance de l'ADN du VHB, c'est ce que l'on appelle une infection occulte au VHB. L'ADN du VHB est présent en faible quantité, le sujet présente des anticorps anti HBc, on ne retrouve pas dans sa sérologie la présence d'antigène HBs ni d'anticorps HBs.
- Enfin, plusieurs patients présenteront des réactivations du VHB sans séroconversion de l'antigène HBe. Ces réactivations sont le plus souvent dues à des mutations du promoteur ou des séquences du génome viral situées avant le promoteur (6).

2.2.5. Etat des connaissances de la population générale française sur le VHB

Depuis le début de l'épidémie du VIH de nombreuses campagnes d'information et de prévention ont été menées dans les établissements de santé, les collèges et lycées, ainsi qu'auprès de la population générale par le biais des médias. Il semble que la majorité des français soient maintenant correctement informés concernant ce virus.

Nous pouvons nous demander s'il en est de même pour le VHB et essayer de connaître l'état des connaissances réelles de la population générale sur ces deux virus.

L'étude KABP est une étude réalisée en France de manière périodique depuis 1992 par l'Observatoire régional de santé d'Île de France afin de définir l'état des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH de la population générale adulte. En 2010 la même étude est réalisée avec l'ajout d'un module concernant l'hépatite B pour permettre d'élargir ces indicateurs au virus du VHB et de pouvoir comparer l'ensemble des données recueillies pour le VIH et le VHB, sachant que ces deux infections présentent des modes de transmission communs.

Il a été montré que les modes de transmission sont moins connus pour le VHB que pour le VIH, surtout concernant la transmission sexuelle.

Ainsi 30 % des personnes interrogées ne savaient pas que l'hépatite B pouvait se transmettre lors de rapports sexuels non protégés contre seulement 0.6 % pour le VIH.

Concernant la transmission par voie sanguine lors d'une utilisation de drogue intra veineuse, 10 % ignoraient qu'elle était possible pour le VHB contre 0.8 % pour le VIH et 20 % des patients ne connaissaient pas la transmission mère/enfant.

On constate que très peu de personnes ignorent aujourd'hui les modes de contamination pour le VIH, probablement grâce aux nombreuses campagnes d'information via les médias, cependant concernant le VHB une trop grande proportion de français en ignore les modes de transmission (37).

Les patients de l'étude craignaient globalement autant l'hépatite B que le VIH. Sur ce point il est intéressant de constater l'évolution des mentalités en ce qui concerne le VIH. En effet, en 1992 une étude publiée dans l'*American Journal of Public Health*, avait voulu comparer la peur que ressentent les soignants vis-à-vis de ces deux virus, à savoir le VIH et le VHB.

A l'époque les auteurs avaient estimé que le risque de contracter une hépatite B lors d'un AES était de 25 %. Parmi eux 5 % présenteraient une hépatite fulminante ou un carcinome hépatocellulaire et décèderaient des suites de cette hépatite B. Par ailleurs le risque à l'époque de contracter le VIH lors d'un AES était de 0.1 %.

En revanche en 1992 le risque de développer un SIDA et de mourir de ses complications était alors de presque 100%. Dans les 2 cas, le risque global de décès après un AES était égal pour le VIH et le VHB et estimé à 1 %. Malgré tout, en sachant cela, les soignants interrogés avaient très majoritairement plus peur du VIH que du VHB.

Cette étude avait été menée afin de changer les comportements des soignants vis-à-vis du VIH car certains refusaient même de soigner les patients séropositifs (38).

Dans l'étude KABP de 2010, les patients pensaient avoir un risque plus élevé de contamination que la population générale pour le VHB, avec 7.6 % de réponses positives contre 3.8 % pour le VIH. Ce constat est curieux sachant que la France n'est pas, à la différence de l'Afrique Sub Saharienne et de l'Asie du Sud Est, un pays de forte endémicité pour le VHB.

Le nombre de dépistages pour le VHB est cependant nettement inférieur à celui du VIH, en effet près de 70 % des personnes interrogées déclaraient n'avoir jamais fait de dépistage du VHB contre près de 40 % pour le VIH (37).

Ces résultats peuvent s'expliquer par l'importance de la couverture médiatique ayant concerné le VIH ainsi que les nombreuses campagnes d'information à son sujet. Par ailleurs, il semble exister chez les patients une confusion entre les différentes hépatites et leurs modes de transmission qui peut expliquer ces lacunes de connaissances.

La vaccination contre l'hépatite B est déclarée par 47 % des répondants.

Les résultats de cette étude sont concordants avec ceux d'une autre étude réalisée dans la CDAG de l'hôpital Bichat-Claude Bernard en 2007. Pour mémoire, les consultations de dépistage anonyme et gratuit CDAG ont été mises en place en 1988 par les pouvoirs publics afin de faciliter l'accès au dépistage du VIH de manière anonyme et gratuite. Par la suite ce dépistage a été étendu, en 1999, au dépistage et à la prévention de l'hépatite B. Les résultats de cette étude montraient qu'environ 74 % des patients connaissaient la transmission par voie sexuelle et 63 % par voie sanguine, mais seulement 44 % savaient qu'il existait un risque de contamination lors de l'accouchement. L'étude soulignait aussi la grande méconnaissance des patients quant au caractère chronique possible de l'hépatite B. En effet seuls 37 % des patients pensaient qu'elle puisse être responsable d'une maladie hépatique chronique.

Enfin, concernant le vaccin contre l'hépatite B, il était considéré comme efficace que par 58 % des répondants (39). On comprend ainsi quelles peuvent être les réticences des patients vis-à-vis de la vaccination si une aussi grande proportion, près de la moitié, considèrent ce vaccin comme inefficace.

2.2.6. Opinions et pratiques des médecins généralistes vis à vis de la vaccination contre l'hépatite B

Nous savons que la prévention de l'hépatite B est possible, depuis de nombreuses années par la vaccination, qui est efficace dans 95 % des cas. Dans le système actuel de soins français le médecin généraliste est l'acteur principal de la prévention primaire. En effet il est en première ligne pour assumer son rôle d'information, prévention et dépistage auprès de ses patients. Il apparaît alors important de connaître l'avis et les pratiques des médecins généralistes français concernant la vaccination contre l'hépatite B.

Une étude réalisée en 2009 auprès de 2083 médecins généralistes exerçant en libéral en France, a permis d'évaluer et suivre l'évolution des opinions, et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B.

On observait en France une baisse constante de l'adhésion des médecins généralistes à cette vaccination notamment concernant les nourrissons depuis 1998 jusqu'à 2003. Depuis 2003 on

observe désormais une augmentation de la proportion de médecins généralistes favorables à ce vaccin.

Les résultats de cette enquête montrent que, en 2009, les médecins généralistes sont très majoritairement favorables à la vaccination contre l'hépatite B, avec 94 % d'entre eux se déclarant favorables à la vaccination des adultes à risque, 78 % pour les adolescents et 68 % pour les nourrissons (40).

En revanche il existe des disparités selon le lieu d'exercice, ainsi on observe une meilleure adhésion en région parisienne ainsi qu'à l'est de la France en comparaison avec le pourtour méditerranéen.

Cette augmentation de l'adhésion est probablement due à la simplification du calendrier vaccinal, à la réduction du nombre d'injections grâce aux formes combinées de vaccin hexavalent, ainsi qu'au remboursement de celui-ci depuis 2008.

Le médecin généraliste joue un rôle important pour améliorer l'adhésion à la vaccination, la majorité des parents demandent conseil à leur médecin traitant avant de vacciner leurs enfants. Ainsi 81.3 % des mères à qui le vaccin avait été conseillé avaient fait vacciner leur enfant contre seulement 50.4 % de celles qui n'avaient pas été conseillées.

Ce lien de confiance qui existe entre un patient et son médecin est un élément fondamental dans la prise en charge globale du patient.

Les patients semblent être plus favorables à certaines interventions si elles leur sont proposées par leur médecin référent. Aussi il est indispensable que celui-ci leur délivre une information complète concernant les différentes maladies virales graves et mette à leur disposition les moyens de s'en prévenir.

2.2.7. Epidémiologie actuelle du VHB

En 2010 dans son rapport l'OMS estimait que, environ deux milliard de personnes dans le monde étaient contaminées par le virus de l'hépatite B, dont plus de 350 millions ont une atteinte hépatique chronique. Chaque année, le nombre de décès imputables à l'hépatite B est estimé entre 500 000 et 700 000 (41).

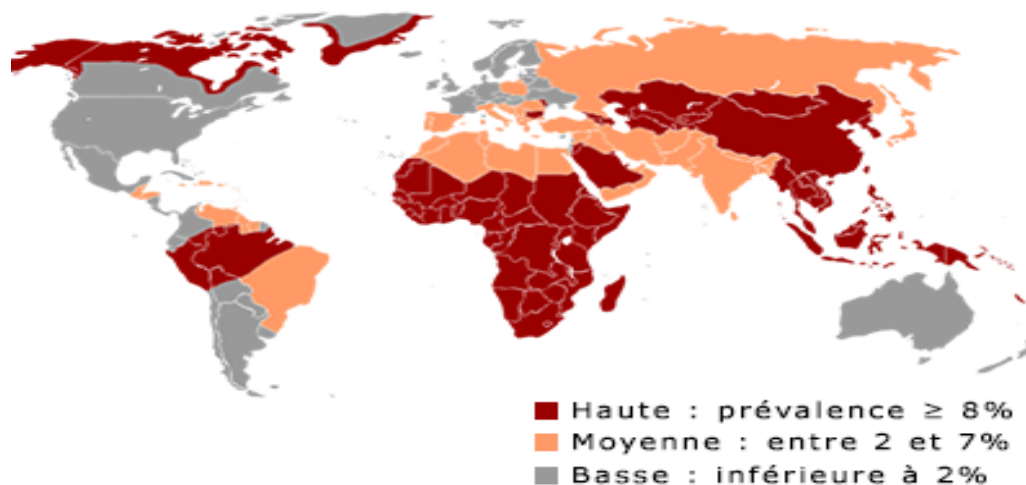
Nous nous intéresserons à deux indicateurs épidémiologiques en particulier, à savoir, la prévalence de l'antigène HBs d'une part, qui évalue le réservoir du virus et permet d'estimer le nombre attendu de complications dues au portage chronique, et d'autre part, l'incidence des formes aiguës, qui elle permet de mesurer la circulation virale dans la population.

2.2.7.1. Dans le monde.

La prévalence de l'antigène HBs est inégale dans le monde et l'on distingue certaines régions comme étant de forte prévalence si celle-ci dépasse les 8 % de la population, à l'image de l'Afrique Sub Saharienne et de l'Asie du sud-est et de la Chine.

Dans cette région, le cancer du foie causé par l'hépatite B fait partie des trois principales causes de décès chez l'homme et représente une cause majeure de décès chez la femme.

L'HÉPATITE B DANS LE MONDE EN 2005



Source OMS

En juillet 2011 on comptait 179 pays ayant inclus la vaccination contre l'hépatite B dans leur calendrier de vaccination contre 31 pays en 1992, date à laquelle l'OMS préconisait un élargissement des indications de vaccination à l'ensemble des nourrissons du monde entier y compris dans les zones de faible endémicité.

Comparons les taux de couverture vaccinale en 2007 vis-à-vis de l'hépatite B chez les nourrissons de différents pays (42).

Pays	Vaccination des nourrissons	Taux de couverture vaccinale (3 doses)
Allemagne	Depuis 1995	87 %
Italie	Depuis 1991	96 %
Espagne	Depuis 1992	96 %
Portugal	Depuis 2000	97 %
Etats unis	Depuis 1995	92 %
France	Depuis 1994	29 %

On constate que la couverture vaccinale française est très insuffisante selon les recommandations avec seulement 29 % des nourrissons immunisés, et reste très inférieure à celle observée dans d'autres pays d'Europe.

WHO-UNICEF estimates of HepB3 coverage immunization

2.2.7.2. En France.

Il existe peu de données épidémiologiques disponibles sur le VHB à la différence du VIH. Une enquête de prévalence du VHB réalisée entre 2003 et 2004 en France par l'InVS et la CNAMTS va nous apporter de précieuses informations à ce sujet.

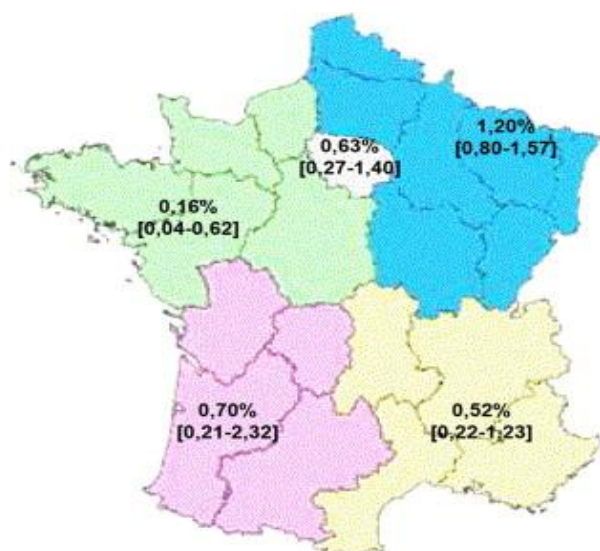
La France fait partie des pays de faible endémie pour le VHB, avec une prévalence du portage de l'antigène HBs estimée à 0.65 % dans la population adulte métropolitaine en 2004 [IC 95 % : 0.45-0.93]. Ainsi près de 281 000 adultes sont porteurs chroniques du VHB [IC 95 % : 179 730-381 913], et constituent un réservoir important pour la transmission de l'infection et l'apparition de nouveaux cas (43).

Plus de la moitié des patients ignorent être porteurs de l'infection. En effet seulement 45 % des personnes âgées de 18 à 80 ans interrogées à ce sujet avaient connaissance de leur statut sérologique.

La prévalence est plus élevée chez les sujets âgés de 30 à 34 ans, socialement précaires, usagers de drogues intraveineuses ou nés dans un continent à haute endémicité tel l'Asie ou l'Afrique sub-saharienne.

Le nombre de personnes séropositives pour les anticorps anti HBc est lui estimé en France, entre 2003 et 2004 à 3 173 769 avec 1 412 914 femmes séropositives et 1 760 855 hommes. On remarque ainsi que la prévalence des anticorps anti HBc est, à nouveau, plus élevée chez les hommes, mais surtout qu'il y a en France plus de 3 millions de personnes ayant déjà rencontré le virus du VHB au cours de leur vie (44).

➤ Epidémiologie du VHB en France entre 2003 et 2004



Prévalence en France 0.68 % Ag HBs +, soit 300 000 porteurs (43)

Rapport INVS 2005 : estimation du taux de prévalence du portage de l'AgHBs en France entre 2003 et 2004

2.2.7.2.1. Incidence de l'hépatite B.

L'incidence des nouvelles contaminations est plus difficile à chiffrer car l'infection est le plus souvent asymptomatique et son estimation est basée sur les cas d'infection aigüe symptomatiques qui sont, elles à déclaration obligatoire depuis 2003.

Ainsi cette incidence est estimée à 2 578 en France en 2004 et, en faisant le total des infections symptomatiques et asymptomatiques, le nombre de cas passant à la chronicité a lui été estimé à 209 par an.

Ce nombre d'infections par le VHB est à peu près stable en France entre 2004 et 2007, il est estimé à 2578 infections / an [IC 95 % : 2 320-2 845] (45).

L'incidence des hépatites B aiguës a elle été évaluée à 158 hépatites en France entre 2003 et 2004. Là encore les patients étaient très majoritairement des hommes. Presque la moitié d'entre eux, 46 %, ont été hospitalisés, et 3 hépatites fulminantes ont été déclarées dont deux ont conduit au décès du patient.

Les expositions les plus souvent documentées sont les comportements sexuels à risque (35.5 %), les voyages en pays de moyenne ou forte endémie (22.6 %), l'exposition familiale (8.3 %) et la vie en institution (5.3 %).

L'usage de drogues est retrouvé dans un peu plus de 2 % des cas. Cependant dans près d'un tiers des cas on ne retrouve pas d'exposition à risque.

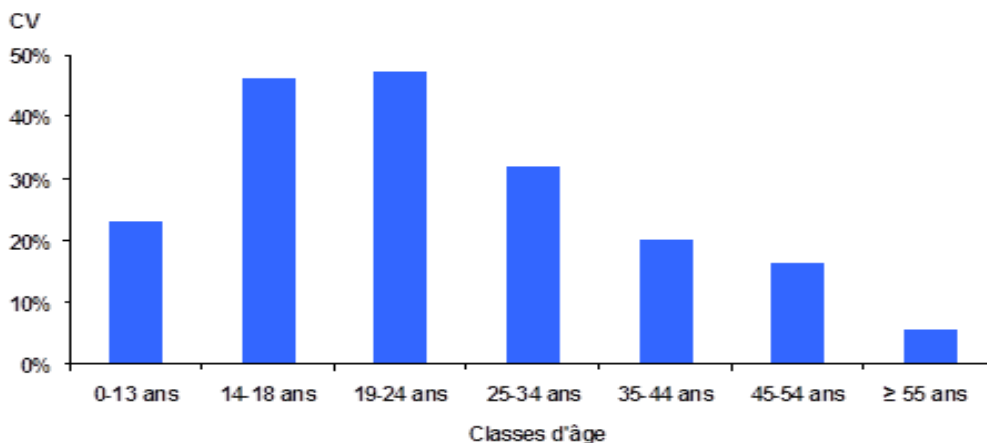
Le nombre de décès annuels associés à une infection chronique par le VHB est évalué à 1507.

2.2.7.2.2. Couverture vaccinale.

D'après la DRESS (ministère des affaires sociales et de la santé) en 2003 en France, la couverture vaccinale contre l'hépatite B des enfants de deux ans était égale à 27.7 % et était de 21.7 % pour la population générale.

En comparant ces données avec les résultats obtenus en milieu scolaire, on s'aperçoit de l'efficacité des campagnes de vaccination menées à partir de 1992 puisqu'en effet, la couverture vaccinale des élèves de 3ème en 2000-2001, c'est-à-dire dans la cohorte des enfants nés entre 1983 et 1987, est de 62 % (46). Mais nous constatons aussi que l'arrêt de ces campagnes de vaccination depuis 1998 a conduit depuis, à une population générale très insuffisamment vaccinée contre l'hépatite B.

➤ Couverture vaccinale de la population générale en France en 2002, vis-à-vis de l'hépatite B (43)



Source : Enquête Taylor Nelson Sofres Santé / GSK

La vaccination du personnel de santé contre l'hépatite B est obligatoire depuis 1991 (47). D'après l'enquête nationale Vaxisoin menée en France, la couverture vaccinale contre l'hépatite B serait de 91.7 % parmi les professionnels de santé en 2009 (48). Cette très bonne couverture vaccinale a permis de réduire nettement le nombre d'hépatites B contractées dans le cadre professionnel depuis 1994 comme en atteste le diagramme suivant.

2.3. Co-infections VIH et hépatite B.

2.3.1. Épidémiologie de ces co-infections.

Du fait de modes de transmission communs au VIH et au virus de l'hépatite B (VHB), par voie sanguine, sexuelle ou de la mère à l'enfant, la prévalence de la co-infection par le VHB dans la population des personnes infectées par le VIH est élevée.

En 2004, on estimait en France que 37.6 % de la population atteinte par le VIH présentait des marqueurs sérologiques témoignant d'une infection ou d'un contact ancien avec le VHB.

Cependant, le statut sérologique vis-à-vis du VHB restait inconnu chez 6.3 % des patients infectés par le VIH.

La prévalence de l'infection chronique par le VHB (Ag HBs+ ou ADN VHB +) est estimée à 7 % chez les patients infectés par le VIH. Les plus fortes prévalences sont relevées chez les homosexuels et les toxicomanes (5).

Parmi les porteurs de l'antigène HBs, le bilan des marqueurs biologiques de répliation du VHB (ADN VHB, statut HBe qui permet de différencier les patients porteurs d'un virus sauvage Ag HBe+ et ceux porteurs d'un virus mutant pré-C avec anticorps anti-HBe+) n'est pas réalisé dans un tiers des cas au début de la prise en charge et reste incomplet chez 24 % en cours de suivi. Environ deux tiers des patients infectés par le VIH sont également infectés par un VHB « sauvage » et un tiers par un mutant pré-C. Ce dernier pouvant être associé à des lésions

hépatiques plus sévères. Le géotypage VHB n'est qu'exceptionnellement réalisé, bien qu'associé à l'évolution sérologique, histologique et clinique ainsi qu'à la réponse à l'interféron.

Le géotype A semble cependant prédominant en France et retrouvé chez près de 70 % des patients co-infectés VIH atteints d'hépatite B chronique.

La co-infection ou la surinfection par le virus de l'hépatite delta n'est pas recherchée dans plus de 20 % des cas, alors que ce dernier est un facteur d'aggravation de l'hépatite B chronique. Lorsque la recherche est effectuée, environ 6 % des patients ont une sérologie delta positive.

De même, près de 15 % des patients co-infectés VIH-VHB ont une sérologie VHC positive (5).

L'incidence de l'hépatite B est mal connue du fait de l'absence fréquente de sérologie initiale et de suivi régulier, elle se situerait entre 1 et 3% patients-années. Ces «nouvelles» antigénémies HBs positives correspondent souvent à des contaminations récentes, y compris chez des patients vaccinés contre le VHB qui ont perdu leur immunité, ce qui témoigne des échecs de la prévention.

Elles peuvent aussi correspondre à des réactivations de l'infection VHB, en cas de détérioration immunitaire ou d'arrêt brutal d'un traitement antirétroviral actif sur le VHB (*Lamivudine, Emtricitabine, Ténofovir*), non seulement chez des patients ayant un profil de type anticorps anti-HBc isolés, mais aussi chez des patients ayant initialement une cicatrice sérologique d'hépatite B guérie (anticorps anti-HBc et anticorps anti-HBs positifs).

Comme nous le verrons par la suite, nous ne disposons pas de recommandations concernant le cas particulier de ces patients qui ont déjà rencontré le virus mais présentent une immunité insuffisante et peuvent subir une nouvelle infection. Nous verrons qu'ils représentent une proportion non négligeable des patients ayant déjà été en contact avec le virus. Il n'est pour l'instant pas recommandé de les vacciner.

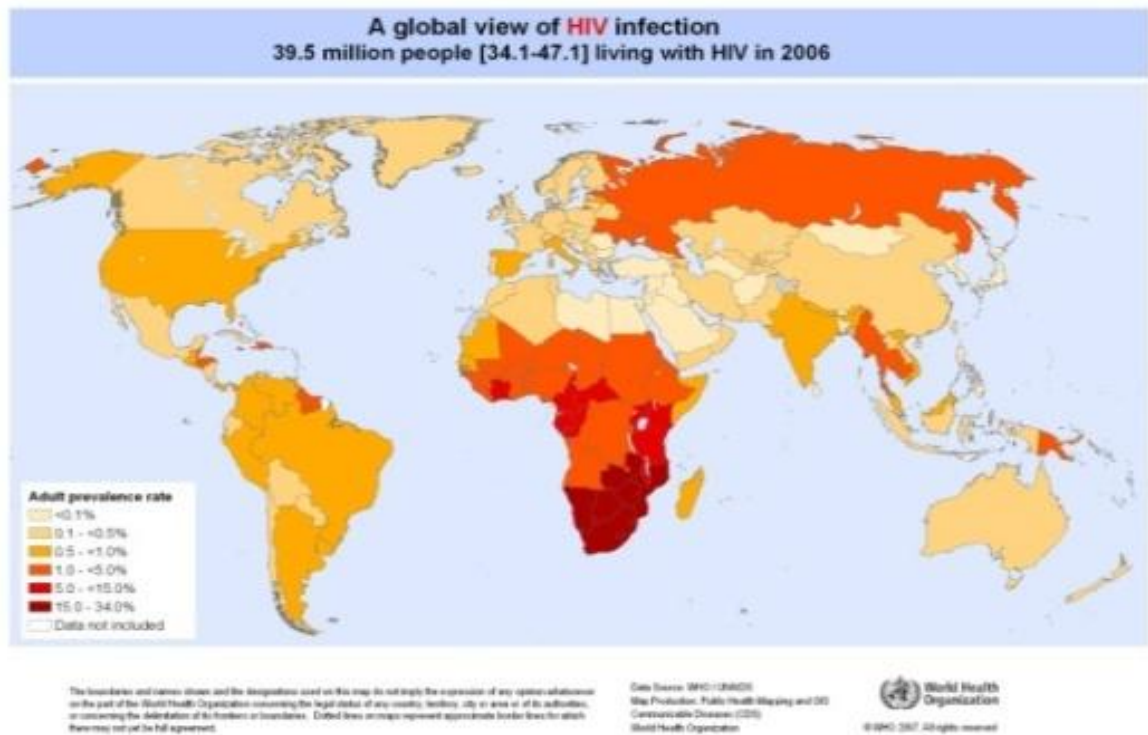
L'ensemble de ces éléments plaident pour la nécessité d'un dépistage sérologique et virologique VHB complet et systématique chez l'ensemble des patients infectés par le VIH (traités ou non), avec titration des anticorps anti-HBs ou recherche de l'ADN VHB et, d'une co-infection delta le cas échéant, à répéter annuellement et en parallèle à l'application de mesures préventives (notamment la vaccination anti-VHB).

2.3.2. Facteurs communs de contamination.

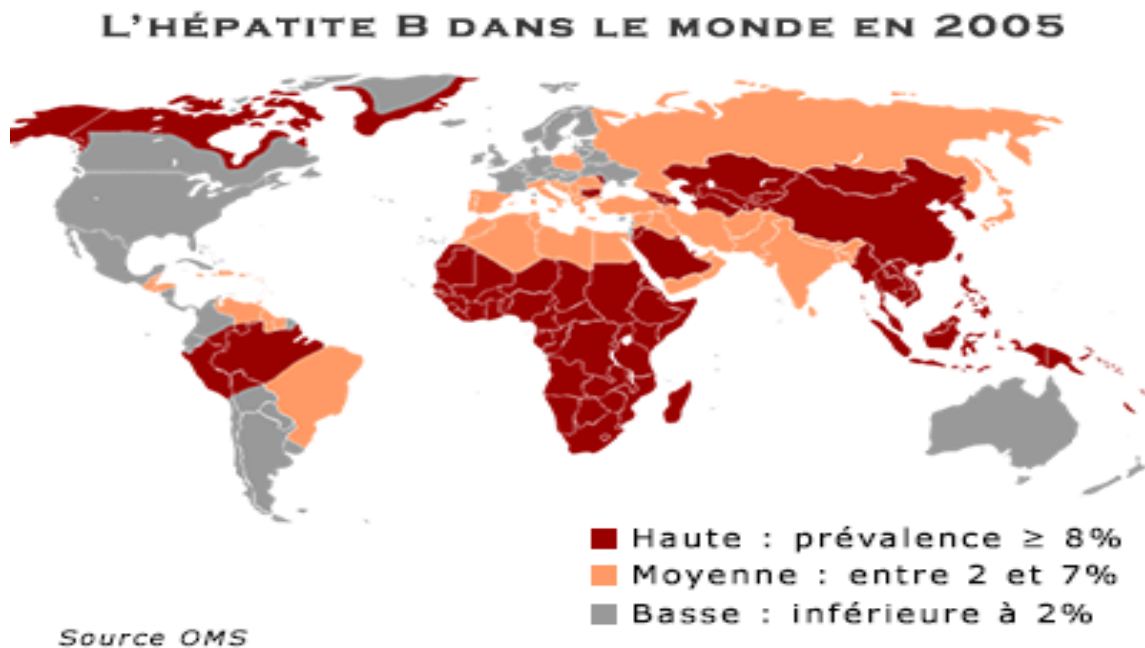
L'infection par le VIH et l'hépatite B partagent énormément de similitudes, que cela concerne la répartition géographique des deux virus, ou leurs modes de transmission.

Le premier facteur commun de contamination pouvant favoriser la co-infection est la forte prévalence du VIH et du virus de l'hépatite B dans les mêmes régions du monde, notamment en Afrique sub-saharienne. En effet les cartes de prévalence sont presque superposables pour le continent africain.

➤ Prévalence du VIH dans le monde en 2006



➤ Prévalence de l'hépatite B dans le monde en 2005



Les voies de transmission du virus sont par ailleurs similaires pour le VHB, qu'il s'agisse de la transmission par voie sanguine, sexuelle ou verticale de la mère à l'enfant au moment de l'accouchement. Nous avons malheureusement vu précédemment que la qualité de l'information délivrée au sujet de l'hépatite B est moins bonne que pour le VIH et encore une trop grande partie de la population en ignore les mécanismes de transmission.

2.3.3. Impact du VIH sur le VHB.

L'infection par le VIH modifie l'histoire naturelle du VHB et aggrave le pronostic de l'hépatite chronique B.

En effet chez les patients séropositifs il existe une augmentation du nombre de passages à des formes chroniques, qui peut être expliqué par une plus faible réponse immunitaire chez ces patients en raison des bas taux de CD4 qu'ils présentent et par une augmentation de la réplication virale.

Par ailleurs, on constate aussi des taux plus bas de transaminases, une augmentation de la charge virale du VHB qui traduit une réplication virale intense, et une augmentation de la durée de présence de l'antigène HBe. La coïnfection réduit en effet les séroconversions HBe ou HBs spontanées.

Enfin on note plus de réactivations du VHB chez les patients immunodéprimés ainsi que de formes occultes de VHB. La réapparition de l'antigène HBs est possible, même en présence d'anticorps anti HBs si le VIH du patient est mal contrôlé.

L'infection par le VIH accélère la vitesse de progression de la fibrose, le développement de la cirrhose et du carcinome hépatocellulaire.

L'âge, une réplication virale B importante, un taux de CD4 bas et la persistance de l'antigène HBe sont des facteurs prédictifs de mauvais pronostic de l'infection à VHB. D'autres facteurs comme les triples infections VIH-VHC-VHB ou VIH-VHB-VHD, la consommation d'alcool, le génotype G sont aussi des facteurs indépendants d'aggravation de la fibrose (6).

2.3.4. Impact du VHB sur le VIH.

Les études effectuées n'ont pas montré d'influence du virus de l'hépatite B sur la survie ou la progression de l'infection par le VIH. (5)

2.3.5. Recommandations dans ce groupe à risque.

Compte tenu de la fréquence des co-infections et de l'aggravation du VHB en présence du VIH, il est fortement recommandé de vacciner les patients séropositifs ne présentant aucun marqueur du VHB (recommandation de grade A).

Cette vaccination est moins efficace chez les patients infectés par le VIH si les CD4 sont inférieurs à 500 /mm³. Après vaccination le titre des anticorps doit être déterminé. Il est aussi recommandé de revacciner les personnes non répondeuses à un premier protocole vaccinal. De plus chez les personnes exposées au VHB (contact avec un porteur du VHB), il n'est pas nécessaire d'attendre le résultat de la sérologie pour commencer la vaccination (5).

Dans le «*Canadian journal of infectious diseases and medical microbiology* » il est préconisé « Chez les patients présentant des anticorps anti HBc positifs, un dosage d'ADN VHB négatif et un taux d'anticorps anti HBs insuffisant, autrement dit, pour les patients ayant déjà rencontré le VHB, après avoir écarté une infection VHB occulte, et s'ils présentent une immunité contre le VHB insuffisante, ils doivent être vaccinés comme des patients VHB négatifs ».

En France, ces patients ne sont pour l'instant pas visés par les recommandations vaccinales.

La vaccination contre l'hépatite A des personnes infectées par le VIH est recommandée en cas de co-infection par le VHC ou le VHB. Elle est aussi indiquée chez les patients voyageant en pays d'endémie et chez les homosexuels ou patients ayant des pratiques à risque. Avant de la réaliser, il convient de vérifier l'absence d'anticorps anti VHA. Ce vaccin est moins efficace si le taux de CD4 est inférieur à 200 / mm³ (5).

2.3.6. Efficacité du vaccin contre l'hépatite B chez les patients séropositifs.

L'efficacité du vaccin contre l'hépatite B est très bonne puisqu'il est estimé efficace chez 95 % des patients immunocompétents, en revanche la réponse immunitaire n'est que de 40 à 60 % chez les patients séropositifs pour le VIH, en raison de leur immunodéficience (49).

Une étude a montré que l'utilisation du Levamisole comme adjuvant du vaccin contre l'hépatite B pouvait augmenter la réponse immunitaire et le titre des anticorps anti HBs chez les patients séropositifs pour le VIH. Il agirait sur le système immunitaire en stimulant les macrophages ainsi que les lymphocytes T (49).

Il est recommandé de doser le taux d'anticorps anti HBs 1 à 2 mois après le dernier vaccin de la série (au maximum 6 mois après). La réponse immunitaire étant considérée comme positive si le taux d'anticorps anti HBs est supérieur à 10 UI/mL.

Il est préférable de vacciner les patients quand leur taux de CD4 est supérieur à 500 /mm³, afin d'obtenir une meilleure réponse immunitaire (5).

D'après plusieurs études, augmenter le nombre d'injections de vaccin et avoir un taux de CD4 élevé donne une meilleure réponse immunitaire.

Par ailleurs, chez les patients séropositifs pour le VIH, on observe une diminution plus rapide du taux d'anticorps anti HBs et des taux souvent en dessous du seuil de protection de 10 UI/mL. Une valeur d'anticorps en dessous du seuil ne signifie pas forcément l'absence d'immunité contre le virus du VHB. Malgré tout, il est recommandé de doser régulièrement le taux d'anticorps anti HBs chez les patients souffrant d'une maladie rénale et les hémodialysés séropositifs car ils présentent un sur risque de contamination important (6).

2.4. Vaccin contre l'hépatite B.

2.4.1. Historique et description des vaccins utilisés.

Le premier vaccin contre l'hépatite B fut mis au point à Tours en 1976, il fut nommé Hevac B et obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en 1981.

Un deuxième vaccin fut fabriqué l'année suivante aux Etats-Unis ; l'Heptavax.

Ces deux vaccins étaient fabriqués à partir du plasma de porteurs chroniques de l'antigène HBs mais dont l'antigène HBe, témoin d'une réplication active du virus était absent.

Malheureusement, en raison du faible portage chronique dans ces deux pays et des titres en antigènes HBs très variables, les deux vaccins ne pouvaient être produits en grandes quantités.

C'est ainsi que la recherche mis au point de nouveaux vaccins contre l'hépatite B grâce aux techniques de génie génétique, afin de pouvoir répondre à la demande importante de vaccination.

Ces techniques permettent d'isoler le gène de l'antigène HBs, de le copier et, de l'insérer dans un plasmide d'expression qui est ensuite lui-même inséré dans des cellules. Ainsi le vaccin GenHevac B est fabriqué à partir de cellules d'ovaires de hamster, alors que les vaccins Engerix B et HBVaxPro sont eux fabriqués avec des cellules de la levure de bière *Saccharomyces cerevisiae*.

Ces trois vaccins sont absorbés sur de l'hydroxyde d'aluminium et Engerix B et HBVaxPro contiennent du thiomersal, un dérivé du mercure (7).

Le vaccin GenHevac B contient 20 µg d'AgHBs par dose de 0.5 mL.

Le vaccin Engerix B existe lui sous 2 dosages contenant respectivement 10 µg et 20 µg d'antigène HBS.

Le vaccin HBVaxPro est disponible lui en 2 dosages de 5, 10 µg d'antigène HBs

Pour note : les vaccins combinés type Infanrix Hexa contient 10 µg d'antigène HBs de même que le Twinrix Enfants, le Twinrix Adultes contient lui 20 µg d'antigène HBs (46).

Au début, lors des premières utilisations de ces vaccins, il existait deux schémas vaccinaux possibles ; soit un protocole en 4 injections (3 injections à un mois d'intervalle et une 4ème un an après la première dose), soit un protocole en 3 injections (2 injections à un mois d'intervalle et la 3ème six mois après).

Ensuite un rappel était effectué tous les 5 ans.

A partir de 1998, le Conseil Supérieur d'Hygiène de France (CSHPF) a recommandé de n'effectuer des injections de rappel que dans des situations particulières, et souhaite que seul le schéma à 3 injections ne soit appliqué.

La vaccination est très efficace et induit une immunité protectrice chez 95% des vaccinés immunocompétents (et chez 40 à 60 % des immunodéprimés). Certains facteurs cependant peuvent réduire l'efficacité de ce vaccin, comme l'âge (l'immunogénicité diminue à partir de 25 ans et décroît fortement à 40 ans), le sexe masculin, le tabac, l'obésité, et certains groupes HLA. On peut quantifier cette immunité par le dosage des anticorps anti HBs, s'il est supérieur à 10 UI/L, le patient est protégé. Il semblerait que les patients restent protégés malgré une disparition de ces anticorps via un système d'immunité mémoire qui permettrait d'assurer malgré tout une

protection (46), c'est probablement pour cette raison que la vaccination chez les personnes ayant déjà rencontré le VHB n'est pas encore recommandée.

Ces constatations ont permis d'établir les recommandations actuelles qui sont de ne pas administrer de rappel après une primovaccination si celle-ci est effectuée correctement (schéma à 3 injections) chez des patients immunocompétents. En revanche chez les professionnels de santé on peut être amenés à administrer une dose de rappel si le taux d'anticorps anti HBs est insuffisant.

2.4.2. Historique des recommandations concernant la vaccination contre l'hépatite B.

Les premières recommandations françaises concernant la vaccination contre l'hépatite B datent de 1982, à cette époque le vaccin est alors recommandé chez les personnels de santé.

Deux ans après, cette recommandation est élargie aux insuffisants rénaux, aux hémophiles, aux polytransfusés, en raison des risques de contamination liés aux dialyses et aux transfusions (pour rappel, le dépistage obligatoire des dons du sang et produits dérivés date de août 1985).

Il est aussi préconisé de vacciner les nouveaux nés de mère séropositives pour le VHB et présentant un antigène HBs positif, ainsi que l'entourage familial des porteurs chroniques. En 1986 sont ajoutés à ce groupe à risque, les sujets ayant des partenaires sexuels multiples, et les toxicomanes utilisateurs de drogues intraveineuses.

A partir du 18 janvier 1991, cette recommandation entre dans le cadre légal et devient une obligation pour «*toute personne qui, dans un établissement public ou privé de prévention ou de soins, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination*». Cette loi concerne aussi les étudiants et les élèves des professions de santé. Il s'agit de la *loi n°91-73, inscrite à l'article L.3114*

Elle est complétée par un arrêté le 15 mars 1991 qui établit la liste des établissements dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné.

Un autre arrêté le 23 août 1991 permet lui de fixer la liste des études qui imposent la vaccination pour les étudiants.

En 1992, soit 10 ans après les premières recommandations, le dépistage de l'antigène HBs est rendu obligatoire au 6ème mois de grossesse, ce qui permet de prendre des mesures préventives lors de l'accouchement pour éviter la transmission du virus et de sérovacciner ces nourrissons contre l'hépatite B dès la naissance ou dans les 48 premières heures de vie.

Toujours en 1992, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décide de recommander la vaccination des nourrissons dans tous les pays du monde afin de réduire le réservoir du virus. Elle avait en effet constaté que l'incidence des hépatites B aiguës aux Etats Unis et au Canada stagnait aux mêmes taux malgré la vaccination sélective des groupes à risque depuis 1991, et en avait déduit que cette stratégie de vaccination uniquement des groupes à risque n'était pas la bonne et qu'il fallait élargir à toutes les personnes les recommandations de vaccination contre l'hépatite B et ce, dans tous les pays y compris ceux de faible endémicité.

Elle précise que la vaccination des adolescents peut être envisagée en addition ou alternativement à la vaccination des nourrissons (7).

2.4.3. Dernières recommandations sur la vaccination contre l'hépatite B chez les patients séropositifs pour le VIH

Comme dans la population générale, cette vaccination est recommandée pour tous les enfants infectés par le VIH.

La vaccination contre l'hépatite B est recommandée également chez toutes les personnes adultes infectées par le VIH sans marqueur sérologique du VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs et anti-HBc négatifs). La réponse au schéma vaccinal standard (trois doses intramusculaires (IM)) étant inférieure à celle de la population non infectée par le VIH, un schéma vaccinal renforcé (quatre doubles doses (soit 40 microgrammes) IM administrées à J0, M1, M2 et M6) est recommandé chez l'adulte, en particulier chez les patients ayant des facteurs de mauvaise réponse (sexe masculin, âge > 40 ans, fumeurs, charge virale VIH détectable).

À tout âge chez les PVVIH, il est recommandé de contrôler le titre d'anticorps anti-HBs obtenu 1 à 2 mois après la dernière injection vaccinale. En cas de non-réponse à la vaccination selon le schéma antérieurement proposé (Ac anti-HBs < 10 mUI/ml), des injections supplémentaires (10 microgrammes chez l'enfant, 20 microgrammes chez l'adulte) doivent être administrées avec un intervalle de 1 à 2 mois entre chaque injection et avec un dosage des anticorps anti-HBs quatre à huit semaines après chaque injection, et ce, jusqu'à obtention d'un titre protecteur (au maximum trois injections supplémentaires).

L'utilisation d'un schéma à doubles doses chez les patients non répondeurs à un premier schéma vaccinal est en cours d'évaluation dans un essai randomisé (ANRS HB04) dont les résultats devraient être disponibles courant 2014. Chez les non-répondeurs à au moins 6 injections vaccinales et sous traitement ARV, il est proposé d'intégrer le ténofovir dans le traitement ARV du patient si ce médicament n'en fait pas déjà partie. (BIII).

Chez les patients répondeurs à la vaccination, un contrôle sérologique annuel est recommandé afin de proposer une dose de rappel en cas de chute du titre d'anticorps anti-HBs en dessous du titre protecteur de 10 mUI/ml.

Chez les patients non répondeurs à la vaccination, un contrôle annuel des marqueurs de l'hépatite B (Ag HBs, anticorps anti-HBs et anti-HBc) doit être réalisé afin de dépister une éventuelle infection.

Chez les personnes présentant des anticorps anti-HBc isolés, une dose de vaccin peut être proposée pour rechercher une réponse anamnétique (dosage des anticorps anti-HBs); en cas de non-réponse, et en l'absence d'ADN VHB détectable, la vaccination contre l'hépatite B doit être proposée à ces patients (50).

2.4.4. Polémique autour de la survenue de cas de sclérose en plaque.

Afin de respecter les recommandations de l'OMS, une campagne de vaccination est lancée en France en 1994 par le ministre délégué à la santé Mr Philippe Douste-Blazy. Cette campagne vise les nourrissons et les adolescents, et le vaccin contre l'hépatite B est alors intégré dans le calendrier vaccinal en 1995.

Ainsi un vaste programme de vaccination est mis en place dans les établissements scolaires pour les élèves de 6ème et est initialement prévu pour une durée de 10 ans, temps nécessaire pour que les premières cohortes de nourrissons vaccinés atteignent l'âge de 11 ans.

Cette campagne de vaccination n'a pas eu l'effet escompté, car la proportion de nourrissons vaccinés n'a pas correspondu aux attentes et par ailleurs un certain nombre d'adultes qui n'étaient pas visés par les recommandations initiales se sont aussi faits vacciner.

Dès 1994, des cas d'atteintes démyélinisantes du système nerveux central, suite à cette vaccination sont notifiés auprès des services de pharmacovigilance. Ces cas de sclérose en plaque potentiellement dus au vaccin provoquent alors une grande polémique en France, largement couverte et relayée par les médias, et des médecins scolaires s'interrogent quant à la poursuite du programme de vaccination contre l'hépatite B dans les établissements scolaires.

En juin 1998, le Comité Technique des Vaccinations (CTV) et le CSHPH se réunissent afin de répondre à ces questions et d'ajuster les recommandations se rapportant au vaccin. A l'issue de cette réunion le programme vaccinal est maintenu et d'autres sujets à risques comme «les enfants accueillis dans les services ou institutions pour l'enfance et la jeunesse handicapée» et les voyageurs allant dans des «pays de moyenne ou forte endémie» sont ajoutés au programme vaccinal.

Le 1^{er} octobre 1998, soit 4 ans après le début de la campagne, le secrétaire d'Etat annonce la suspension du programme de vaccination dans les collèges.

Afin de justifier cette décision, il explique que la vaccination est un acte médical et volontaire qui doit faire l'objet d'une consultation afin de rechercher les antécédents personnels et familiaux (d'affection auto immune ou maladie démyélinisantes) qui pourraient contre indiquer cette vaccination.

Etant donné que cet entretien est difficilement réalisable au collège, il est préférable que la vaccination contre l'hépatite B soit confiée au médecin traitant à la demande des intéressés ou de leurs parents.

Il maintient néanmoins que cette vaccination est recommandée chez le nourrisson, l'adolescent et l'adulte à risque (7) (46).

2.4.5. Données actuelles de la pharmacovigilance concernant ces cas.

Dès juin 1994, une enquête de pharmacovigilance est initiée suite au signalement de troubles neurologiques évoquant des poussées de sclérose en plaque, qui seraient survenus après une vaccination contre l'hépatite B. Il faut tout de même souligner que les premières déclarations aux centres de pharmacovigilance remontent aux années 1990, c'est-à-dire bien avant les recommandations officielles.

- *Dernières données publiées par la Commission Nationale de Pharmacovigilance dans son rapport du 27 septembre 2011 (51).*

Elle estime que, depuis la mise sur le marché des vaccins contre l'hépatite B, le nombre de personnes vaccinées en France est de 37 millions, sur la base de 3 injections vaccinales (on recense au total plus de 112 millions de doses vendues tous vaccins confondus).

Il faut souligner que ce chiffre est une estimation, tous les patients vaccinés n'ont peut être pas eu un schéma à 3 injections, ainsi le nombre de patients ayant reçu au moins une injection de vaccin pourrait être plus important.

Les effets indésirables graves les plus fréquemment imputés à la vaccination contre l'hépatite B sont les atteintes démyélinisantes centrales et périphériques, les scléroses latérales amyotrophique, les affections auto immunes et les atteintes hématologiques.

Nous allons nous intéresser aux cas signalés depuis la mise sur le marché des vaccins contre l'hépatite B, depuis juin 1981, jusqu'au 31 décembre 2010 soit pendant une durée de 29 ans.

➤ Les atteintes démyélinisantes centrales et périphériques :

Durant cette période, les centres de pharmacovigilance ont recensé 1650 cas d'affections démyélinisantes centrales (avec 1 418 cas de sclérose en plaque (SEP) et 232 cas d'affections démyélinisantes sans critères de dissémination dans le temps et l'espace) et, 126 cas d'atteinte périphérique.

Chez 113 patients, on retrouve la notion d'antécédents familiaux de SEP, de névrite optique rétrobulbaire (NORB) ou de myélite. Ainsi sur cette période, le taux de notification est de 3.8 cas de SEP et de 0.34 cas d'atteintes démyélinisantes périphériques pour 100 000 personnes vaccinées.

Concernant les enfants de moins de 15 ans, le nombre de cas notifiés est de 117 dont 67 SEP, soit un taux de notification des SEP de 0.48 pour 100 000 enfants vaccinés.

On peut ainsi estimer que l'incidence de survenue de cas de SEP dans la population vaccinée durant cette période, est de 0.004 % (avec au total 1485 cas de SEP recensés pour 37 millions de personnes vaccinées).

Actuellement on estime à un peu plus de 2 000 le nombre de nouveaux cas de SEP déclarés par an en France.

La population française est-elle estimée à 63 703 191 personnes en 2013 d'après le dernier recensement de l'Insee. On obtient ainsi une incidence de survenue de cas de SEP dans la population générale de 0.003 %.

Ces chiffres sont similaires et il n'existe pas de différence significative d'incidence de cas de SEP entre la population générale et la population vaccinée contre l'hépatite B.

La Commission Nationale de Pharmacovigilance estime que :

«Que les données cumulées de la notification spontanée et l'analyse de la littérature ne permettent pas de confirmer le signal initialement évoqué en 1994 et n'ont pas retrouvé d'association entre un risque d'atteinte démyélinisantes centrale ou périphérique et la vaccination contre l'hépatite B ».

➤ La sclérose latérale amyotrophique :

On recense 61 cas de survenue de sclérose latérale amyotrophique déclarés à la pharmacovigilance entre 1981 et le 31 décembre 2006, sans pour autant qu'ils puissent être associés au vaccin.

➤ Affections auto-immunes :

Les plus fréquemment signalées sont le Lupus Erythémateux Disséminé (LED), la polyarthrite rhumatoïde et la thyroïdite.

Ainsi on recense sur cette période 117 cas de LED, 126 de polyarthrite rhumatoïde et 67 de thyroïdite.

Pour la plupart de ces déclarations, comme pour les déclarations d'atteinte démyélinisantes, il s'agit de cas survenus il y a plusieurs années et alors apparus très à distance de la vaccination, ce qui ne permet pas d'établir de lien spécifique entre le vaccin contre l'hépatite B administré et la survenue de ces cas.

La médiatisation de ces données de pharmacovigilance depuis plus d'une dizaine d'années explique l'importance de ces déclarations rétrospectives.

➤ Atteintes hématologiques :

On note sur la période étudiée 100 cas de thrombopénie, 19 d'aplasie médullaire et 12 de leucémie aiguë.

Ainsi l'incidence annuelle maximale des notifications pour ces trois atteintes hématologiques reste nettement inférieure à l'incidence annuelle attendue de ces affections dans la population générale et aucun lien entre leur survenue et la vaccination ne peut être établi.

A ce jour l'ensemble des études pharmaco-épidémiologiques nationales et internationales, n'ont pas permis d'apporter la preuve d'un lien de cause à effet entre la vaccination contre l'hépatite B et la survenue de l'ensemble des effets indésirables que nous avons énumérés ci-dessus.

En revanche le virus de l'hépatite B a été estimé responsable de près de 2 578 nouvelles contaminations en 2004, dont 158 hépatites B aiguës entre 2003 et 2004.

Ainsi le bénéfice collectif de la vaccination, en termes de santé publique demeure supérieur aux éventuels risques engendrés par celle-ci.

Actuellement les recommandations de vaccination restent les mêmes à savoir :

- les nourrissons
- les personnes appartenant à des groupes à risque
- le rattrapage des enfants et adolescents non antérieurement vaccinés jusqu'à l'âge de 15 ans révolus.

Par ailleurs le remboursement du vaccin hexavalent depuis mars 2008 semble encourager la relance de la vaccination contre l'hépatite B chez les nourrissons.

3. Matériel et méthode.

3.1. Objectif.

Notre travail a pour objectif d'évaluer et de décrire l'implication du médecin traitant dans le dépistage et, la prévention primaire de l'hépatite B par la vaccination chez les patients séropositifs pour le VIH, suivis dans un service de maladies infectieuses et tropicales (SMIT).

Afin d'y parvenir nous avons soumis aux patients un questionnaire portant à la fois sur leur pathologie VIH, leur statut sérologique pour l'hépatite B ainsi que sur l'état de leurs vaccinations d'une manière globale, mais également sur la qualité de la relation entretenue avec leur médecin généraliste.

3.2. Type d'enquête.

Notre enquête est une étude observationnelle d'épidémiologie descriptive uni centrique. Il s'agit d'une étude transversale dont le but est de décrire l'état de santé d'une population choisie avec un recueil de donnée effectué à un instant T, au moment de l'interrogatoire.

Il n'y a qu'un seul groupe étudié dans un seul centre à savoir : le service de maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Delafontaine.

3.3. Population enquêtée.

3.3.1. Critères d'inclusion.

Ont été inclus dans cette étude tous les patients séropositifs pour le VIH, ayant consulté dans le SMIT de l'hôpital Delafontaine, entre le 15 janvier 2013 et le 14 février 2013 pour une consultation de suivi ou une hospitalisation en hôpital de jour.

Les critères d'inclusion étaient ainsi les suivants :

- séropositivité pour le VIH
- suivi médical du VIH réalisé en partie ou totalement dans le service de maladie infectieuse de l'hôpital Delafontaine
- adhésion volontaire du patient à répondre à ce questionnaire après lui avoir fourni les explications nécessaires
- compréhension du français ou présence d'un traducteur en l'absence d'une compréhension correcte.

Nous avons pu ainsi inclure 118 patients dans notre projet sur cette période.

3.3.2. Critères d'exclusion.

Nous avons exclus de cette étude :

- les patients refusant de répondre au questionnaire ou ceux ayant interrompu le questionnaire avant d'avoir répondu à l'ensemble des questions qui leur étaient accessibles.
- les patients non séropositifs
- les patients ne comprenant pas le français et n'ayant pas d'interprète.

3.3.3. Déroulement du recueil de données.

L'ensemble des questionnaires a été rempli par mes soins.

Après avoir accepté de participer à celui-ci, les patients étaient invités à répondre aux questions posées lors d'un entretien privé.

Ainsi, le fait de réaliser l'ensemble du recueil des données par un même investigateur permet de garantir une homogénéité et une standardisation dans le processus de recueil, cela nous permettra d'éviter des biais d'information par la suite.

. Par ailleurs, elle permet d'observer certaines tendances dans les réponses fournies et d'avoir un complément d'information directement auprès des patients alors que ces données ne correspondent pas forcément aux questions soumises par écrit qui, nous le rappelons, sont des questions fermées.

Un bref rappel de l'hépatite B en termes d'épidémiologie, de risque et des mesures préventives à adopter leur était donné à l'occasion de l'entretien, après bien sûr leur avoir demandé s'ils savaient ce qu'est l'hépatite B et répondu à la première question de la partie « sérologie et vaccination contre l'hépatite B ».

3.4. Questionnaire.

On compte 62 questions au total réparties en 4 questions ouvertes permettant d'identifier le patient et, 58 questions qui permettent de traiter l'objet de notre étude.

La majorité des questions de l'étude sont des questions fermées qui admettent une ou plusieurs réponses.

On note 17 questions ouvertes qui décrivent les sujets suivant :

- Année d'arrivée en France
- Nombre d'enfants
- Nombre d'enfants en France
- La commune de résidence avec le département
- Le code postal du médecin traitant
- Les ATCD médicaux du patient
- Le traitement habituel hors traitement du VIH
- La date de diagnostic de séropositivité
- Le statut immuno-virologique de l'infection

- La date du premier traitement ARV
- La date du début du traitement ARV actuel
- Le nom du traitement ARV actuel
- Les infections opportunistes
- Le nombre d'oubli de traitement sur une semaine
- La date de la dernière sérologie hépatite B
- La date du dernier vaccin
- La date du vaccin contre l'hépatite B

Les autres questions permettent de décrire :

- les caractéristiques sociodémographiques des patients
- le suivi médical par le médecin généraliste
- la séropositivité au VIH avec le diagnostic
- le mode de contamination
- le stade et statut immuno-virologique actuel
- le traitement
- les complications liées au VIH

Une partie des questions porte :

- sur l'hépatite B
- sa sérologie et sa vaccination
- la dernière sur les vaccins de manière plus globale

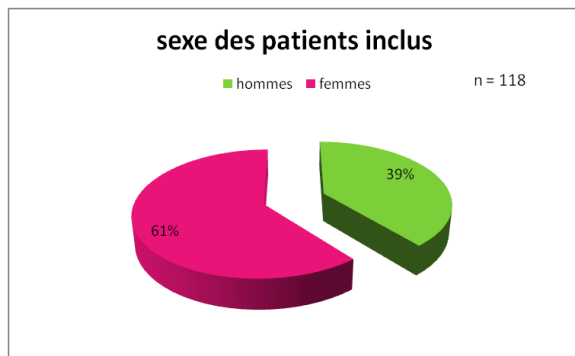
Certaines questions sont facilement accessibles au patient, d'autres en revanche nécessitent la consultation du dossier médical afin de pouvoir y répondre.

Les questions portant sur les raisons de l'absence d'implication du médecin traitant ont été élaborées à partir d'un questionnaire déjà validé en Grande Bretagne sur ce même sujet (26). Les questionnaires ont été exploités dans une base de traitement de manière anonyme.

4. Résultats.

4.1. Données personnelles des patients.

4.1.1. Sexe.



Cette étude a été réalisée auprès de 72 femmes et de 46 hommes. Nous comptons ainsi une majorité de femmes, elles représentent 61 % de l'échantillon.

Notre étude a inclus une majorité de femmes. On compte en effet 61 % de femmes contre 39 % d'hommes. Nous pouvons expliquer ce résultat par les caractéristiques particulières de la file active du SMIT. En effet, dans le service en 2012, on comptait 58 % de femmes et 42 % d'hommes.

En France, d'après les résultats de l'InVS de 2011 (15), on comptait 68 % d'hommes et 32 % de femmes parmi les découvertes de séropositivité. Ainsi à l'échelle du territoire français et toutes origines confondues nous constatons qu'il y a plus de patients séropositifs que de patientes.

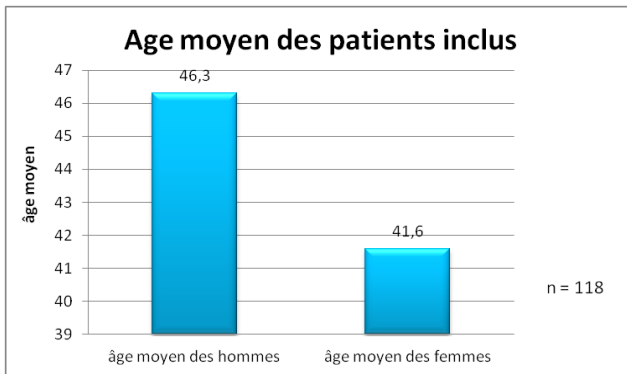
Si nous regardons maintenant les mêmes statistiques en affinant les résultats en fonction du pays d'origine et du département, nous observons les mêmes taux que ceux annoncés dans notre étude.

Les résultats des données cumulées par l'InVS de 2003 à décembre 2012 dans le département de Seine Saint Denis (dans le 93) montrent que les femmes représentent 56.50 % des patients séropositifs pour le VIH originaires d'Afrique Subsaharienne. Les hommes, eux, représentent 43.49 % de ce groupe.

Cette tendance est confirmée par les premiers résultats de l'enquête VESPA 2 (52) qui montre que, « parmi les immigrés originaires d'Afrique Subsaharienne nouvellement diagnostiqués ; les femmes (66.7%) sont nettement majoritaires ».

Ainsi, avec 72 % des patients inclus qui sont originaires d'Afrique Sub-Saharienne nous comprenons aisément pourquoi nos résultats sont de 61 % de femmes contre 39 % d'hommes, ils sont en fait le reflet de la population étudiée.

4.1.2. Age.



L'âge moyen est de 46.3 ans pour les hommes et de 41.6 ans pour les femmes avec un minimum de 18 ans et un maximum de 73 ans.

La moyenne d'âge de la population de l'étude est de 46.3 ans pour les hommes et de 41.6 ans pour les femmes.

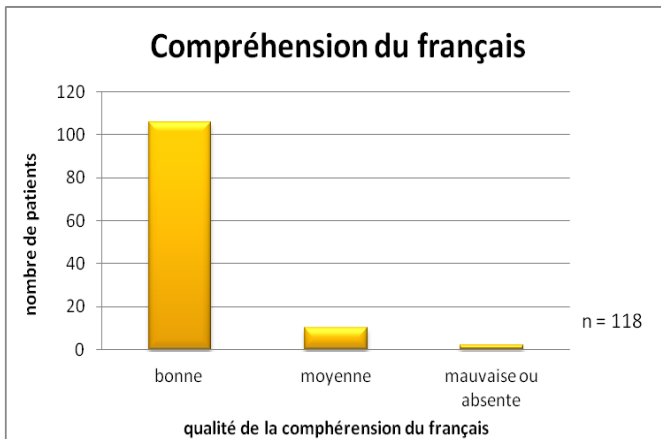
En France l'âge moyen au moment du diagnostic est de 37.6 ans pour les femmes et de 39.6 ans pour les hommes.

Nous ne pouvons comparer ces deux résultats car ils traitent de données différentes, en effet l'âge moyen de notre étude a été calculé sur la base de l'âge de chacun des patients au moment de l'entretien et non de son âge au moment du diagnostic. Ainsi nous ne pouvons le comparer en l'état avec les statistiques de l'InVS (15).

En calculant à présent l'âge moyen des patients inclus au moment du diagnostic on trouve une moyenne de 33,05 ans pour les femmes et de 36.47 ans pour les hommes, ce qui est inférieur aux données nationales (qui sont établies sans distinction de l'origine du pays de naissance des patients). En revanche ces résultats sont comparables aux résultats de l'enquête VESPA 2, qui montre que les femmes originaires d'Afrique Subsaharienne, sont plus jeunes au moment du diagnostic avec « 33 ans d'âge médian pour les femmes contre 38 ans pour les hommes ».

Ainsi, nous pouvons expliquer le résultat de notre étude par la forte proportion de patients originaires d'Afrique (80 % au total en regroupant le Maghreb et l'Afrique Sub Saharienne), sachant que ces pays présentent une population plus jeune qu'en France, il est ainsi normal que les âges moyens au moment du diagnostic du VIH soient inférieurs aux données françaises.

4.1.3. Compréhension du français.

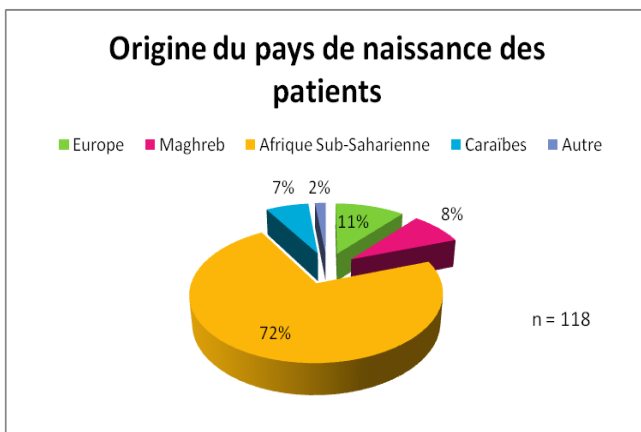


Comme nous l'avons indiqué précédemment nous n'avons inclus dans l'étude que les patients comprenant les questions de l'enquête ou accompagnés d'un traducteur. Parmi les 118 patients interrogés, 106 comprenaient bien le français, 10 moyennement et 2 ont nécessité la présence d'un traducteur.

La majorité des patients inclus, 89,83 % avaient une bonne compréhension de la langue française, ce fut d'ailleurs un critère d'inclusion dans l'étude car seule une bonne compréhension lors de l'entretien permet de garantir la véracité des réponses fournies et par la suite, donner du crédit à leur interprétation.

Deux autres patients ne comprenant pas bien la langue française ont été vus avec un accompagnant parlant le français et ont donc été inclus. Par contre, un patient fut exclu sur la base de ce critère car venu sans accompagnant francophone.

4.1.4. Origine du pays de naissance des patients.



On observe une majorité de patients originaires d'Afrique Sub-saharienne avec 85 patients dans ce groupe. 13 patients sont originaires d'Europe, 10 d'Afrique du Nord, 8 des Caraïbes et 2 du Cap Vert.

La majorité des patients inclus dans l'étude sont originaire d'Afrique Sub Saharienne, ils représentent 72 % des patients inclus, ceci est principalement dû à la localisation du service.

Nous avons en effet choisi de réaliser notre étude dans le SMIT de l'hôpital Delafontaine, situé en Seine Saint-Denis.

Dans ce département, d'après les données du recensement de 2007, les immigrés représentent 26.75 % des habitants.

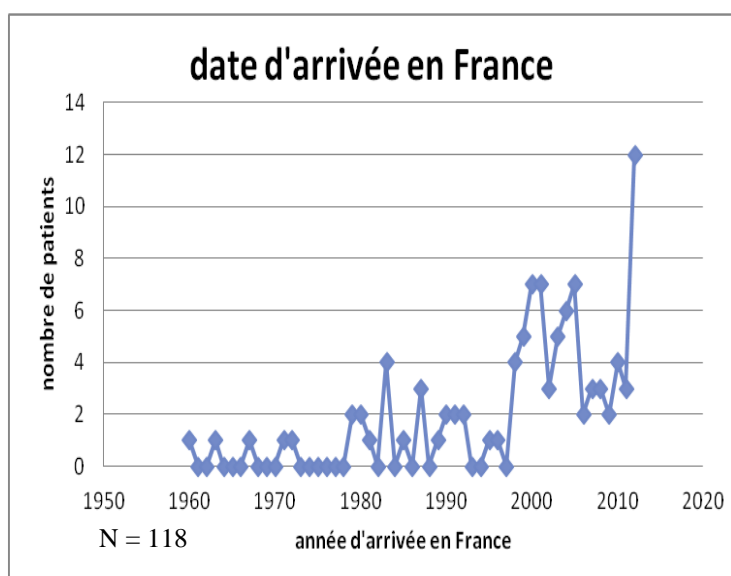
Cette proportion étant la plus élevée de tous les départements français.

Ce chiffre passe à 36.81 % pour la seule ville de Saint Denis, en comparaison, cette proportion est de 8.33 % pour le reste de la France métropolitaine.

On peut ainsi comprendre que du fait de la localisation et d'une plus forte prévalence du VIH chez les personnes originaires d'Afrique Sub-saharienne nous comptons une plus grande proportion de ce groupe de patients parmi les personnes suivies pour le VIH dans le service.

Si l'on intègre les patients originaires du Maghreb, on obtient un chiffre de 80 % de patients originaires du continent africain. Ce chiffre s'explique par l'immigration préférentielle de ce continent vers l'Europe et particulièrement vers la France.

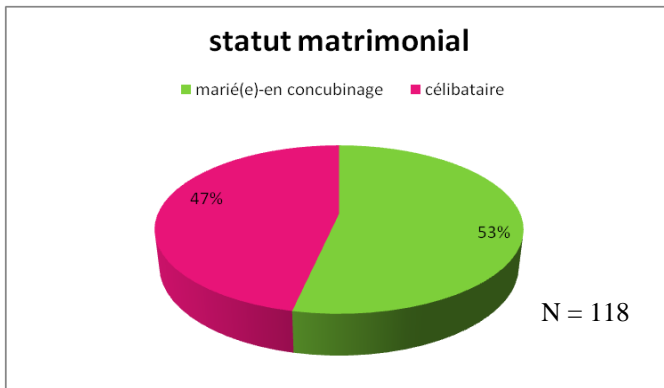
4.1.5. Année d'arrivée en France.



Elles s'étendent de 1960 à 2012 pour les patients inclus dans notre étude. On distingue sur ce graphique 3 périodes ; la première de 1960 à 1980 qui concerne peu de patients, la deuxième de 1980 à 2000 durant laquelle un nombre plus important des patients suivis sont arrivés en France. La dernière période de 2000 à 2012 inclue la date d'arrivée en France de la majorité des patients immigrés de notre étude. Ainsi 61 % des patients inclus dans notre étude sont arrivés en France après l'année 2000.

On constate que 61 % des patients originaires de l'étranger inclus dans notre étude sont arrivés en France après l'année 2000.

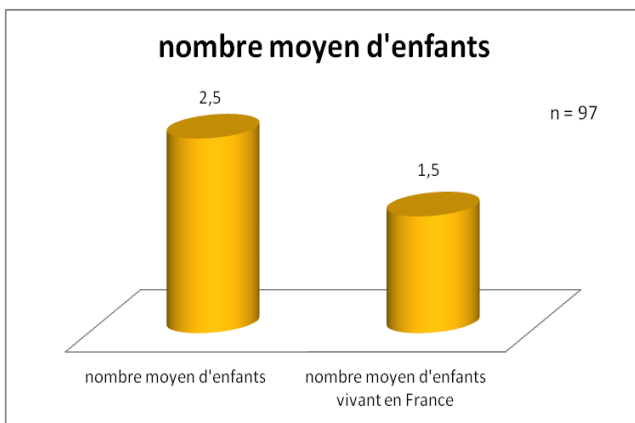
4.1.6. Statut matrimonial.



La proportion de patients mariés ou en concubinage était quasiment égale à celle des patients célibataires avec 63 personnes dans le premier groupe et 55 dans le deuxième.

Il existe une stabilité depuis 2003 entre la part de patients en couple et la part de célibataires avec une répartition égale entre ces deux groupes (53) on retrouve d'ailleurs les mêmes résultats dans notre étude.

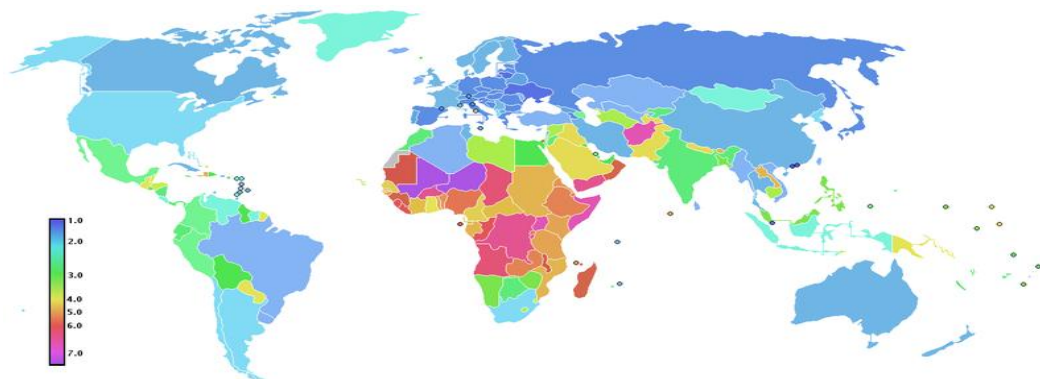
4.1.7. Nombre d'enfants.



Dans cette étude, 82,2 % des patients ont des enfants. Le nombre moyen d'enfants est de 2.54 par patient, le nombre moyen d'enfants habitants en France est lui égal à 1.5 par patients, avec des chiffres variant entre 0 à 15 enfants. Ce constat s'explique par la forte proportion de patients immigrés d'autres pays comme nous l'avons vu précédemment.

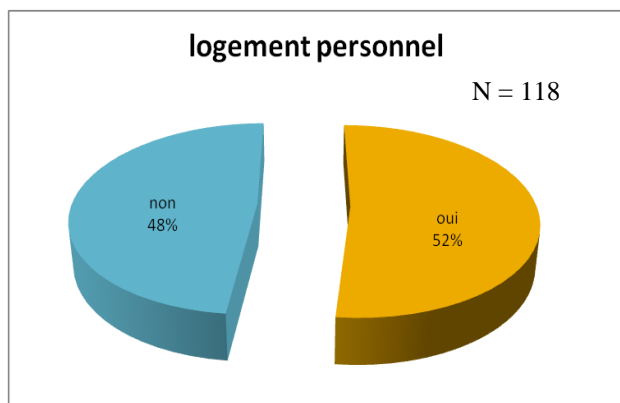
Le nombre moyen d'enfants par patient est de 2.54, ce qui est supérieur à l'indice de fécondité en France en 2011, qui, selon les estimations de l'INSEE, serait égal à 2,01 enfants / femme (54).

Nous pouvons expliquer ce résultat par l'origine géographique des patients qui, pour 80 % d'entre eux proviennent de régions où les taux de natalité sont supérieurs à la moyenne française. En effet, en Afrique, le taux de fécondité est de 4.64 enfants / femmes en 2010 (55).

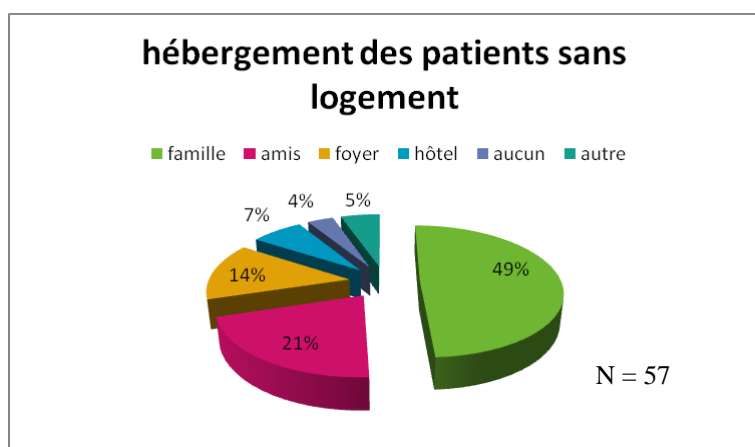


Cependant, le nombre moyen d'enfants vivant en France est lui de 1.5 par patient. Ce chiffre inférieur au précédent peut s'expliquer par le fait qu'un certain nombre de parents soient dans l'attente d'un regroupement familial ou que ces enfants soient le fruit d'une précédente union et restent auprès de leur deuxième parent dans le pays d'origine. Nous remarquons que les enfants résidants en France seront plus facilement accessibles au dépistage et à la vaccination contre l'hépatite B.

4.1.8. Logement.



Soixante et un patients, soit 52 % ont déclaré avoir un logement et 57 ont répondu non à la question « avez-vous un logement ? ». Parmi ces derniers, comme nous le verrons par la suite, la très grande majorité est hébergée. Ce résultat est un témoin de l'importante précarité observée dans cette cohorte de patients.



Parmi les patients n'ayant pas de logement personnel, nous comptons 28 personnes hébergées chez un membre de leur famille, 12 chez des amis, 8 vivants en foyer, 4 dans un hôtel, 2 patients sans domicile et 3 autres vivants dans des résidences sociales.

Dans notre étude, 48 % des patients inclus ont répondu ne pas avoir de logement personnel. Parmi eux, 49 % étaient hébergés par de la famille et 21 % par des amis.

Ces résultats reflètent bien la grande précarité dans laquelle les patients de notre étude se trouvent.

Ces résultats sont comparables à ceux de la DRESS dans son enquête de 2006, « *parcours et profils des migrants récemment arrivés ou régularisés en France* ».

Elle montrait en effet, que 44 % des nouveaux migrants étaient hébergés.

Cependant, la répartition des patients hébergés entre la famille, les amis, les structures associatives, les hôtels ou squats est légèrement différente dans notre étude et nous constatons,

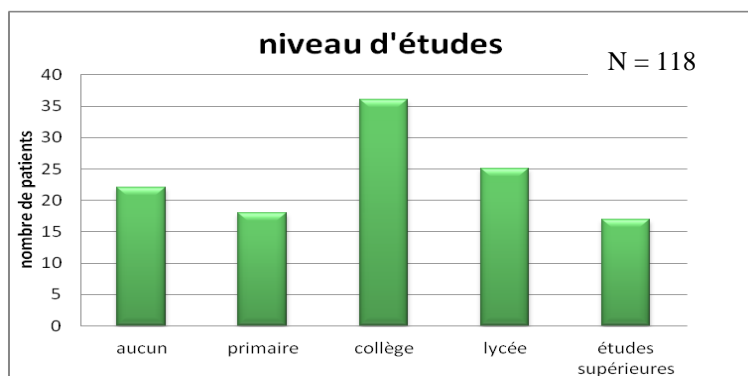
par rapport aux résultats de 2006, une diversification des modes d'hébergement avec un recul des prises en charges intrafamiliales au profit des amis ou des foyers d'hébergement (56).

Deux facteurs peuvent expliquer ce faible taux de logement personnel : le premier est qu'une partie des patients ne possède pas de documents administratifs en règle et de ce fait, peut difficilement accéder à un logement à titre personnel durant la première année de leur installation. Cependant, pour ces patients, la possibilité d'obtention d'un titre de séjour en raison de leur séropositivité VIH limite dans le temps cette situation administrative précaire.

Mais surtout, l'absence d'activité professionnelle pour 50 % des patients est le principal facteur pouvant nous aider à comprendre cette donnée. La moitié de nos patients étaient sans emploi, en rapport ou non avec leur séropositivité (13 adultes en AAH). Dans ce contexte nous pouvons comprendre qu'ils ne puissent assumer seul la charge d'un logement.

L'insertion sociale et professionnelle des patients de notre étude, qui sont en majorité d'origine étrangère est certainement facilitée lorsque ces derniers sont pris en charge à leur arrivée, par leur entourage. D'ailleurs, dans son enquête, la DRESS parvenait à cette conclusion : *«les nouveaux migrants accueillis par des proches ou arrivés en France pour motif familial accèdent plus facilement au logement indépendant et connaissent généralement une meilleure stabilité résidentielle»*.

4.1.9. Niveau de scolarité.



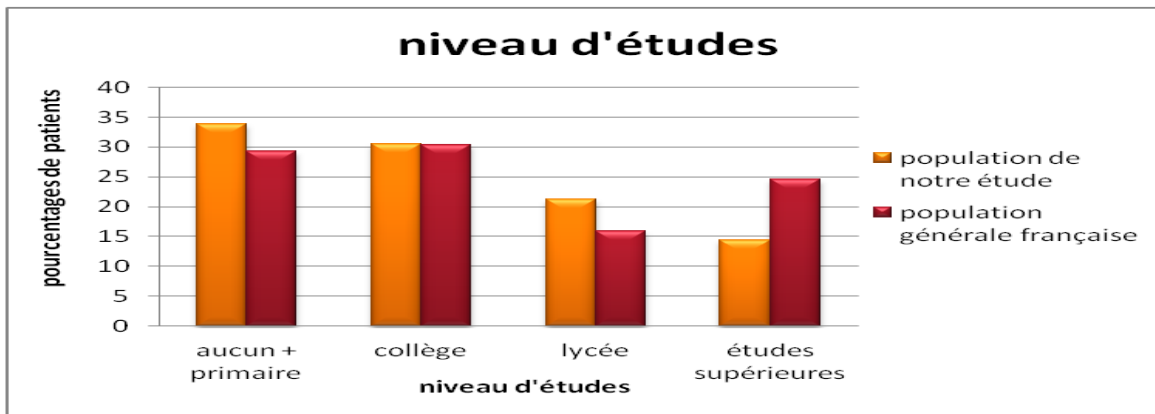
La majorité des patients sont alphabétisés. Nous avons compté 22 patients n'ayant aucun niveau d'étude (soit 18.64 %), 18 ont été jusqu'en primaire (soit 15.25 %), la majorité, 36 ont fait le collège (soit 30.51 %), 25 le lycée (soit 21.19 %) et 17 des études post bac (soit 14.41 %).

La majorité des patients sont alphabétisés et sont principalement répartis entre le primaire, le collège et le lycée.

On compte 22 patients n'ayant aucun niveau d'étude. Cependant seuls 14,4 % ont fait des études supérieures au-delà du niveau bac.

L'organisation de l'enseignement n'étant identique entre la France et les pays d'origine de ces patients, nous avons pour certain transposé le nombre d'années d'études au niveau correspondant en France afin de comparer nos résultats aux statistiques françaises, que nous avons obtenues d'après une enquête de l'INSEE, réalisée en 2011 (57).

Nous constatons tout d'abord qu'il n'existe pas de franche différence entre le niveau d'éducation de la population générale française et celle de notre étude.



Par contre, nous remarquons que la population générale française fait plus d'études post bac que la population de notre étude qui arrête plutôt sa formation au niveau lycée.

4.1.10. Insertion sociale.



Nous comptons autant de patients ayant un travail que ceux sans activité dans notre enquête, avec 59 patients dans chacun des groupes.

La proportion de travailleurs par rapport aux patients sans emploi dans notre étude est comparable aux données de l'INSEE de 2011 concernant les migrants de manière générale.

Nous soulignons que nous abordons le sujet de l'emploi de manière globale et que dans le groupe « sans activité professionnelle » nous avons en réalité représenté les patients qui, au moment de l'étude n'exerçaient pas dans l'exercice actif de leur activité professionnelle. Ainsi nous avons intégré les retraités, les femmes en congé maternité, les étudiants, les patients ne travaillant pas en raison de leur situation administrative.

Cette donnée se différencie du taux de chômage qui concerne lui, la part des « sans emploi » parmi les travailleurs potentiels en recherche d'activité.

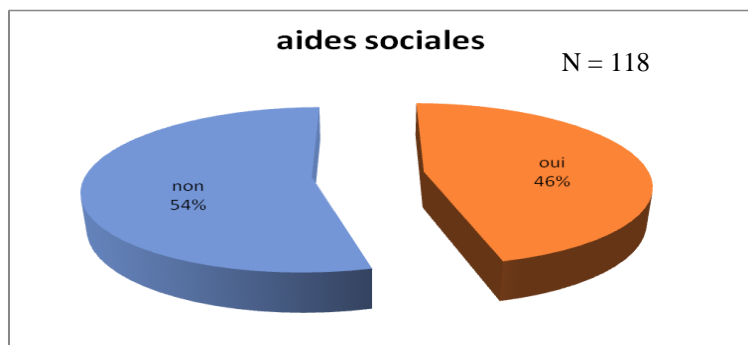
Nous avons recensé autant de patients dans chacun des groupes selon cette définition.

En 2011, d'après l'INSEE, le taux d'emploi de la population générale, femmes et hommes confondus est de 51.55 %.

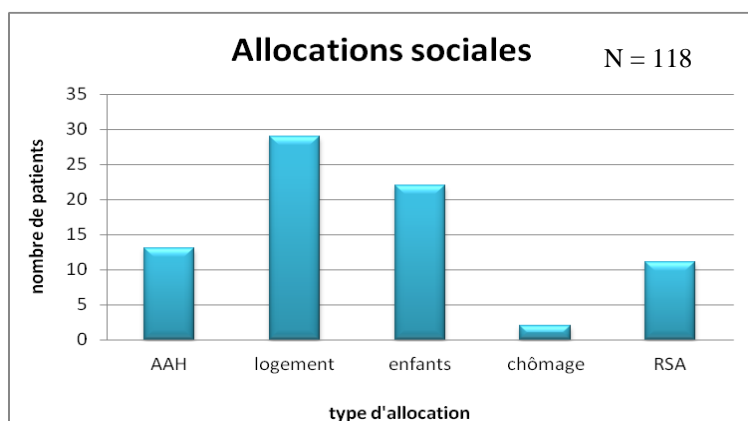
Celui de la population immigrée hors union européenne est de 47.35 %.

Compte tenu de la taille de notre échantillon et de la part de patients d'origine étrangère dans notre étude, il est normal de trouver un taux d'emploi de 50 % dans notre étude (nous rappelons encore qu'il ne s'agit pas des chiffres du chômage) (58). Ce résultat est par ailleurs comparable à celui de l'enquête VESPA 2 qui montre que parmi les patients immigrés originaires d'Afrique Subsaharienne « environ la moitié des individus avaient un emploi lors du diagnostic. » (52)

On constate une stabilité du taux d'activité entre 2003 et 2011, mais il existe une montée du chômage dans tous les groupes de patients séropositifs qui est par ailleurs beaucoup plus marquée chez les femmes qui sont plus nombreuses à se retrouver en situation précaire et en proie à de plus grandes difficultés financières (53).



Nous avons recensé 54 patients bénéficiant d'aides sociales, (soit 46 %) contre 64 ne bénéficiant d'aucune aide sociale, (soit 54 %).



Les allocations sociales les plus perçues par les patients de notre étude sont ; l'allocation logement perçue par 29 patients (soit 24.58 % des patients de l'étude), puis l'allocation familiale pour 22 patients (soit 18.64 %), puis l'allocation adulte handicapé pour 13 patients (soit 11.02 %) et enfin le RSA pour 11 patients (soit 9.32 %) et l'allocation chômage pour 2 patients (soit 1.7 % des patients).

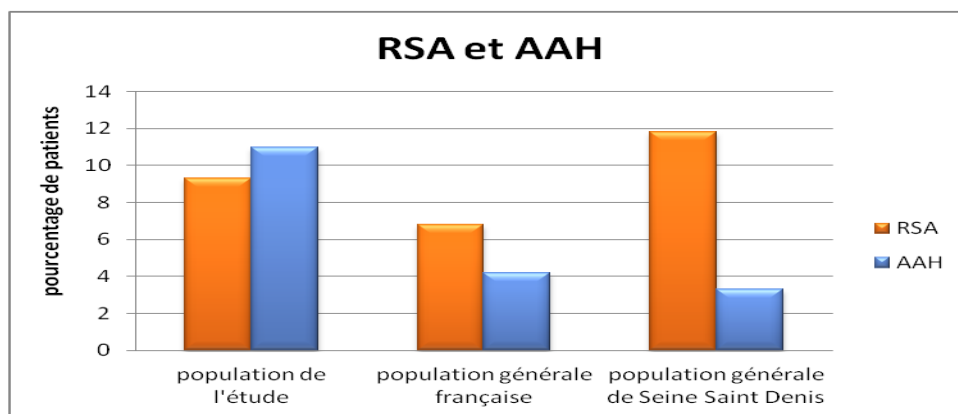
Cette précarité est reflétée par la proportion de patients percevant les minimas sociaux.

En effet, 46 % des patients bénéficient d'aides sociales, dont les principales sont l'aide au logement et les allocations familiales.

Viennent ensuite, en 3ème et 4ème position l'AAH et le RSA.

On dénombre ainsi 11 % de patients bénéficiant de l'AAH au titre de leur séropositivité VIH, un chiffre qui est très supérieur au reste de la moyenne française (59), mais qui s'explique ici, sachant que nous avons interrogé exclusivement des patients séropositifs, donc plus en mesure d'être concernés par cette aide. Ce chiffre est par ailleurs en baisse par rapport aux années précédentes (53).

Nous allons nous intéresser aux minimas sociaux que sont l'allocation adulte handicapé et au RSA et comparer nos résultats à ceux de l'INSEE en 2011 (59),(60) .

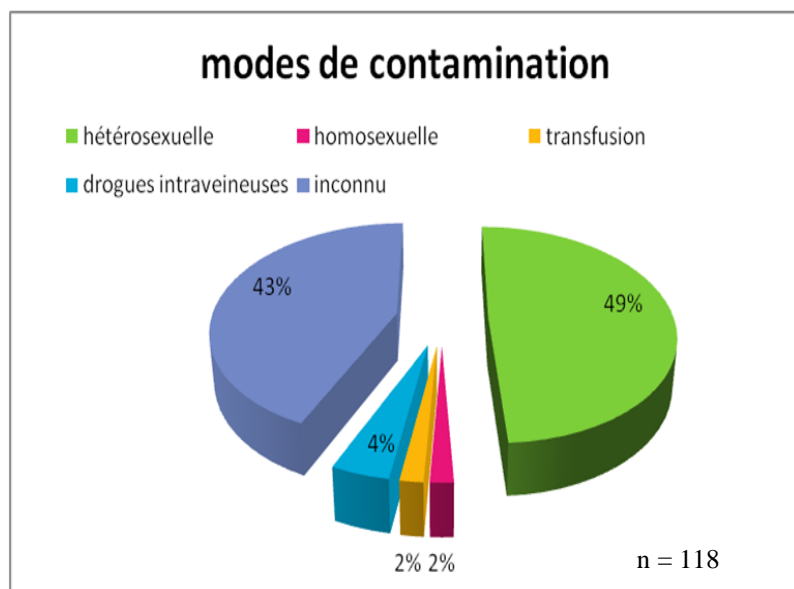


On constate que les patients de notre étude bénéficient de globalement plus d'allocations sociales (concernant le RSA et l'AAH) que le reste des patients vivant en France, ce qui témoigne de la précarité dans laquelle ils se trouvent. Par contre ils bénéficient de moins de RSA que la population générale vivant en Seine Saint Denis bien que cette allocation soit en augmentation parmi les patients séropositifs depuis 2003 (53). Il est probable que cette différence s'explique du fait qu'un certain nombre de patients soient en cours de régularisation de leur situation administrative.

4.2. Données médicales des patients.

4.2.1. VIH.

4.2.1.1. Mode de contamination.

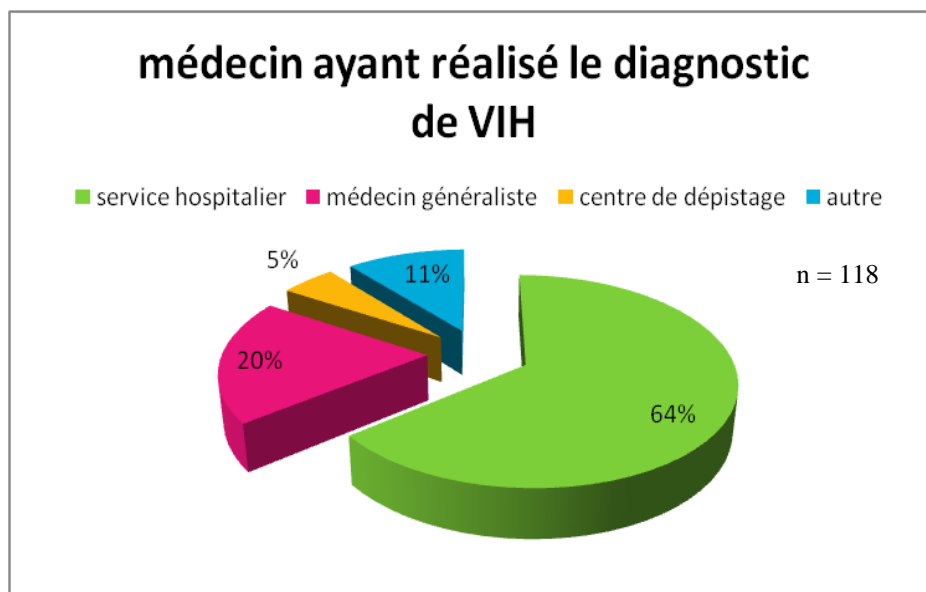


58 patients ont déclaré s'être contaminés lors d'une relation hétérosexuelle soit 49.15 %, 2 lors d'une relation homosexuelle soit 1.7 %, 2 par transfusion soit 1.7 %, 5 étaient des utilisateurs de drogues intraveineuses soit 4.24 % de l'effectif total. Nous constatons que 51 patients ont affirmé ignorer leur mode de contamination soit 43.22 % des patients, chez 4 d'entre eux on retrouve un ATCD de transfusion à risque (réalisée le plus souvent dans le pays d'origine).

En réalité la proportion des modes de contamination inconnus est largement surestimée, en effet, la question du mode de contamination était posée directement aux patients et la réponse retenue était la première réponse spontanée de ces derniers, sans vérification sur le dossier médical. Ainsi du fait des difficultés rencontrées par certains patients à aborder le sujet de leur sexualité, la réserve à en parler avec une personne inconnue lors de l'entretien et probablement la volonté de ne pas être stigmatisé via cette question, a conduit un nombre conséquent de patients à fournir cette réponse et préférer dire «qu'ils ne savaient pas» plutôt que de communiquer leur mode de contamination le plus probable.

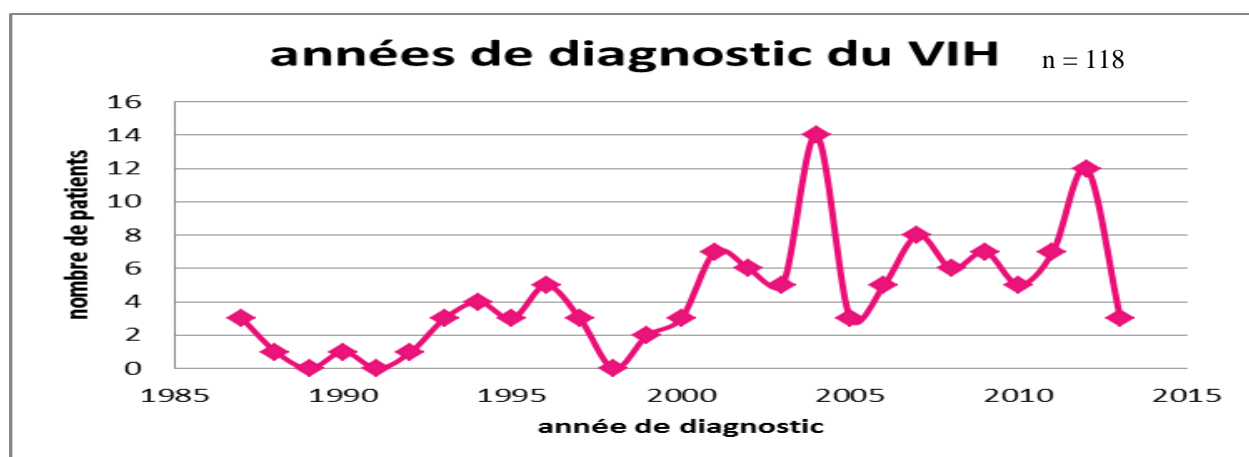
Nous pouvons, d'après le profil majoritaire des patients de l'étude, affirmer que le mode de contamination principal des patients inclus est ici la contamination par voie hétérosexuelle.

4.2.1.2. Diagnostic du VIH.



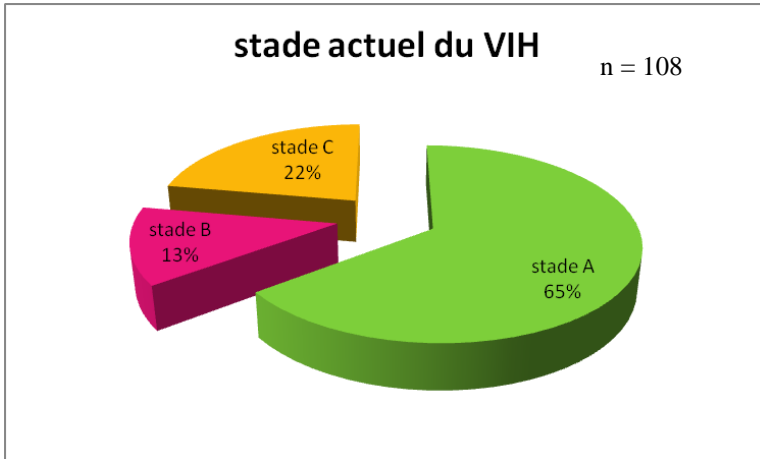
La majorité des diagnostics ont été réalisés dans le service de maladies infectieuses ou dans un autre service de l'hôpital, on compte 76 patients dans ce cas (soit 64.4 % de l'effectif total), 23 patients ont été diagnostiqués séropositifs par leur médecin généraliste (soit 19.49 %), 6 patients ont appris leur diagnostic dans un centre de dépistage (soit 5.08 %). Parmi les 13 patients restants, 3 ont appris leur séropositivité VIH en PMI ou par leur gynécologue, 3 par une clinique, 1 par un médecin en prison, 3 par des médecins exerçant en centre de santé, 2 par médecins du monde, 1 par le médecin de prison et nous ne connaissons pas la personne ayant annoncé le diagnostic chez 1 patient.

Nous remarquons ainsi que 1 patient sur 5 a appris sa séropositivité VIH par son médecin traitant et soulignons l'efficacité du dépistage proposé en cabinet de ville.



Pour les patients inclus dans notre étude, l'année de découverte la plus ancienne est 1987, elle concerne 3 patients. L'année de découverte la plus récente est 2013, elle concerne également 3 patients. On constate une légère augmentation du nombre de découverte au fil des années avec 2 pics en 2004 et 2012 où respectivement 14 et 12 diagnostics de séropositivité VIH ont été posés.

4.2.1.3. Statut actuel du VIH.

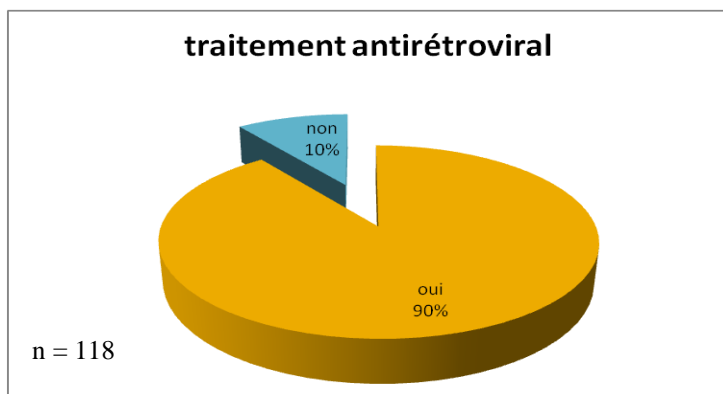


Selon cette classification nous comptons 70 patients au stade A, 14 au stade B, et 24 patients au stade C.

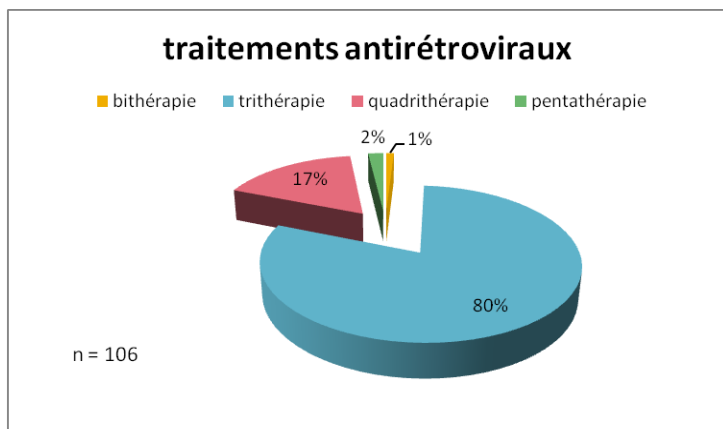
Nombre de CD4	A : Asymptomatique ou primo infection ou polyadénopathies	B : Symptomatique, sans critères A ou C	C : SIDA
➤ 500 / mm ³ : ➤ > 29 %	A1	B1	C1
200 à 499 / mm ³ 14-28 %	A2	B2	C2
< 200/ mm ³ < 14 %	A3	B3	C3

Cf : annexe n°1 classification CDC

4.2.1.4. Traitement anti rétroviral.

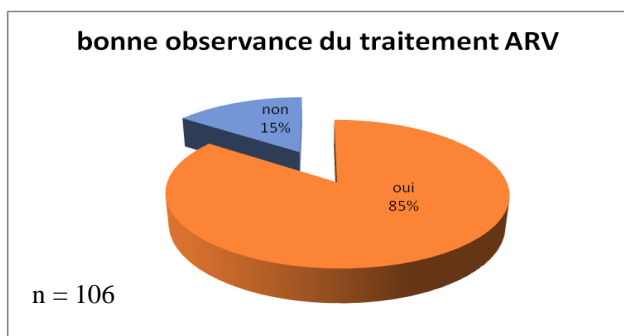


La majorité des patients de l'étude étaient sous traitement anti rétroviral, 106 patients sont concernés seuls 12 patients n'avaient pas de traitement. Les patients n'ayant pas de traitement avaient pour la majorité un bon bilan immuno-virologique et à cette période pas d'indication à une mise sous traitement antirétroviral.

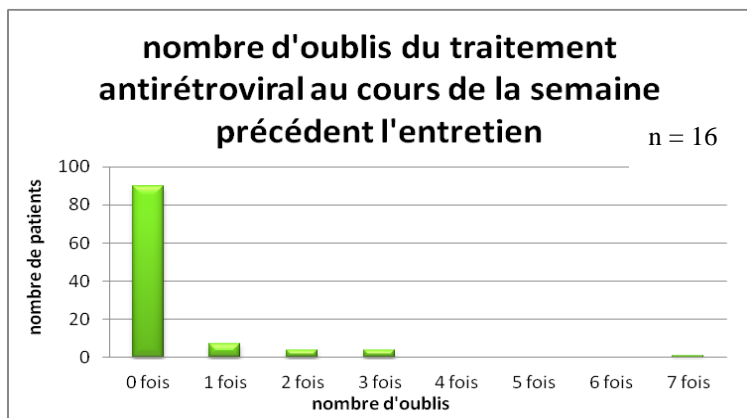


La très grande majorité des patients était sous trithérapie avec 85 patients soit 80 %, 18 patients avait 4 antirétroviraux soit 17 % des patients. Nous avons dans notre échantillon 1 patiente sous bithérapie, soit 1 % et 2 patients sous pentathérapie soit 2 % de l'ensemble des patients étudiés. La combinaison la plus fréquente est « truvada-prezista-norvir » avec 26,41 % de patients sous ce traitement.

4.2.1.5. Observance du traitement.

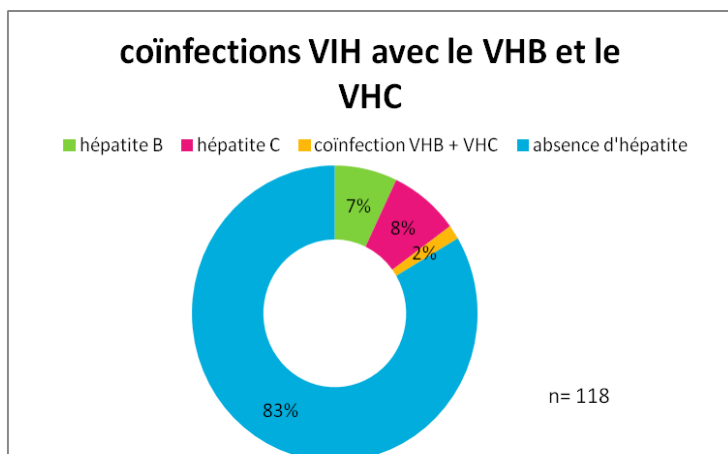


La majorité des patients de l'étude rapportaient une très bonne observance ainsi 90 patients ont déclaré n'avoir jamais oublié leur traitement au cours de la semaine précédant l'entretien, 16 patients n'avaient pas une observance parfaite de leur traitement antirétroviral.



On compte 1 oubli pour 7 patients, 2 oublis pour 4 patients, 3 oublis pour 3 patients. Un dernier patient était en rupture de traitement depuis 4 mois.

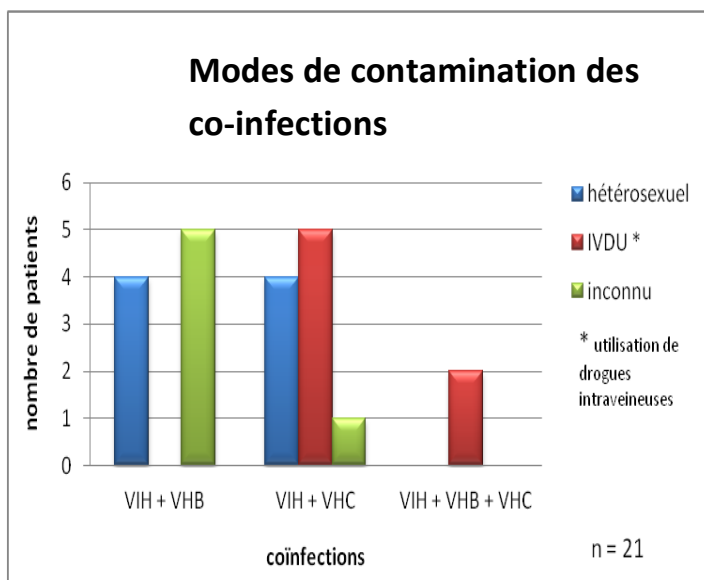
4.2.1.6. Co-infections VIH + virus des hépatites.



On compte dans notre enquête, 10 patients co-infectés VHC + VIH, 9 patients présentant une hépatite B associée au virus du VIH et 2 patients infectés par les 3 virus, VIH + VHB + VHC.

Ce graphique ne représente que les hépatites B actives, les contacts anciens avec le VHB ayant guéri spontanément ne sont pas représentés.

Mode de contamination	hétérosexuel	homosexuel	Utilisation de drogues intraveineuses	Inconnu	Total
VIH + VHB	4	0	0	5	9
VIH + VHC	4	0	5	1	10
VIH + VHB + VHC	0	0	2	0	2
Total	8	0	7	6	21



Pour la co-infection VIH + VHB, 4 patients ont été infectés par voie hétérosexuelle et 5 ont déclaré ne pas connaître leur mode de contamination. Pour la co-infection VIH + VHC, 4 patients ont été contaminés par voie hétérosexuelle, 5 par utilisation de drogues intra veineuses et 1 a déclaré ne pas connaître son mode de contamination. Les 2 patients présentant une co-infection VIH+ VHC + VHB ont déclaré avoir utilisé des drogues intra veineuses.

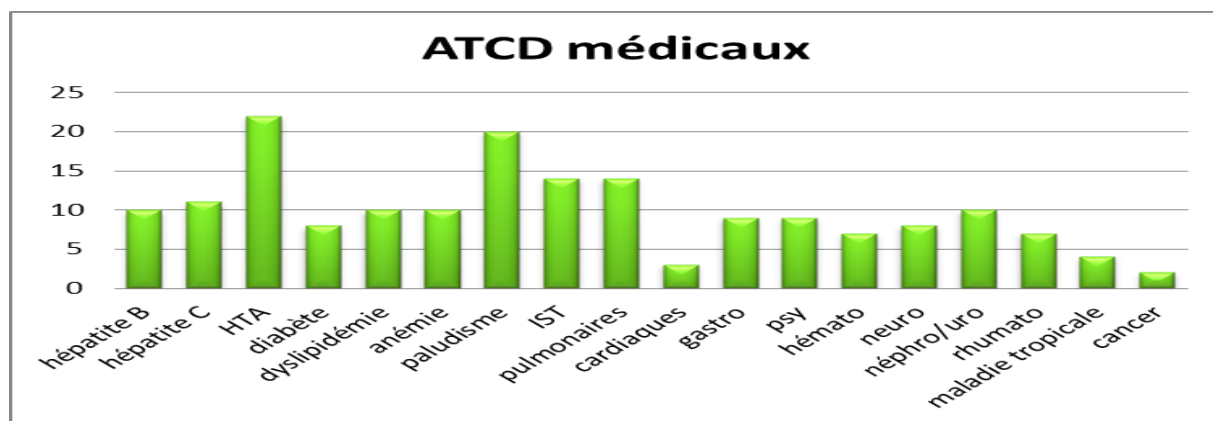
Le pourcentage de patients co-infectés dans notre étude est égal à celui que l'on retrouve à l'échelle nationale concernant le virus VHB, en effet nous comptons 7 % de co-infections hépatite B de manière chronique.

Par contre, concernant la co-infection avec le virus de l'hépatite C, nos résultats sont inférieurs à la moyenne nationale, nous comptons 7 % de co-infections versus 16.4 % d'après les estimations de 2011 de l'enquête VESPA 2, ce qui peut être expliqué par les caractéristiques de la population étudiée qui n'est pas représentative de l'ensemble des personnes vivant avec le virus du VIH en France, (45)(52).

Nous remarquons en effet, toujours d'après les résultats de l'enquête VESPA 2, que le taux de patients co-infectés avec le virus du VHC parmi les migrants nés en Afrique Subsaharienne s'élève à 4.5 %.

Ainsi, la forte proportion de patients nés en Afrique Subsaharienne dans notre étude peut expliquer le résultat de 7 % de co-infections avec le VHC.

4.3. Antécédents médicaux.



Les antécédents médicaux les plus fréquemment retrouvés parmi nos patients sont l'hypertension artérielle (HTA) avec 22 patients concernés soit 18.64 % des patients de l'étude, le paludisme avec 20 patients concernés soit 16.95 % des patients, les infections sexuellement transmissibles (IST) avec 14 patients concernés soit 11.86 % ainsi que les atteintes pulmonaires avec 14 patients concernés soit 11.86 % des patients de l'étude.

8 patients sont atteints de diabète, soit 6.77 %, et 10 patients sont atteints de dyslipidémie, soit 8.47 %. Les coinfections avec le virus du VHB concernent 10 patients et celles avec le virus du VHC concernent 12 patients soit 10.17 %.

Les ATCD médicaux de nos patients sont nombreux, les principaux étant l'HTA, qui concerne 18.64 % des patients.

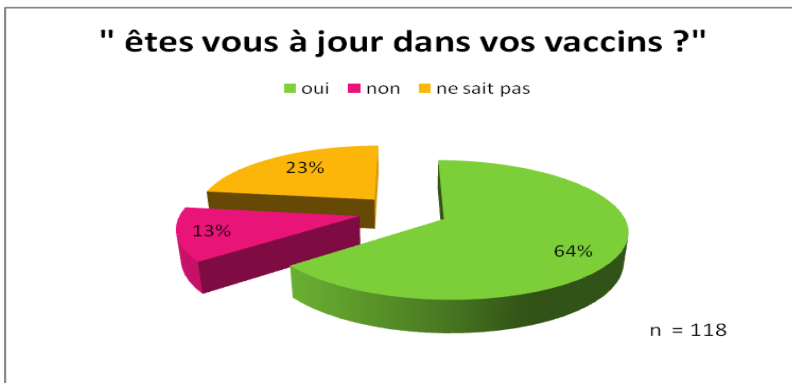
Certaines complications peuvent être observées à long terme chez les patients séropositifs comme des troubles métaboliques, lipidiques ou glucidique, une augmentation du risque cardiovasculaire, des modifications osseuses (ostéoporose), toutes ces complications sont multifactorielles, liées aux traitements antirétroviraux mais aussi à l'infection par le VIH. Il est ainsi recommandé par les experts de prendre en charge ces risques de manière globale (24), (5).

Ainsi les principaux ATCD dont il faille tenir compte avec le VIH sont :

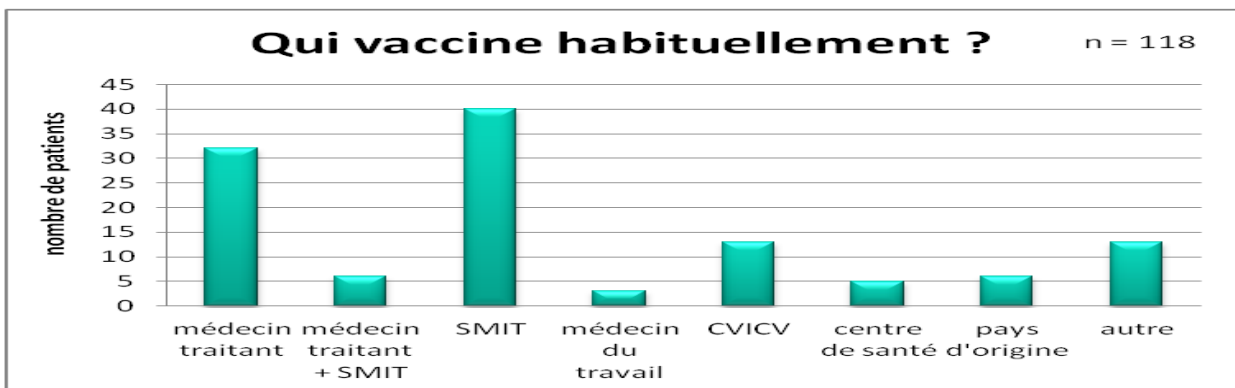
- l'HTA
- le diabète
- la dyslipidémie

Le diabète est présent chez 6.77 % des patients, la dyslipidémie chez 8.47 %, l'HTA chez 18.64 %, pour comparaison les chiffres des données nationales sont de 4.4 % pour le diabète (61) et 31 % pour l'HTA (62) (pas de prévalence fiable de dyslipidémie dans la population française retrouvée).

4.4. Vaccination globale.



Concernant leurs vaccinations globales, 76 patients nous ont déclarés être à jour dans leurs vaccins soit 64 %, 15 ont répondu ne pas l'être, soit 13 % et 27 ont déclaré ne pas connaître leur statut vaccinal, soit 23%.



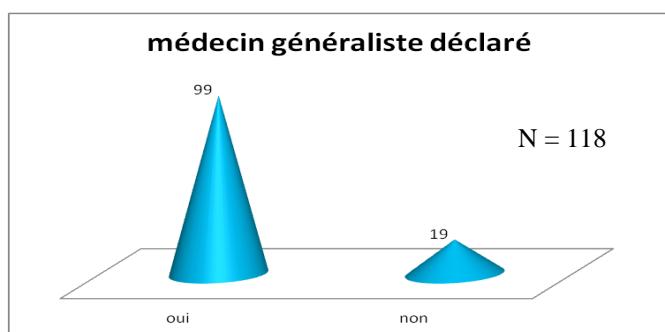
La majorité des patients ont déclaré faire leurs vaccins dans le service de maladies infectieuses, ainsi 40 patients ont recours au service pour leurs vaccins, 32 patients se font vacciner par leur médecin traitant, 6 patients se font conjointement vacciner par leur médecin généraliste et le service de maladies infectieuses. Les vaccins sont réalisés à la consultation CVICV de l'hôpital pour 13 patients, par le médecin du travail pour 3 patients, dans le pays d'origine pour 6 patients, en centre de santé pour 5 patients et par une infirmière pour 1 patient. Enfin 2 patients ont déclaré ne pas se faire vacciner et 10 patients ne savaient pas qui les vaccinait habituellement pour leurs vaccinations courantes.

La majorité des patients, 64 % au total inclus, ont déclaré être à jour dans leurs vaccinations, 12.7 % ne pas l'être, et 23.3 % ignorer leur statut vaccinal

Vingt six pour cent des patients sont vaccinés de manière globale (non spécifiquement pour l'hépatite B) par leur médecin traitant. On compte 34 % patients vaccinés par le SMIT.

4.5. Suivi par le médecin généraliste.

4.5.1. Déclaration de médecin traitant.



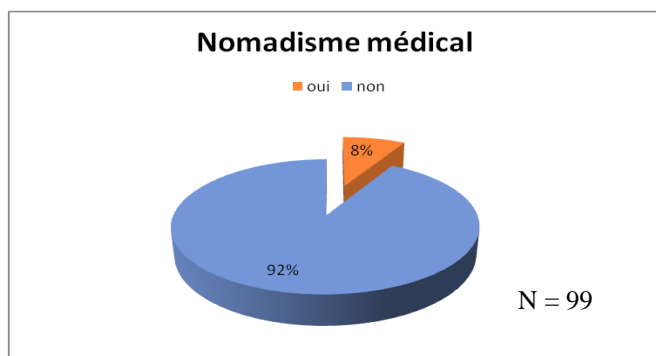
La très grande majorité des patients, 99 patients sur les 118 inclus soit 83.9 %, nous ont affirmé avoir un médecin traitant déclaré. Seuls 19 patients, soit 16.1 % n'avaient pas de médecin traitant déclaré.

Le processus de déclaration du médecin traitant était pour la grande majorité des patients bien assimilé et intégré à leurs conduites en matière de parcours de soin ; 83.9 % des patients inclus ont déclaré un médecin traitant.

Ainsi le taux de déclarations dans l'étude est supérieur à la moyenne nationale qui est de 78.90 % d'après la CPAM (63)

Nous expliquons ces chiffres par le fait que la demande d'ALD des patients doit être remplie par leur médecin traitant déclaré à la CPAM. Dans le SMIT, les médecins refusent d'être les médecins référents, ainsi pour bénéficier de l'ALD les patients sont obligés de déclarer un médecin traitant.

4.5.2. Nomadisme médical.

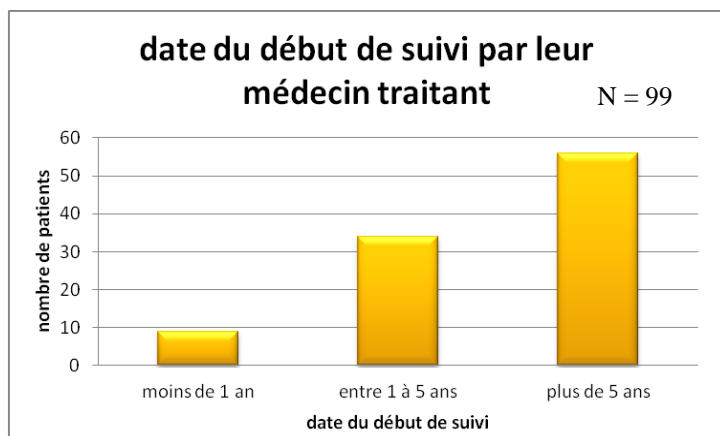


La majorité des patients étaient fidèles à leur médecin généraliste et seuls 8 patients ayant un médecin généraliste ont déclaré voir d'autres praticiens régulièrement en fonction des circonstances, (soit 8 %).

La réforme de 2004 concernant la déclaration du médecin traitant pour assainir le système de soin et limiter le nomadisme médical se révèle être efficace dans notre cohorte de patients. En effet 92% de nos patients ont affirmé consulter uniquement leur médecin traitant déclaré.

Les motifs justifiant le nomadisme médical les plus souvent rencontrés étaient l'éloignement de leur médecin traitant et les situations d'urgence avec, l'impossibilité d'être vus par leur praticien habituel.

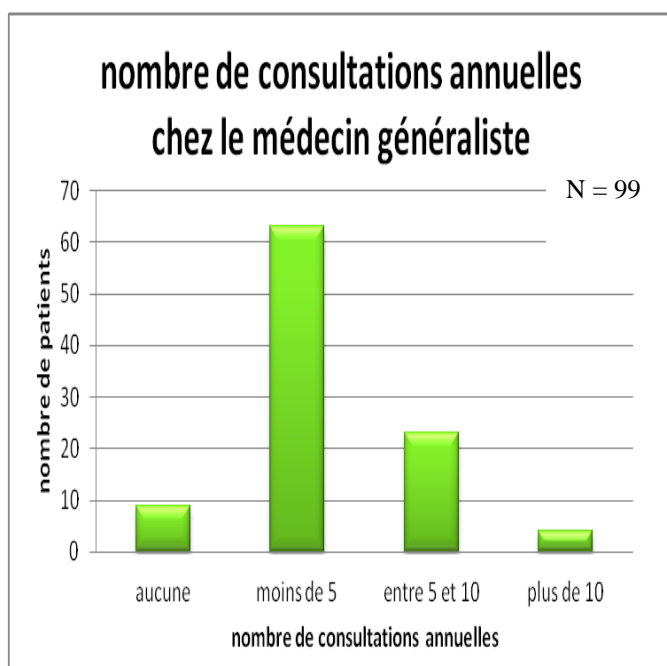
4.5.3. Date du début de suivi.



La majorité des patients de l'étude étaient suivis depuis plusieurs années par leur médecin. Ainsi, 56 patients étaient suivis depuis plus de 5 ans (soit 47.45 %) par le même médecin, 34 nous ont indiqué une date de début de suivi située entre 1 à 5 ans (soit 28.81 %), et 9 étaient suivis depuis moins de 1 an (soit 7.63 %).

Cette fidélisation des patients se retrouve d'ailleurs dans la durée de suivi par leur médecin traitant, ainsi la majorité des patients interrogés étaient suivis depuis plus de 5 ans par le même médecin généraliste ; ce cas de figure concerne 56.6 % des patients. Pour les autres patients, une arrivée en France récente ou un déménagement récent dans le secteur justifiait d'une durée de prise en charge plus courte.

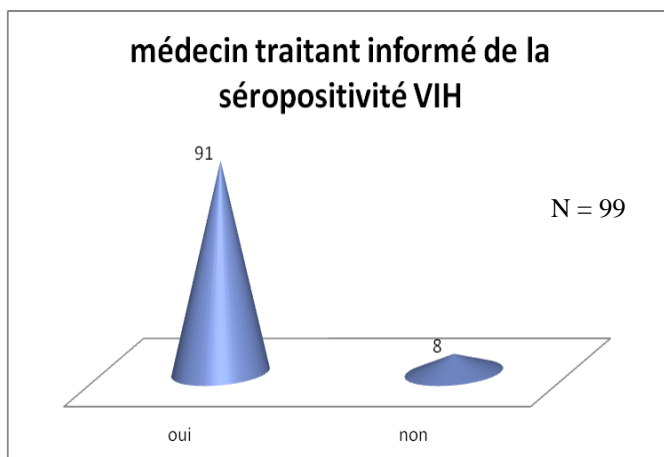
4.5.4. Nombre de consultations annuelles.



La majorité des patients interrogés, 63 au total ont déclaré voir leur médecin traitant moins de 5 fois par an, en précisant qu'ils ne le voyaient que ponctuellement et le plus souvent lors des épidémies saisonnières, ils représentent 53.39 % des patients. 23 patients (soit 19.5 %) l'ont vu entre 5 à 10 fois dans l'année, nous pouvons considérer ce groupe comme ayant un taux de consultations chez leur médecin généraliste supérieur au nombre de consultations pratiquée en moyenne au service de maladie infectieuse de l'hôpital Delafontaine en estimant que ce nombre est égal à 3/ an. 9 patients n'ont jamais consulté leur médecin généraliste l'année passée, et 4 ont déclaré avoir vu leur médecin traitant plus de 10 fois par an. Le nombre moyen de consultations annuelles est de 3.13 pour l'ensemble des patients inclus.

En revanche la qualité de cette relation suivie avec leur médecin généraliste n'était pas associée à un nombre plus important de consultations annuelles chez celui-ci et nous constatons que 63 % des patients voyaient leur médecin traitant entre 1 et 4 fois / an ce qui est comparable à la moyenne en ile de France qui est-elle de 2.5 consultations /an (64). Cela nous permet d'autre part le constat suivant : la majorité des patients inclus dans notre étude ne sont pas plus vus en consultation par leur médecin généraliste que par le service de maladie infectieuse en partant du postulat que les patients sont vus entre 3 à 4 fois / an à l'hôpital dans le cadre du suivi VIH classique. Cette observation nous permettra de mieux comprendre certains aspects liés à la répartition de la prise en charge de nos patients séropositifs entre le médecin généraliste et l'hôpital.

4.5.5. Connaissance de la séropositivité de leurs patients.



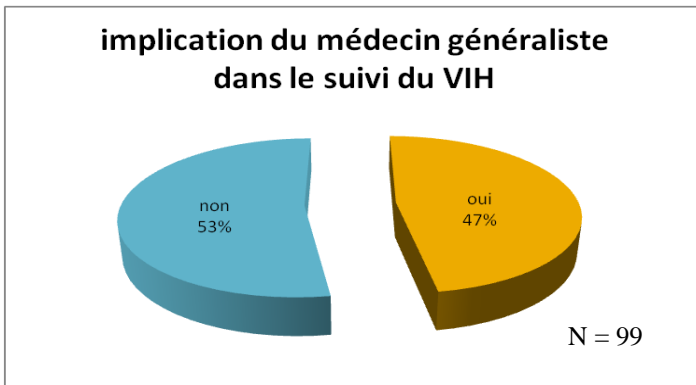
La majorité des patients avaient tenu informé leur médecin traitant de leur séropositivité, ainsi nous comptons 91 patients dans ce groupe, soit 77.12 % des patients de l'étude. Seuls 8 patients n'avaient pas voulu leur en faire part, soit 6.78 % des patients, le plus souvent par crainte d'un manque de confidentialité.

Seuls 8 médecins généralistes sur les 99 déclarés n'ont pas été informés par leurs patients de la séropositivité de ces derniers, selon les réponses fournies par les patients. Ce cas de figure reste marginal et était justifié pour la plupart par la crainte d'un manque de confidentialité et la volonté de rester « normal » aux yeux de leur médecin.

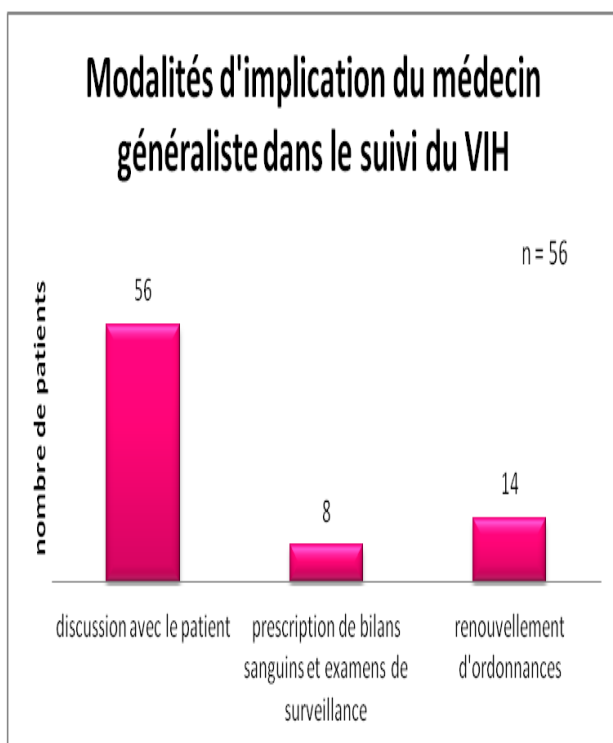
Cette attitude étant davantage constatée lorsque le médecin généraliste avait un lien affectif avec le patient (parent ou ami) ou qu'il était considéré comme le médecin de famille avec en charge plusieurs membres de la famille du patient.

La dédramatisation de la séropositivité VIH aux yeux de la population générale et l'évolution de la relation médecin malade qui s'éloigne de plus en plus de la relation paternaliste avec un médecin généraliste s'occupant de familles entières, pour se rapprocher désormais d'un modèle plus individuel où le patient est au centre d'une relation d'égal à égal avec son médecin, ont conduit peut être à faciliter l'annonce de la séropositivité aux médecins traitants.

4.5.6. Implication du médecin généraliste.

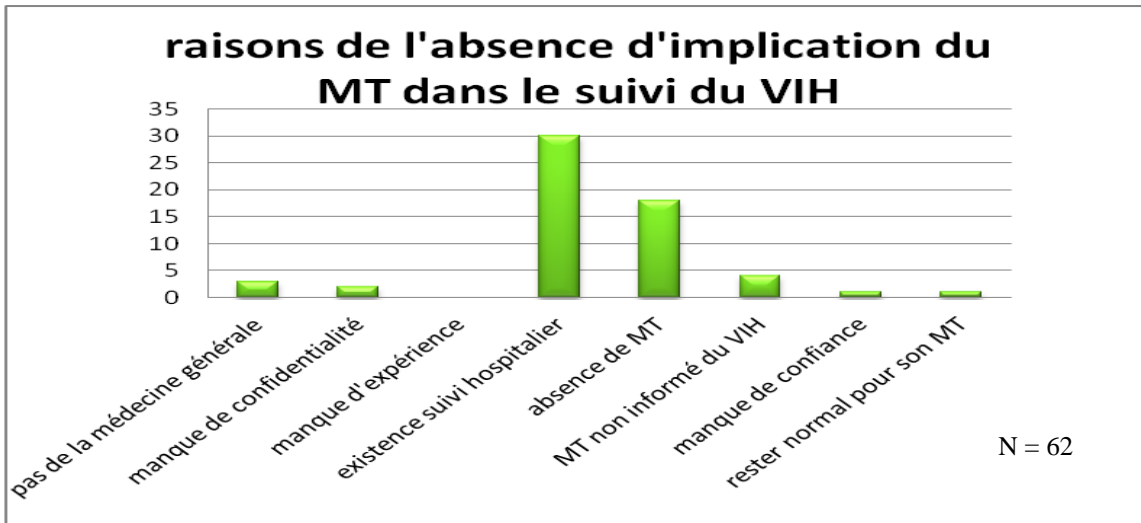


Près de la moitié des patients, 56 au total (soit 47.46 %), ont répondu oui à cette question, mais pour les 62 autres patients (soit 52.54 %) leur médecin généraliste n'est pas impliqué dans le suivi du VIH qui est assuré uniquement par l'hôpital.

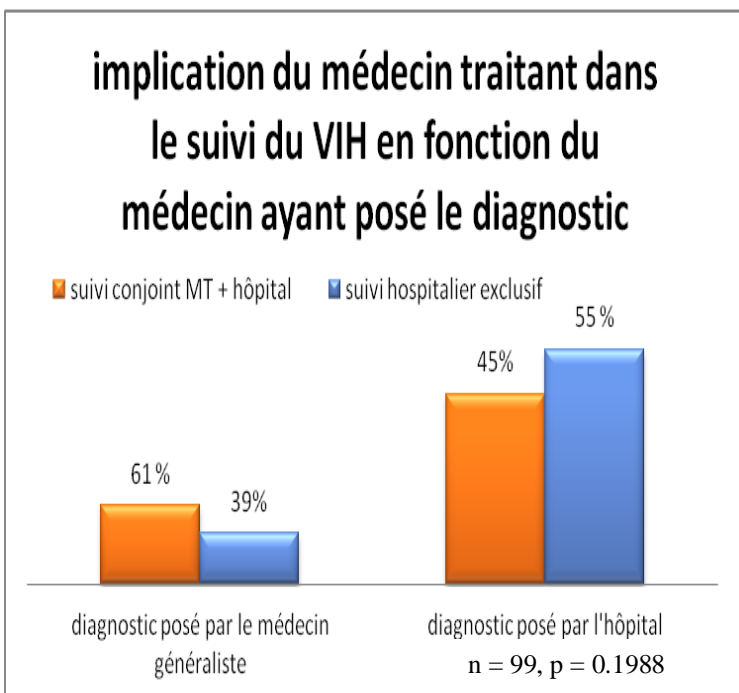


Dans le groupe de patients pour lesquels le médecin traitant était intégré à la prise en charge du VIH, dans la majorité des cas le médecin généraliste s'impliquait en commentant avec le patient les résultats de son dernier bilan immunovirologique et en discutant de l'observance. Nous comptons ainsi 56 patients soit 47.46 % de l'effectif total concerné par ce cas de figure. Pour 8 patients le médecin traitant prescrivait des bilans en rapport avec le VIH (soit 6.78 %), pour 14 patients les médecins généralistes avaient déjà renouvelé les traitements antirétroviraux (soit 11.86 %).

Les patients pouvaient fournir 1 ou plusieurs réponses ce qui explique le nombre plus élevé de réponses (78) que de patients (56).



Dans le groupe où les médecins généralistes n'étaient pas impliqués dans le suivi du VIH de leurs patients la majorité des patients ont répondu qu'ils étaient déjà suivis en service hospitalier et de ce fait, ils estimaient qu'il n'y avait pas d'intérêt à être suivi 2 fois pour la même pathologie, ce cas de figure concerne 30 patients soit 25.42 % de l'effectif total. Les autres raisons invoquées par les patients sont les suivantes : le suivi du VIH ne relevait pas de la médecine générale pour 3 patients, 2 patients avaient peur d'un manque de confidentialité, et 1 patient désirait rester « normal » pour son médecin traitant. On compte 26 patients ayant fourni d'autres réponses que celles proposées, parmi eux 18 n'avaient pas de médecin traitant, 4 n'avaient pas encore informé leur médecin traitant de leur séropositivité, 1 n'avait pas confiance en son médecin traitant pour le suivi du VIH, concernant les 3 derniers patients nous ne connaissons pas les raisons de cette absence d'implication.



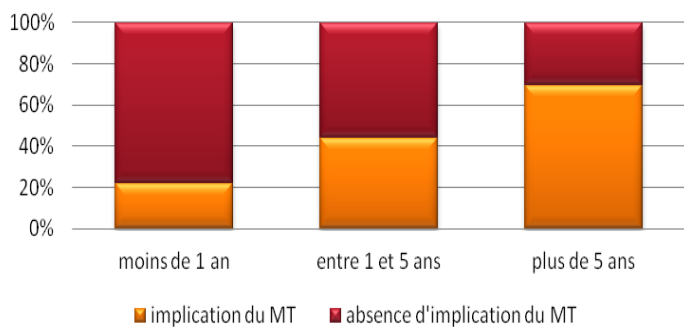
Nous n'avons pas observé de différence significative d'implication selon le médecin ayant posé le diagnostic.

Nous observons que 60,86% d'entre eux étaient intégrés dans le suivi chronique du VIH quand ils avaient découvert la séropositivité de leur patient alors que 44,74 % d'entre eux l'étaient quand le diagnostic avait été posé à l'hôpital.

p non significatif (= 0.1988)

implication du médecin traitant dans le suivi VIH en fonction de la date de début de suivi

n= 99, p=0.0165

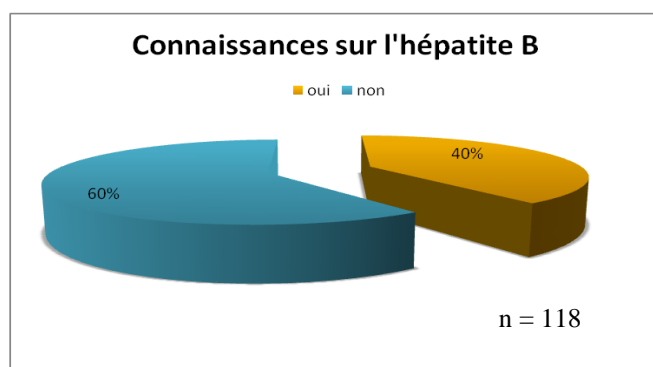


Nous constatons sur ce graphique que le médecin généraliste est plus impliqué dans le suivi VIH de son patient lorsqu'il le suit depuis une plus longue durée.

Pour des durées de suivi supérieures à 5 ans, 69,64 % des patients ont un médecin généraliste impliqué dans leur suivi VIH contre 30,36 % ne l'étant pas. Pour comparaison, pour des durées de suivi inférieures à 1 an 22,22 % des patients ont un médecin généraliste impliqué dans leur suivi VIH contre 77,77 % ne l'étant pas.

4.6. Hépatite B et vaccination.

4.6.1. Connaissances des patients sur l'hépatite B.



La question posée était : « savez vous ce qu'est l'hépatite B ? ». A cette question 71 patients ont répondu ne pas savoir ce qu'est l'hépatite B, 47 patients ont déclaré avoir des connaissances sur le sujet.

La majorité des patients de notre étude ne connaissaient pas ou vaguement l'hépatite B et nous comptons plus de une personne sur deux n'étant pas informée sur le sujet, d'après les réponses fournies par les patients à la question « savez vous ce qu'est l'hépatite B ? ».

Cette méconnaissance concerne les patients de tous les niveaux scolaires mais plus particulièrement les patients n'ayant pas ou très peu fait d'études. Ces patients connaissent en effet moins bien la maladie que les autres.

Nous avons ainsi constaté qu'il existait un manque de connaissance global chez tous les patients mais que parmi ceux ayant un niveau scolaire plus élevé on observait un équilibre entre ceux ayant quelques notions sur le sujet et ceux ignorant cette pathologie, avec pour les hauts niveaux d'études une discrète prédominance de personnes connaissant la maladie.

Les patients originaires de la communauté européenne sont les mieux informés sur la maladie. En revanche bien qu'ils soient les plus touchés par cette épidémie, les patients originaires d'Afrique Sub-saharienne sont le groupe où le taux de connaissance est le plus faible avec 61 % de patients ignorant le sujet.

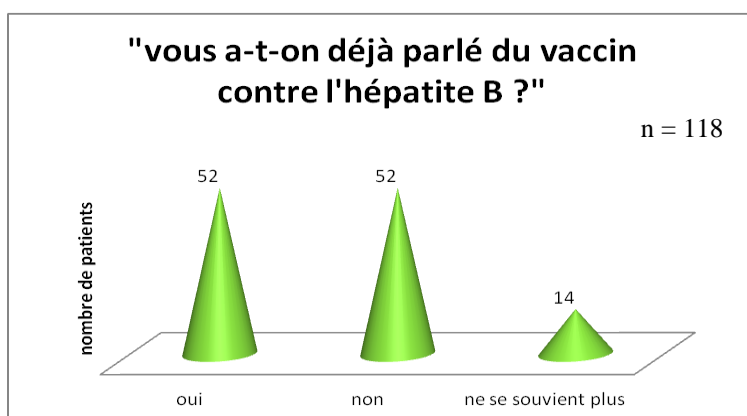
Ces chiffres sont inférieurs à certains que nous pouvons trouver dans la littérature, notamment dans un article publié dans le BEH de 2012 qui, lors d'une enquête sur les « *connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010* », avait montré que 96.1 % des personnes interrogées avaient déjà entendu parler de l'hépatite B (37).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette différence : tout d'abord, dans notre cas la question posée était « savez ce qu'est l'hépatite B ? » et la réponse enregistrée était celle fournie spontanément par le patient qui pouvait répondre librement en fonction de l'estimation personnelle qu'il avait sur l'état de ses connaissances réelles. Ainsi des patients ayant vaguement entendu parler de cette maladie peuvent avoir répondu non car ils n'estimaient pas connaître réellement la pathologie. Nous aurions probablement eu plus de réponses positives à cette question si nous avions formulé notre question différemment comme « avez déjà entendu parler de l'hépatite B ? ».

De plus, nous le rappelons, la population de notre étude n'est pas représentative de l'ensemble de la population française. Or l'étude précitée a été réalisée par téléphone auprès de « *toute personne parlant français, âgée entre 18 et 69 ans résidant en France* ». Notre population se distingue de celle de cette étude, nous comptons une plus grande proportion de personnes non originaires de France, avec un niveau scolaire inférieur à celui de la population générale française. Or nous avons vu précédemment que ces deux facteurs ont une influence sur l'état de connaissances sur l'hépatite B. Il est ainsi compréhensible d'observer dans notre étude un niveau de connaissances inférieur.

Afin que la stratégie d'information des patients soit efficace il faut qu'elle soit personnalisée et adaptée à la compréhension de ces derniers. Les messages délivrés ne sont pas les mêmes selon les cas de figures, que les patients soient porteurs chroniques du VHB, naïfs du VHB ou immunisés contre le VHB (65).

Les situations sérologiques multiples sont bien identifiées, cependant elles ne sont pas toujours l'objet de recommandations claires notamment concernant le cas des Ac anti HBc isolés, ce qui engendre des incertitudes et troubles dans la prise en charge, cela peut être à l'origine d'un manque d'information pour le patient.



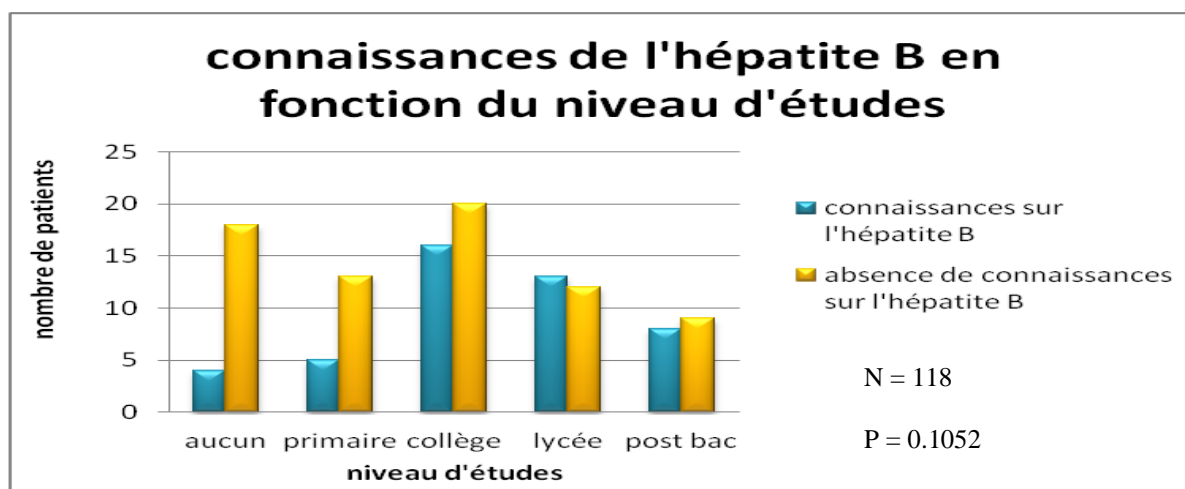
A la question « Vous a-t-on déjà parlé du vaccin contre l'hépatite B ? » nous avons compté autant de patients, informés de l'existence du vaccin contre l'hépatite B que de patients ne l'étant pas, avec 52 patients (soit 44.06 % de l'effectif total) informés de l'existence du vaccin contre l'hépatite B. On compte 14 patients qui ne se souviennent pas s'ils ont été informés, ils représentent 11.86 % de l'effectif total.

Cette méconnaissance des patients peut s'expliquer par un manque d'information fournie par les soignants. Nous constatons en effet que près de la moitié des patients affirme ne pas avoir été informés de l'existence d'un vaccin contre l'hépatite B.

Or l'information des patients est indispensable dans la prévention de l'hépatite B qui n'est pas réduite à la simple vaccination.

Par ailleurs, il est souvent difficile de faire le point avec les patients sur l'état de leurs vaccinations car la plupart d'entre eux n'ont pas leur carnet de vaccination lors des entretiens, par oubli, perte, certains n'ayant jamais eu de carnet de vaccination. Aussi il est très important de conserver dans les dossiers médicaux la trace des différents vaccins administrés.

➤ Relation entre le niveau scolaire et les connaissances sur l'hépatite B.

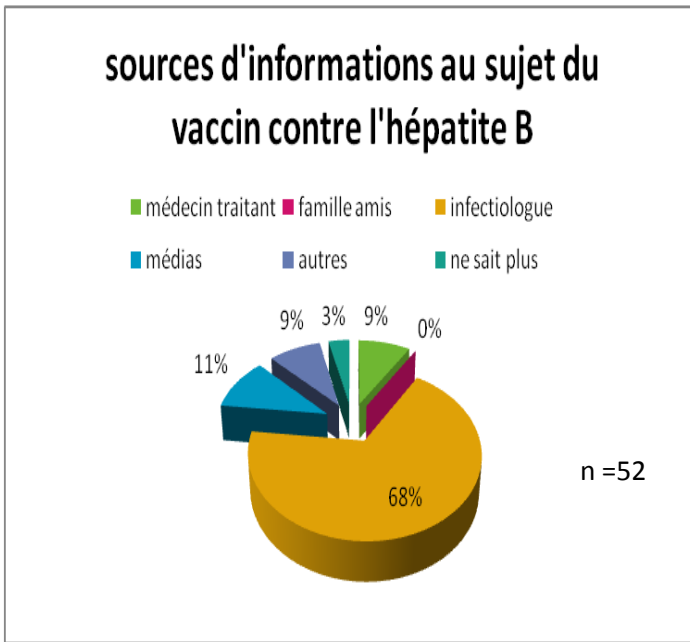


Nous n'avons pas retrouvé dans cette étude, de relation significative entre le niveau de connaissance sur l'hépatite B et le niveau d'études ($p = 0.1052$).

Même si pour les patients n'ayant jamais été scolarisés ou ayant un niveau d'études faible, le niveau de connaissances sur l'hépatite B semble particulièrement faible.

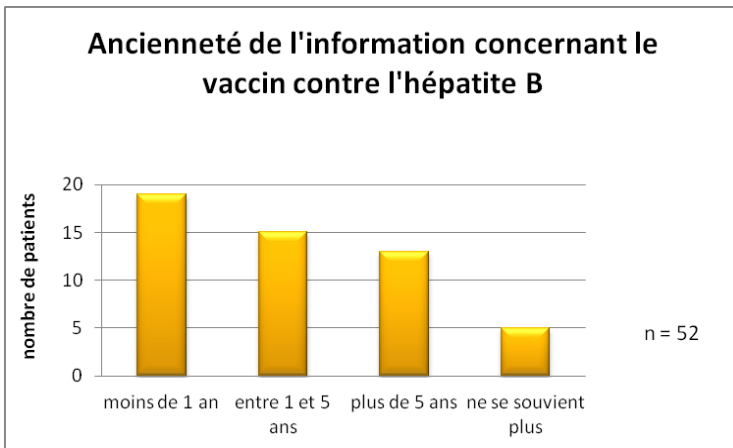
4.6.2. Information au sujet de la vaccination contre l'hépatite B avec les patients.

➤ Sources d'informations sur l'hépatite B.



Parmi les 52 patients ayant déjà entendu parler du vaccin contre l'hépatite B, dans la majorité des cas, l'information avait été fournie par l'infectiologue dans le service de maladies infectieuses avec 38 réponses positives. Nous avons compté 5 réponses pour le médecin traitant, 6 pour les médias, 5 pour d'autres moyens d'information et 2 réponses « ne sait pas qui m'en a informé ». Cette question offrait la possibilité de donner une ou plusieurs réponses, c'est pourquoi ce diagramme porte sur 52 patients mais compte 56 réponses.

Dans la plupart des cas (73 % des réponses), les patients ont répondu en avoir eu connaissance via leur infectiologue et seuls 9.61 % se souviennent l'avoir été via leur médecin traitant.

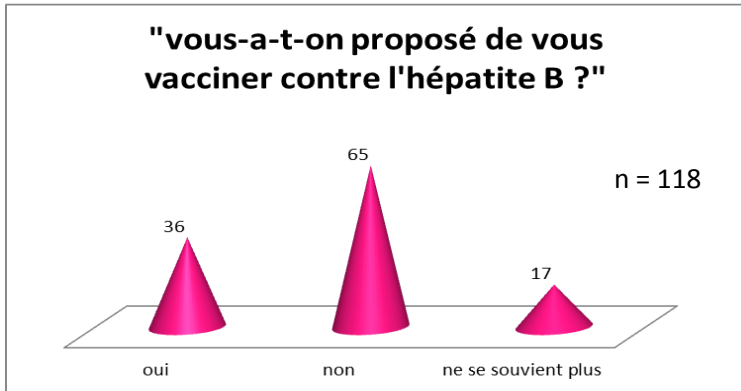


On remarque une diminution progressive du nombre de patients informés au fur et à mesure que cette information devient plus ancienne. Ainsi, nous comptons 19 patients ayant été informés précocement il y a moins de 1 an, les 15 patients l'ayant su depuis moins de 5 ans mais plus de 1 an et 13 patients ayant été informés il y a plus de 5 ans. 5 patients ne se souviennent plus de la date à laquelle ils ont été informés.

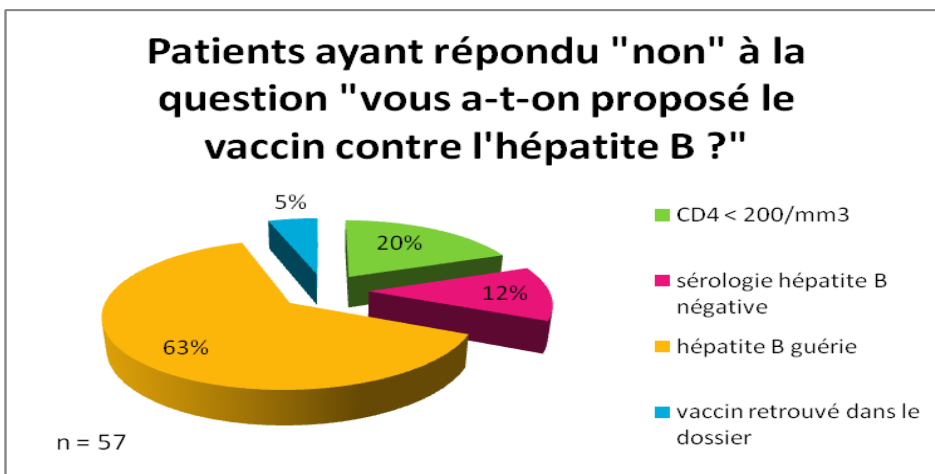
Il est probable qu'il s'agisse dans ce cas précis d'un biais de mémorisation, les patients se rappellent mieux des événements les plus récents et ont pu oublier une information délivrée il y a plusieurs années. Ainsi, il est utile de garder à l'esprit ces éléments lors de l'interprétation des résultats.

D'autre part, il existe un autre facteur concernant l'absence d'information sur le vaccin. Un patient porteur d'anticorps anti HBe isolé n'a peut être pas reçu d'information concernant le vaccin contre le VHB car n'était pas considéré comme candidat à la vaccination par le médecin généraliste ou spécialiste.

4.6.3. Proposition du vaccin contre l'hépatite B aux patients.



La majorité des patients, 65 au total, ont répondu qu'on ne leur avait pas proposé de les vacciner contre l'hépatite B, ils représentent 55.08 % de l'effectif total, 36 ont répondu oui à cette question, soit 30.50 % et 17 ne savent plus si la proposition leur a été faite, soit 14.4 %.



Après avoir exclu les patients ayant une hépatite B, parmi les patients ayant déclaré que l'on ne leur avait pas proposé de les vacciner contre l'hépatite B, la grande majorité étaient guéris d'une hépatite B ancienne, on compte ainsi 36 patients soit 63 % de l'effectif dans ce cas de figure.

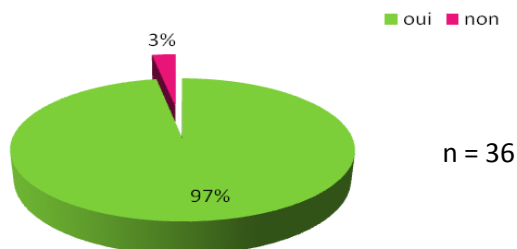
Les patients présentant une sérologie négative pour l'hépatite B et ne s'étant pas vu proposer le vaccin alors qu'ils sont éligibles représentent 12 % de ce graphique soit 7 patients.

Nous comptons aussi 11 patients présentant un taux trop faible de CD4 (<200/mm³) pour la vaccination (soit 17 %).

Enfin 3 patients ont répondu que le vaccin ne leur avait pas été proposé alors que nous retrouvons la trace d'une vaccination contre l'hépatite B dans leurs dossiers (soit 4 %).

4.6.4. Qualité de l'adhésion des patients à la vaccination contre l'hépatite B.

Adhésion au vaccin contre l'hépatite B, lorsque la vaccination avait été proposée



Nous avons constaté d'après nos résultats, une très bonne adhésion à la vaccination contre l'hépatite B.

Parmi les patients à qui le vaccin a été proposé on ne compte qu'une seule personne ayant refusé ce vaccin par crainte de la SEP et peur des effets secondaires.

Nous avons constaté globalement au cours de notre enquête une très bonne adhésion au vaccin contre l'hépatite B.

Seule une patiente a refusé la vaccination alors qu'elle lui avait été proposée, par crainte de la sclérose en plaque.

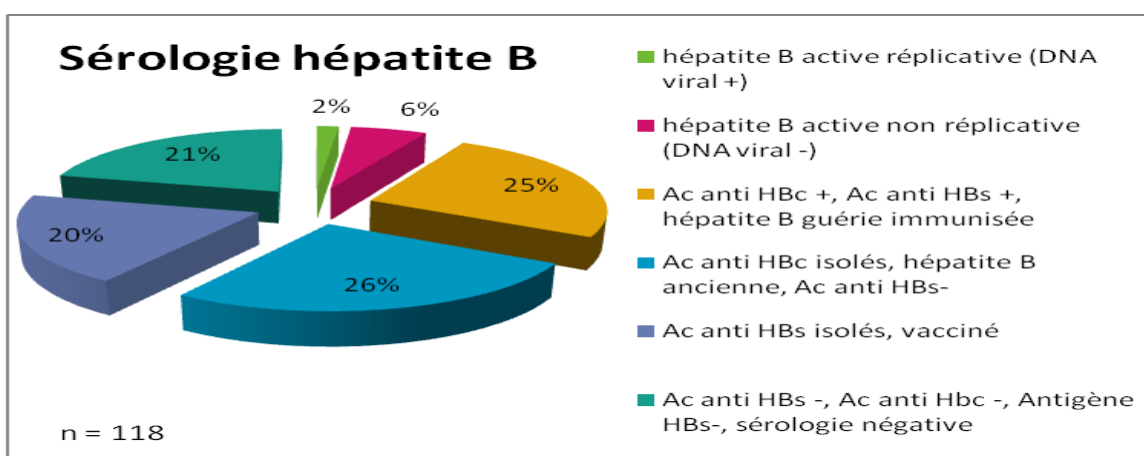
Ce constat est encourageant et nous incite à davantage sensibiliser la profession sur le sujet de la vaccination en sachant que le vaccin lui est bien accepté.

4.6.5. Sérologie de l'hépatite B : données et résultats.

Nous avons retrouvé dans le dossier de 118 patients la trace d'une sérologie hépatite B, ainsi pour la totalité des patients de l'étude nous disposons de cette sérologie.

➤ Résultats de la sérologie de l'hépatite B.

✚ Statut de l'hépatite.



Nous avons compté dans notre cohorte 30 patients présentant une hépatite B guérie avec le profil sérologique suivant : Antigène HBs négatif, Anticorps anti HBc positifs et Anticorps anti HBs supérieurs à 10 UI/mL.

Nous comptons 31 patients avec des Anticorps anti HBc isolés c'est-à-dire avec des Antigènes HBs négatifs et des Anticorps anti HBs négatifs ou inférieurs à 10 UI/ mL. Ce sont des patients ayant déjà été en contact avec le virus du VHB, mais n'ayant pas acquis d'immunité.

Les patients vaccinés sains, Antigène HBs négatif, Anticorps anti HBc négatif, et Anticorps anti HBs supérieurs ou égal à 10 UI/mL sont au nombre de 23.

Les patients n'ayant jamais été en contact avec le VHB et n'ayant pas été vaccinés ou non répondeurs sont au nombre de 25.

Nous comptons 2 patients présentant une hépatite B active répliquative et 7 présentant une hépatite B active non répliquative.

Contact avec le VHB : hépatite B active

Dans notre étude, la prévalence de l'antigène HBs est de 6 % ce qui est comparable aux résultats de l'enquête de l'InVS en 2004 qui avait retrouvé alors une prévalence de 5.25 % pour les patients originaires d'Afrique Sub-saharienne (44). Dans notre enquête tous les patients présentant une hépatite B active sont originaires d'Afrique Sub-saharienne.

Nous avons constaté que les patients porteurs de l'antigène HBs sont plus jeunes en moyenne que l'ensemble des patients de l'étude.

Nous avons également observé qu'il existait une plus forte prévalence de l'antigène HBs chez les patients de cette étude que chez les patientes. Ce résultat concorde avec ceux de l'enquête de l'InVS de 2004 (44).

Contact avec le VHB : portage de l'Anticorps anti HBc isolé ou hépatite B guérie

Plus de la moitié des patients de l'étude, 52 %, avaient déjà été en contact avec le virus du VHB et présentaient la trace sérologique d'une infection ancienne.

Ce chiffre élevé s'explique essentiellement par le type de la population étudiée. En effet 72 % des patients sont originaires d'Afrique Sub-saharienne, qui est une région où la prévalence de l'hépatite B est très élevée au sein de la population et de l'ordre de 8 à 20 %.

D'ailleurs nos résultats sont concordants avec ceux de l'enquête PREVAC B (menée en Ile-de-France de 2007 à 2008, sur une population de patients originaires d'Afrique Sub-saharienne vue en consultation par l'un des 34 investigateurs de l'étude). Dans cette enquête PREVAC B, la prévalence de l'anticorps anti HBc était estimée entre 27 à 67 % selon l'origine ethnique des patients (66).

Cette enquête retrouve par ailleurs, 47 % de patients porteurs de traces sérologiques d'un contact ancien avec le VHB parmi les patients séropositifs pour le VIH ce qui comparable à nos résultats.

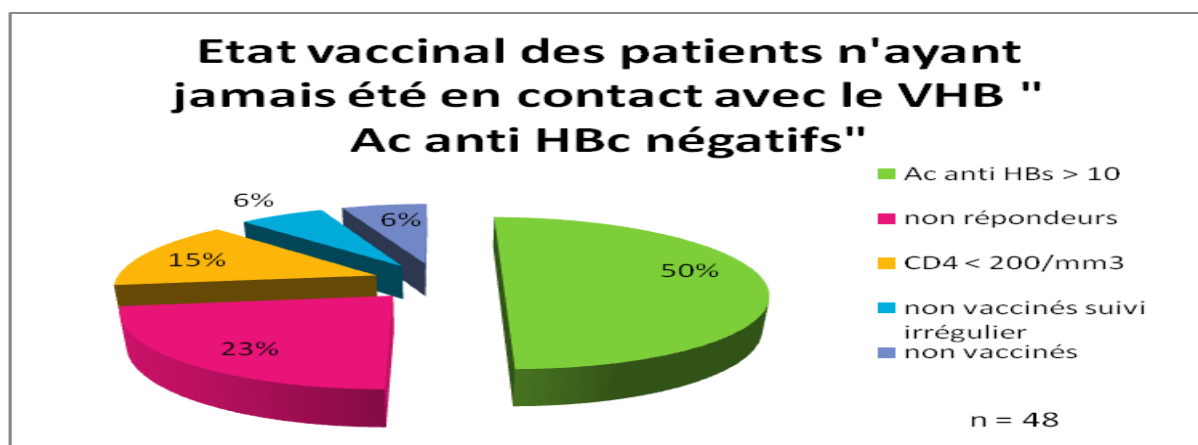
Parmi les patients de notre cohorte nous comptons 26 % présentant des Anticorps anti HBc isolés, avec une absence d'Antigène HBs et une absence d'Anticorps anti HBs décelable ou à un taux inférieur à 10 UI/mL.

Il n'existait pas, lors de notre recueil de données, de recommandations française concernant les patients ayant déjà été en contact avec le VHB et présentant un taux d'anticorps anti HBs < 10 UI/mL. Il s'agit d'un cas de figure non négligeable car cette situation concerne, dans le cadre de notre étude 18 % des patients pour lesquels nous ne disposons pas d'une conduite à tenir claire concernant la proposition de vaccination.

Dorénavant, d'après les dernières recommandations parues dans le rapport MORLAT « **Chez les personnes présentant des anticorps anti-HBc isolés, une dose de vaccin peut être proposée pour rechercher une réponse anamnestic (dosage des anticorps anti-HBs); en cas de non-réponse, et en l'absence d'ADN VHB détectable, la vaccination contre l'hépatite B doit être proposée à ces patients.** »

En revanche cette recommandation existe au Canada depuis 2011. En effet il était recommandé de « *vacciner les patients présentant des anticorps anti HBc positifs, après avoir éliminé une infection par le VHB occulte par le dosage d'ADN VHB qui devait être négatif, de la même manière que les patients n'ayant jamais rencontré le virus du VHB* » (6).

➤ Taux d'anticorps des patients n'ayant jamais été en contact avec le VHB.



Parmi les 48 patients n'ayant jamais été en contact avec le VHB, c'est-à-dire présentant des Anticorps anti HBc négatifs, nous avons compté 24 patients ayant été vaccinés et répondeurs à cette vaccination soit 50 %, 11 patients vaccinés mais non répondeurs soit 23 %, 6 patients non vaccinés soit 12 % (parmi eux, 3 patients ne se présentaient pas régulièrement à leurs consultations de suivi VIH), 7 patients présentant un taux de CD4 inférieur à 200/mm3 contre indiquant la vaccination soit 15 %.

Quarante et un pour cent de nos patients n'avaient jamais été en contact avec le virus du VHB. Cette observation est, dans notre cas, intéressante car ce groupe est la cible des indications vaccinales.

En effet nous étudions une population de patients séropositifs pour le VIH pour lesquels les dernières recommandations d'experts d'après le rapport 2013 concernant la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, recommandent de « *vacciner contre l'hépatite B les patients non immunisés, y compris revacciner les personnes non répondeuses à un premier protocole vaccinal* » en précisant dans le paragraphe correspondant que « *toute personne sans aucun marqueur du VHB doit être vaccinée contre le VHB* ». Nous avons ainsi 41 % de patients

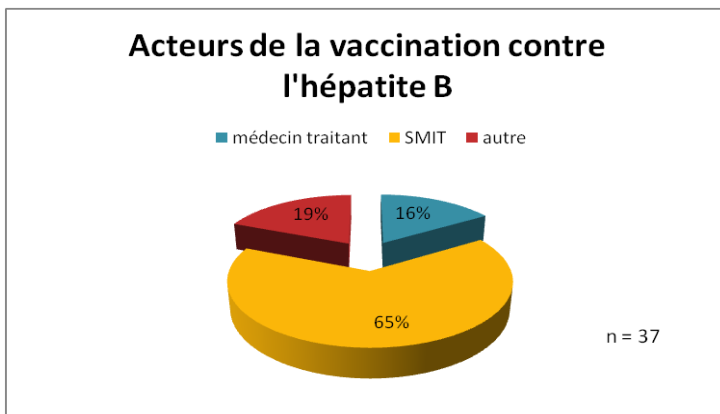
dans notre étude, qui sont dans ces indications vaccinales car ils n'ont jamais été en contact avec le VHB (50).

Dans ce groupe où il existe une indication vaccinale nous constatons qu'elle a été effectuée pour 73 % des patients, avec 50 % des patients ayant eu une bonne réponse immunitaire à la vaccination et 23 % de patients non répondeurs sur le plan sérologique, malgré l'administration du vaccin.

Quinze pour cent des patients présentaient un taux de CD4 insuffisant pour être vaccinés Néanmoins il reste 12 % de patients qui n'ont pas été vaccinés alors que, dans leur cas, cela était recommandé.

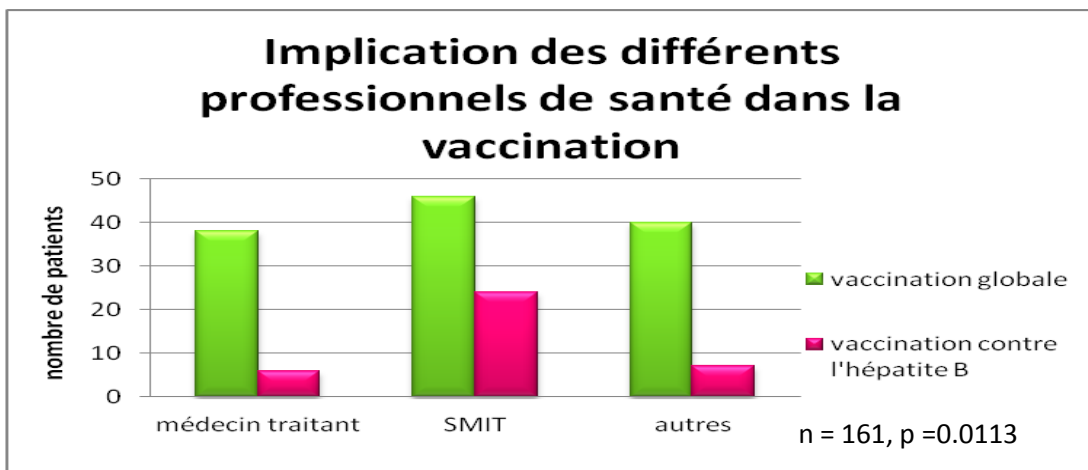
Trois patients avaient un suivi en consultation très irrégulier avec des prescriptions de vaccination non réalisées. Pour trois autres patients, il n'a pas été retrouvé d'explication à cette non vaccination.

4.6.6. Vaccination contre l'hépatite B : implication du médecin traitant.



D'après les réponses fournies par les patients ayant accepté le vaccin, 24 ont été vaccinés au SMIT, 6 par leur médecin traitant, 2 en centre de santé, 2 à la PMI, 1 par son médecin du travail, 1 en CVICV, un dernier patient avait accepté la vaccination mais n'avait pas acheté le vaccin car ce dernier était à sa charge.

➤ Implication des différents professionnels de santé dans la vaccination globale et dans la vaccination contre l'hépatite B.



D'après l'analyse des réponses données par les patients, nous constatons qu'ils se font autant vacciner, en ce qui concerne la vaccination hors VHB (identifiée comme « vaccination globale sur le schéma ») dans le service de maladies infectieuses que par leur médecin traitant.

En revanche, concernant la vaccination l'hépatite B, on constate de manière franche, une plus grande implication du service de maladies infectieuses que des médecins traitants. Seuls 16.21 % des vaccins contre l'hépatite B sont réalisés par des médecins traitants, contre 64.86 % réalisés par le service de maladies infectieuses ($p = 0.0113$).

	Médecin traitant	SMIT	Autres	Total
Vaccination globale	38	46	40	124
Vaccination contre l'hépatite B	6	24	7	37
Total	44	70	47	161

(Nous présentons un effectif de 124 réponses pour la vaccination globale car 6 patients ont affirmé être vaccinés à la fois par leur médecin traitant et à la fois par le service de maladies infectieuses, ainsi nous avons ajouté ces 6 patients au groupe médecin traitant et aussi au groupe service de maladies infectieuses c'est pourquoi nous présentons 124 réponses et non 118, il en est de même pour le vaccin contre l'hépatite B).

5. Discussion.

5.1. Biais de l'étude.

- Population choisie

Le biais le plus important de cette étude concerne justement le choix de cette population qui présente des caractéristiques sociales, démographiques, économiques et épidémiologiques propres. Par conséquent les résultats de cette étude ne peuvent être extrapolés au reste de la population française ni même à celle vivant en Ile-de-France.

Ce choix s'explique par la difficulté à mettre en œuvre sur plusieurs sites d'investigation, le recueil de données tel qu'il avait été décidé, c'est-à-dire d'effectuer le recueil par une seule et même personne sans laisser les patients ni les membres de l'équipe médicale remplir le questionnaire.

En effet, seuls les services hospitaliers ayant une consultation dédiée au VIH permettent de réunir des effectifs suffisants de patients pour soumettre ce questionnaire par un seul investigateur. Il aurait été difficile d'obtenir un tel groupe de patients dans des cabinets de ville.

- Déclaration par le patient.

La quasi-totalité des réponses obtenues sur la question de l'information et la proposition de vaccination contre l'hépatite B correspond aux réponses fournies par les patients ce qui peut induire un biais de mémorisation et / ou d'évaluation des connaissances.

Pour essayer d'évaluer la fiabilité de ces réponses nous avons recherché l'information dans le dossier médical. Nous avons ainsi découvert que 14 % des patients ayant affirmé que le vaccin contre l'hépatite B ne leur avait jamais été proposé avaient en réalité été vaccinés contre l'hépatite B avec une preuve écrite de cette vaccination retrouvée dans le dossier médical. Cette notion pondère nos résultats.

Par ailleurs, lorsque nous regardons le graphique représentant le nombre de patients ayant été informé du vaccin en fonction de l'ancienneté de cette information, nous constatons que ce nombre de patients diminue pour les informations les plus anciennes.

5.2. Implication variable du médecin généraliste dans la prise en charge des patients VIH +.

L'objectif initial de notre enquête était de déterminer qu'elle était l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge du dépistage et de la prévention de l'hépatite B par la vaccination chez des patients séropositifs pour le VIH.

Il convenait ainsi dans un premier temps de décrire la relation de soins qui existait entre les médecins traitants et leurs patients.

Nous avons constaté que les patients de notre étude sont bien insérés dans le système de soins, dans la majorité des cas ils ont un médecin traitant déclaré, qui est le plus souvent informé du statut VIH de son patient. Par ailleurs, nous n'avons observé que très peu de nomadisme médical.

L'implication des médecins généralistes dans le suivi VIH de leurs patients est variable et concerne approximativement un patient sur deux (47 %). Il s'agit dans la très grande majorité des cas d'une implication observationnelle où le médecin traitant n'intervient que très peu dans la prise en charge VIH de son patient.

Le suivi consiste principalement à se tenir informé du dernier statut immuno-virologique, de commenter avec le patient les comptes rendus hospitaliers et discuter avec lui de l'observance et de la tolérance des traitements antirétroviraux. A la demande de leurs patients, 14.14 % des médecins traitants de l'étude ont déjà renouvelé le traitement ARV. Seuls 8.08 % des médecins ont pris l'initiative de prescrire des bilans sanguins ou autre examen de surveillance dans le cadre du suivi VIH.

Nous avons ainsi constaté que pour la plupart de nos patients, il n'existait pas de prise en charge duelle partagée entre le service de maladies infectieuses et les médecins de ville. Le schéma actuel de gestion des patients est complètement orienté vers le secteur hospitalier.

Ce quasi monopole de la prise en charge par les services hospitaliers est d'ailleurs cité par les patients comme un frein à l'implication par le médecin traitant dans leur suivi VIH. Ils ne trouvent pas nécessaire d'être suivis de manière redondante pour une même pathologie par le spécialiste et le généraliste.

En revanche, il semblerait que l'implication des médecins traitants dans le suivi de leurs patients séropositifs devienne plus importante lorsqu'ils réalisent le diagnostic du VIH. Cependant, en raison de trop faibles effectifs nous n'avons pas pu confirmer de manière significative cette tendance ($p = 0.1988$). Il est probable que le médecin et le patient lui-même soient responsables de cet état. Le médecin, ayant diagnostiqué cette pathologie lourde se sent responsable de l'organisation des soins et de la prise en charge ultérieure de son patient et bien que, dans la plupart du temps, il délègue la gestion du VIH à un service hospitalier spécialisé, il conserve ce rôle de coordination et s'assure de la bonne conduite des soins. De son côté, le patient, qui attribue le diagnostic à son médecin généraliste trouvera normal de l'impliquer dans sa prise en charge et de le tenir informé des nouveaux éléments de celle-ci.

La prise en charge du VIH par les médecins généralistes relève d'un engagement qui s'inscrit dans la durée, et ce pour deux raisons.

- La première, est que depuis l'avènement de la trithérapie, la séropositivité VIH est désormais considérée comme une maladie chronique compatible avec une espérance de vie proche de celle de la population générale et qui autorise un mode de vie quasiment identique. Ainsi, l'accompagnement de cette pathologie s'inscrira dans le long terme pour les médecins généralistes ayant choisi de s'y engager auprès de leurs patients.
- La deuxième raison est liée aux caractéristiques sociales du VIH. En effet les patients sont amenés à dévoiler leur intimité que ce soit pour évoquer leur mode de contamination ou dans leurs projets de vie, comme le désir d'un enfant. Afin d'y parvenir il est nécessaire qu'ils se sentent en confiance avec leurs médecins, or bien souvent cette relation de confiance s'établit dans la durée.

Par conséquent il n'est pas surprenant de constater que, d'après les résultats de notre étude, l'implication des médecins traitants dans le suivi du VIH augmente significativement avec la durée de prise en charge de leurs patients ($p = 0.0165$).

Dans le même temps, ces patients accordent une grande place au service hospitalier dans la prise en charge du VIH et de leur santé globale notamment concernant les vaccinations, comme nous l'avons vu précédemment. Dans le service où ils sont suivis, il existe des protocoles qui permettent de systématiser et homogénéiser les prises en charge, surtout dans le domaine de la prévention.

Les patients auront par ailleurs plusieurs spécialistes successifs qui leur parleront du même sujet : l'infirmière, l'interne et le médecin référent pourront en différentes occasions discuter avec le même patient du vaccin.

Cette approche qui peut être redondante entre les différents acteurs de santé de l'hôpital et redondante dans le temps, peut expliquer pourquoi elle a plus d'impact sur les patients qui se souviennent mieux des messages de préventions reçus à l'hôpital.

D'autre part, le fait d'avoir un bilan en HDJ de synthèse annuel comme recommandé par le rapport d'expert facilite la prise en charge de celui-ci dans sa globalité. En revanche nous pouvons comprendre qu'il puisse être compliqué pour un médecin généraliste d'appréhender le sujet de la vaccination avec son patient lors d'une consultation où le plus souvent les motifs de venue du patient sont très différents du sujet du VIH.

Il est difficile de prendre correctement en charge une maladie chronique au fil des affections ponctuelles des patients et qui le plus souvent n'ont rien à voir avec cette maladie chronique. Il serait intéressant d'organiser et de programmer des consultations de médecine générale dédiées au bilan des affections chroniques que présentent les patients.

5.3. Implication des médecins généralistes dans la vaccination contre l'hépatite B des patients séropositifs pour le VIH.

Concernant la vaccination hors VHB des patients de notre étude, nous avons observé qu'elle était équitablement répartie entre le médecin traitant et le SMIT. En revanche, les médecins traitants vaccinent significativement moins contre l'hépatite B que le SMIT ($p = 0.0113$).

Ainsi, seuls 16,21 % des vaccins prescrits contre l'hépatite B ont été effectués par le médecin traitant.

Cependant ce résultat était basé sur la déclaration du patient uniquement. Il n'est pas exclu qu'une vaccination initiée en ville et poursuivie au SMIT ait été déclarée hospitalière seulement.

Les recommandations actuelles préconisent de vacciner contre l'hépatite B tout patient séropositif n'ayant jamais été en contact avec le VHB. Dans notre étude nous avons mis en évidence que 12 % des patients visés par cette recommandation n'ont pas été vaccinés (la moitié étant observants à leur suivi soit 6 %, les autres avaient un suivi très irrégulier).

5.4. Facteurs limitant à la vaccination.

- Non liés au VHB.

Le premier facteur pouvant être évoqué est celui évoqué précédemment à savoir l'organisation des différents acteurs de santé. La recommandation de vaccination est bien établie pour l'ensemble des patients séropositifs cependant les stratégies mises en œuvre pour y parvenir diffèrent selon les soignants. Le fonctionnement du SMIT s'appuie sur des protocoles facilitant la prise en charge du même patient en répartissant les tâches entre les membres du service, parfois de manière redondante. Ainsi avec cette prise en charge systématique moins de patients « échappent » aux objectifs de prise en charge.

Nous avons établi que 16,2 % des vaccins prescrits contre l'hépatite B ont été effectués par le médecin traitant. Ce chiffre est très différent d'une estimation réalisée par l'INSERM en 2000 qui avait constaté que 90 % des vaccins étaient réalisés en secteur libéral par des médecins généralistes et des pédiatres.

Pourquoi, sont-ils une majorité à recourir au service de maladies infectieuses alors qu'ils ont un médecin généraliste habilité à réaliser cet acte de prévention primaire non spécifique ? Dans notre enquête la majorité des patients voient leur médecin traitant moins de 5 fois / an, ce qui est équivalent au nombre de consultations qu'ils ont au SMIT et beaucoup ont tendance à considérer leur praticien hospitalier comme un coordonnateur de soin et ne voir leur médecin traitant que pour des problèmes de santé ponctuels dits « de médecine générale ». Cette conception est différente pour les patients de la population générale pour qui leur médecin traitant est l'interlocuteur privilégié concernant leurs problèmes de santé.

Dans cet esprit de prise en charge globale de leur santé (et notamment concernant les recommandations liées à leur séropositivité VIH), par le SMIT, il apparaît normal qu'ils soient vaccinés par le service.

L'inconstance du carnet de santé ou de vaccination lors des consultations peut aussi expliquer la difficulté des médecins généralistes à surveiller et actualiser les vaccins de leurs patients. En effet, la plupart des patients n'apportent pas ces documents lors des entretiens, par oubli, perte, certain n'en n'ayant jamais possédé. Il est primordial de conserver dans le dossier médical des patients la trace de leurs vaccins et de communiquer sur les vaccinations récentes.

- Spécifiques au VHB.

Un autre facteur, indépendant du VIH, est l'existence d'une certaine réticence à cette vaccination.

La possible responsabilité du vaccin dans la survenue de pathologies neurologiques démyélinisantes peut être citée. Après cette polémique de nombreux médecins généralistes et pédiatres, ainsi que de nombreux parents et patients sont restés prudents voire soupçonneux vis-à-vis de cette vaccination.

Il est important de souligner cet aspect car il représente un frein non négligeable à la vaccination. De nombreux médecins sont confrontés au refus des patients ou parents lors de la proposition de la vaccination. Nous rappelons que cette vaccination est, dans la population générale française, recommandée mais non obligatoire sauf pour certains groupes à savoir :

«Toute personne qui, dans un établissement public ou privé de prévention ou de soins, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination». Cette loi concerne aussi les étudiants et les élèves des professions de santé.

Une étude réalisée en 2009 auprès de 2083 médecins généralistes exerçant en libéral en France, a permis d'évaluer et suivre l'évolution des opinions, et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B.

On observait en France une baisse constante de l'adhésion des médecins généralistes à cette vaccination notamment concernant les nourrissons depuis 1998 jusqu'à 2003. Depuis 2003 on observe désormais une augmentation de la proportion de médecins généralistes favorables à ce vaccin.

Les résultats de cette enquête montrent que, en 2009, les médecins généralistes sont très majoritairement favorables à la vaccination contre l'hépatite B, avec 94 % d'entre eux se déclarant favorables à la vaccination des adultes à risque, 78 % pour les adolescents et 68 % pour les nourrissons (40).

En revanche il existe des disparités selon le lieu d'exercice, ainsi on observe une meilleure adhésion en région parisienne ainsi qu'à l'est de la France en comparaison avec le pourtour méditerranéen.

Cette augmentation de l'adhésion est probablement due à la simplification du calendrier vaccinal, à la réduction du nombre d'injections grâce aux formes combinées de vaccin hexavalent, ainsi qu'au remboursement de celui-ci depuis 2008.

Le médecin généraliste joue un rôle important pour améliorer l'adhésion à la vaccination, la majorité des parents demandent conseil à leur médecin traitant avant de vacciner leurs enfants. Ainsi 81.3 % des mères à qui le vaccin avait été conseillé avaient fait vacciner leur enfant contre seulement 50.4 % de celles qui n'avaient pas été conseillées.

Ainsi bien que les médecins généralistes soient majoritairement pour la vaccination, elle reste soumise à l'adhésion de la population générale.

L'adhésion de la population générale constitue un frein majeur au bon déroulement de la vaccination. En effet, une autre étude menée en France en 2008 sur 341 généralistes a révélé que 25 % des médecins généralistes étaient opposés à la vaccination systématique des patients (67). La principale raison évoquée est l'application du principe de précaution en regard des craintes de l'opinion publique quand à la survenue possible d'effets secondaires, comme de pathologies neuro-démyélinisantes.

Cette étude conforte les résultats de celle que nous avons précédemment citée, bien que 25 % des médecins généralistes estiment « qu'il n'est pas nécessaire de vacciner tous les patients » elle révèle que 70 % des médecins interrogés sont plutôt favorables à la vaccination et 65 % d'entre eux estiment qu'il est très peu probable que le vaccin induise la survenue de pathologies neuro-démyélinisantes.

Dans le même temps, y compris parmi ces médecins favorables, la crainte de survenue d'effets secondaires chez les patients présentant un terrain de pathologies démyélinisantes reste importante.

Le principal facteur limitant de la vaccination retrouvé dans cette étude est la réticence des patients et des parents. Ainsi, 73 % des médecins ont déclaré que l'obstacle à la vaccination des nourrissons était dû à la réticence des parents (ce chiffre s'élève à 78 % pour les adolescents et 57 % de réticence des patients pour les adultes à risque pour lesquels le vaccin était proposé). La méfiance des médecins eux même à l'égard du vaccin par crainte d'effets secondaires est présente dans environ 7 à 8 % des cas.

D'autres facteurs ont été mis en évidence pour expliquer les obstacles rencontrés. Un de ces facteurs cité est la difficulté à discuter et expliquer la vaccination contre l'hépatite B lors de la consultation, le plus souvent par manque de temps (dans 13 % des cas).

D'autres facteurs comme le manque de clarté des recommandations des autorités sanitaires (avec la suspension de la campagne de vaccination en 1998) ont probablement contribué à cette défiance et par la suite ont réduit l'adhésion des médecins à leurs directives.

La responsabilité des médias est aussi évoquée comme ayant favorisé et entretenu les craintes de la population générale envers ce vaccin.

Enfin beaucoup plus faiblement, « des lacunes sur l'efficacité du vaccin » ainsi que la crainte de procédures judiciaires ont été relevées.

Vingt cinq pour cent des médecins, nous l'avons cité précédemment, ont estimé « qu'il n'était pas nécessaire de vacciner tous les patients », pour ces derniers « l'utilisation universelle d'un vaccin dont l'innocuité est remise en cause est injustifiée ». Dans ce contexte, ils estiment que le risque d'effets secondaires dépasse le bénéfice attendu de la vaccination pour la population générale et préfèrent le réserver aux sujets à risque. Il s'agit du principe de précaution.

Cette conception de la vaccination est centrée sur le patient et ne l'intègre pas dans une stratégie de vaccination globale de la population où l'objectif serait de réduire la prévalence du VHB en France afin de dépasser la protection individuelle des patients à risque mais de protéger l'ensemble de la population en réduisant la circulation du virus.

Ce principe de précaution peut être discuté dans notre cas car nous sommes justement confrontés à des patients à risque, en effet, si l'on met en balance la perte de chance que pourrait représenter l'exposition au VHB d'un patient non immunisé, qui, est considéré comme à risque d'exposition et de surcroît, plus sensible à une infection par le VHB.

Dans le cadre d'un exercice médical raisonné, il convient de peser constamment le bénéfice-risque encouru par nos patients de sorte qu'il leur soit favorable.

Pour les patients de notre étude, le bénéfice attendu de cette vaccination est la protection, majoritairement efficace, que confère le vaccin contre une maladie grave, potentiellement mortelle. Ce d'autant que, les modes de contamination sont les mêmes pour le VIH et le VHB et que surtout la grande majorité des patients de notre étude (72 % originaires d'Afrique Sub-saharienne), sont originaires de pays où la prévalence du VHB est très élevée.

Le risque encouru par ce vaccin est le même que celui attendu pour n'importe quelle vaccination. L'ensemble des études menées n'ont pas permis de démontrer l'existence d'un lien significatif entre la vaccination et la survenue de cas d'affections neuro démyélinisantes. On peut ainsi considérer que ce risque est faible et inférieur au bénéfice de la vaccination.

Par ailleurs, l'absence de recommandations claires concernant le cas des Anticorps anti-HBc isolés dans la population VIH jusqu'à octobre 2013, représentait une difficulté de plus pour les médecins généralistes et hospitaliers dans la conduite à tenir. Ces patients représentent 18 % de

notre cohorte, pour lesquels la décision de vacciner ou non était laissée à la libre appréciation des médecins.

Nous rappelons qu'il existe depuis 2011 au Canada cette recommandation « vacciner les patients présentant des Anticorps Anti HBc positifs, après avoir éliminé une infection par le VHB occulte par le dosage d'ADN VHB qui devrait être négatif, de la même manière que les patients n'ayant jamais rencontré le virus du VHB ».

De même dans le rapport MORLAT (50), depuis octobre 2013 la nouvelle recommandation est la suivante « *chez les personnes présentant des anticorps anti-HBc isolés, une dose de vaccin peut être proposée pour rechercher une réponse anamnésique (dosage des anticorps anti-HBs); en cas de non-réponse, et en l'absence d'ADN VHB détectable, la vaccination contre l'hépatite B doit être proposée à ces patients.* ».

5.5.Perspectives.

Nous comprenons qu'il existe un enjeu important à sensibiliser les professionnels de santé exerçant en milieu hospitalier ou en ville, sur la question de la prévention de l'hépatite B que ce soit par les messages de prévention et d'information fournis aux patients ou, par la vaccination car elle est à ce jour encore insuffisante, ce d'autant que, dans notre cohorte, les patients non immunisés sont majoritairement des patients originaires d'Afrique Sub-saharienne ayant l'occasion de faire des voyages réguliers dans leur pays d'origine et ainsi de s'exposer au VHB endémique dans ces régions.

Pour faciliter la vaccination, indépendamment du VIH, une stratégie de conseil et d'aide à la prise en charge au moyen d'un logiciel informatique adapté a été testée avec succès en 2008.

Une enquête, l'enquête PREVAC B a été réalisée en Ile de France entre 2007 et 2008 auprès de tous les patients adultes originaires d'Afrique Subsaharienne consultants l'un des 34 investigateurs choisis. L'objectif de cette enquête était d'évaluer une stratégie de prévention de l'hépatite B dont la conduite était recommandée par un logiciel informatique spécifique. Cette conduite était accompagnée de brochures d'informations adaptées aux différentes situations des patients. A l'issue de cette étude il a été conclut que ce protocole était applicable et que le logiciel s'avérait être utile et efficace dans cette stratégie de prévention (65).

Cette enquête a d'ailleurs permis d'observer qu'elle était l'attitude spontanée des médecins face à la situation des Anticorps anti HBc isolés ; 39 % ont vacciné de manière isolée, 27 % ont considéré que les patients étaient protégés, 24 % ont réalisé une sérologie de confirmation.

L'enquête PREVAC B, dans l'analyse des résultats intermédiaires arrêtés au 31/12/2007, a retrouvé un taux de vaccination contre l'hépatite B avant l'étude de 49 %.

Dans cette étude, les résultats sérologiques de l'hépatite B des patients VIH +, immunocompétents ont été calculés comme suivant : 47 % des patients avaient été en contact avec le VHB mais n'étaient pas porteurs, 6 % étaient porteurs, 15 % étaient vaccinés, 32 % étaient indemnes. Dans notre cohorte les résultats sont les suivants, 40 % de contact non porteur, 8 % de porteurs, 18 % de vaccinés et 19 % d'indemnes.

Ainsi, dans le cadre d'une grande politique de sensibilisation des différents acteurs de santé pour la prévention de l'hépatite B, il serait intéressant de présenter ce logiciel et d'élargir son utilisation aux médecins exerçants en ville afin de les aider à mieux s'orienter dans les conduites et messages délivrés aux patients.

Une autre piste serait d'améliorer la communication entre les différents acteurs de santé via un moyen de partage de ces informations entre les médecins généralistes et les services hospitaliers en plus des correspondances existant déjà. Le développement d'outils de partage des informations médicales de manière cryptée par mails permettra de favoriser ces échanges. Plusieurs sociétés gèrent déjà ce transfert d'informations (Apycript, Aximessage, Sermentis MMS...)

Le principe est le suivant ; il s'agit d'une messagerie médicale électronique sécurisée par le cryptage des données qui permet de mettre en relation de nombreux professionnels de santé afin qu'ils puissent partager librement les informations contenues dans les dossiers médicaux de leur patients en assurant la protection du secret médical.

L'utilisation de ces messageries permettrait de partager plus rapidement et de manière plus fiable les données médicales des patients, elles pourraient permettre d'actualiser le dossier médical de chaque patient notamment concernant la vaccination.

6. Conclusion.

Nous avons étudié une cohorte de patients séropositifs suivis dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital Delafontaine avec pour objectif de déterminer l'implication des médecins généralistes dans la prévention de l'hépatite B par la vaccination de ces patients.

Dans notre cohorte, 47 % des médecins traitants étaient impliqués dans le suivi VIH de leurs patients, cette implication augmente lorsque les médecins suivent les patients depuis une plus longue durée ($p = 0.0165$).

Nous avons observé que les médecins généralistes de notre étude étaient autant impliqués dans la vaccination globale de leurs patients que le SMIT, en revanche, ils étaient significativement moins impliqués dans la vaccination contre l'hépatite B ($p = 0.0113$).

Or, il est recommandé de vacciner les patients séropositifs pour le VIH qui n'ont jamais rencontré le virus du VHB et qui ont un taux de CD4 suffisant. Nous avons compté que 12 % des patients dans cette indication n'étaient pas vaccinés alors qu'ils auraient dû l'être. Seuls trois patients (2.3 %) suivis régulièrement et éligibles à la vaccination contre le VHB, n'ont pas été vaccinés sans explication retrouvée dans le dossier médical.

Nous avons également étudié le statut sérologique de nos patients.

La sérologie de l'hépatite B a été réalisée pour 100 % des patients de l'étude, conformément aux recommandations. Nous n'avons pas pu déterminer le rôle de chacun des professionnels de santé dans ces très bons scores.

Ces chiffres élevés, en taux de patients testés et en taux de patients vaccinés, sont encourageants et témoignent que même dans une population très précaire comme celle de notre étude, une prise en charge de bonne qualité est possible.

Une des causes relevée dans notre étude pouvant expliquer ce frein à la vaccination contre l'hépatite B était jusqu'à octobre 2013, l'absence de recommandation claire en France concernant le cas des patients présentant des Anticorps anti HBc isolés, cette sérologie concerne 22 % des patients de notre cohorte. Les autres facteurs évoqués sont la présence de protocoles de prise en charge au SMIT facilitant cette prévention, la polémique relative aux cas de sclérose en plaque et la problématique de la très fréquente absence de carnet de vaccination.

Ainsi nous pouvons conclure que dans notre étude l'implication des médecins généralistes a été variable dans le suivi VIH global des patients et que concernant le cas particulier de la prévention de l'hépatite B par la vaccination, cette implication reste faible.

Pour aider les médecins généralistes à s'impliquer davantage sur la question de l'hépatite B, une stratégie de conseil et d'aide à la prise en charge au moyen d'un logiciel informatique adapté a été testée avec succès en 2008. Une des pistes d'avenir serait de rendre accessible cet outil à un maximum de praticiens pour une utilisation simple en cabinet de ville.

Nous constatons ainsi qu'il est nécessaire d'encourager la communication entre les services hospitaliers et la médecine de ville sur la question du dossier médical des patients afin d'accorder une plus grande part de la prise en charge de la prévention aux médecins traitants. Dans cette optique, le développement d'un dossier médical commun ou l'utilisation d'outils de transmission de données cryptées pourraient améliorer cette communication.

7. Bibliographie.

1. ONUSIDA. Rapport mondial ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA [Internet]. Unaid; 2012 p. 212. Disponible sur: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_fr.pdf
2. SUPERVIE V. Les nouvelles estimations de la population non diagnostiquée pour le VIH en France. 2013.
3. LOT F. santé et recours aux soins des migrants en France. BEH [Internet]. n°2-3^e-4/2012 éd. 17 janv 2012 [cité 15 janv 2013]; Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/2012/BEH-n-2-3-4-17-janvier-2012>
4. InVS. Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST [Internet]. 2012 [cité 18 avr 2013]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Donnees/Donnees-epidemiologiques-sur-l-infection-a-VIH-et-les-IST>
5. Pr YENI P. Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr-Patrick_Yeni.pdf [Internet]. 2010 [cité 18 avr 2013]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/rapport-2010-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-infectees-par-le-vih-sous-la-direction-du-pr-patrick-yeni.html>
6. KLEIN M, CHARRON M, FORTIN C. Management and treatment of hepatitis B virus in patients with HIV infection : a practical guide for health care professionals. 2011 [cité 6 déc 2012]; Autumn 22(3):88-96(88-96). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22942885>
7. FICQUET E. Le vaccin contre l'hépatite B en France : polémique autour des aspects médicaux-scientifiques, juridiques et médiatiques. [Pharmacie]. [Lyon]: Claude Bernard-Lyon 1; 2008.
8. PROUVOST-KELLER B, HOFLIGER P, PRADIER C. Pratiques professionnelles de médecins suivant des patients infectés par le VIH. Presse Med. 2003;(32):1599-1603.
9. WIKIPEDIA. Origine du virus de l'immunodéficience Humaine [Internet]. [cité 15 janv 2013]. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/wiki/Origine_du_virus_de_l%27immunod%C3%A9ficience_humaine
10. THIVENT V. Sida : l'histoire d'une découverte. science actualités [Internet]. 7 oct 2008 [cité 14 janv 2013]; Disponible sur: <http://www.universcience.fr/fr/science-actualites/enquete-as/wl/1248100297897/sida-l-histoire-d-une-decouverte/>
11. Des combinaisons de plus en plus diverses. 1 mai 2000 [cité 14 janv 2013];(N° 80). Disponible sur: <http://www.actions-traitements.org/spip.php?article679>
12. PORTAIL VIH/Sida du Québec. Historique du VIH [Internet]. 2008 [cité 15 janv 2013]. Disponible sur: <http://www.pvsq.org/articles/historique.pdf>
13. SIMON F. Le point sur l'origine du VIH et sa diffusion dans l'espèce humaine. mai 2001 [cité 14 janv 2013];(n°92). Disponible sur: http://www.pistes.fr/transcriptasesud/7_152.htm
14. CHAPPELL P, PEIX C. Les origines du Sida [Internet]. Gaumont Pathé archives- Gala film iNC; 2003 [cité 15 janv 2013]. Disponible sur: <http://www.youtube.com/watch?v=ayWUR9buI8A>
15. InVS. Maladies à déclaration obligatoire. Infection à VIH et Sida, base de données VIH.

16. InVS. Maladies à déclaration obligatoire. Infection à VIH et Sida. Base de données SIDA [Internet]. 2012 [cité 16 janv 2013]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/bdd_sida/index.htm
17. BEH. VIH/SIDA en France : données de surveillance et études. 1 déc 2012 [cité 7 janv 2013];(n°46-47). Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-46-47-2012>
18. SPILF, SFLS. Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville [Internet]. 2009 [cité 13 févr 2013]. Disponible sur: http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/VIH_ville-long.pdf
19. HAS. Dépistage de l'infection par le VIH en France, synthèse et recommandations [Internet]. 2009 [cité 13 févr 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/argumentaire_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-49-13_375.pdf
20. BEH. L'infection à VIH-Sida en France en 2009-2010 : découverte de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de Sida. 29 nov 2011 [cité 13 févr 2013];n°43-44. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-43-44-2011>
21. GAUTIER A. Baromètre santé des médecins généralistes 2009- Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques [Internet]. INPES, éditeur. 2009 [cité 15 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
22. CHAMPENOIX K, COUSIEN A, CUZIN L, LE VU S, DEUFFIC-BURBAN S. Opportunités manquées de dépistage du VIH chez des patients nouvellement diagnostiqués de France. [Internet]. ANRS; [cité 16 févr 2013]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?newwindow=1&hl=fr&noj=1&q=Opportunit%C3%A9s+manqu%C3%A9es+de+d%C3%A9pistage+du+VIH+chez+des+patients+nouvellement+diagnostiqu%C3%A9s+en+France&oq=Opportunit%C3%A9s+manqu%C3%A9es+de+d%C3%A9pistage+du+VIH+chez+d+es+patients+nouvellement+diagnostiqu%C3%A9s+en+France&gs_l=serp.3...60280.60280.0.60816.1.1.0.0.0.231.231.2-1.1.0....0...1c.1.32.serp..1.0.0.JBMfLNGLVJQ
23. PACHABEZIAN V. Enquête sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'infection par le VIH. sept 1994 [cité 17 févr 2013];(n°28). Disponible sur: http://www.pistes.fr/transcriptases/28_513.htm
24. AUBERT J-P, CASTANEDO G, BARUCH D. Prévention, dépistage et prise en charge des risques associés au VIH. Concours Méd [Internet]. mars 2011 [cité 18 févr 2013];tome 133(n°3). Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/bichat_bibliotheque_articles/165_vih_concours_medical_2.pdf?numero_etudiant=
25. FLAJOLET A. La Prévention : définition, notions générales sur l'approche française et comparaisons internationales [Internet]. 2001 [cité 15 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
26. PETCHEY R, FARNSWORTH B, WILLIAMS J. The last resort would be to go to the GP'. Understanding the perceptions and use of general practitioner services among people with HIV/AIDS. Social science and medicine [Internet]. 1999 [cité 15 avr 2013];50(233-245). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10619692>
27. LANDON BE, WILSON IB, and al. Physician Specialization and the Quality of care for Human Immunodeficiency Virus Infection. Orig Investig. 23 mai 2005;(165):1133-1139.
28. LANDON BE, al. Physician Specialization and Antiretroviral Therapy for HIV. J GEN INTERN MED. 18 avr 2003;(18):233-241.

29. CHARPENTIER C. L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du VIH en cabinet de médecine générale. Représentations du médecin [médecine générale]. [Paris XV ème]: Paris V; 2012.
30. WIKIPEDIA. HEPATITE B- Historique [Internet]. [cité 22 janv 2013]. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%A9patite_B
31. DUBOIS F, ROINGEARD P. Biologie du virus de l'hépatite B. Médecine Thérapeutique [Internet]. janv 1998;4(1,5-12). Disponible sur: <http://www.jle.com/e-docs/00/02/BF/A2/article.phtml?fichier=images.htm>
32. SEGONDY M. Hépatites virales- Diagnostic et suivi biologique des hépatites virales. [Internet]. 2005 [cité 29 janv 2013]. Disponible sur: http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/MIB/Ressources_locales/App-Digest/MIB_83_ed_hepatite.pdf
33. POZZETTO B. Prévention de la transmission soignant-soigné des virus hématogènes- VHB, VHC, VIH [Internet]. INPES; 2011 [cité 24 févr 2013]. Disponible sur: http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/hcsp/2011_virusHematogenes_HCSP.pdf
34. INRS. Virus de l'hépatite B (VHB) Agent de l'hépatite B [Internet]. 2009 [cité 29 janv 2013]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/eficatt/eficatt.nsf/%28allDocParRef%29/FCVHB?OpenDocument>
35. HAS. dépistage prénatal de l'hépatite B-pertinence des modalités actuelles de réalisation-argumentaire [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/depistage_prenatal_hepatite_b_argu_vf.pdf
36. INPES. Prévention de l'hépatite B auprès des personnes les plus exposées [Internet]. 2005 [cité 13 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/931.pdf>
37. BROUARD C, GAUTIER A, SABONI L. Connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010. BEH. 10 juill 2012;(29-30).
38. LAWRENCE JS, MD, Robert M. Kaplan. Fear of dying and HIV infection versus Hepatitis B infection. Am J Public Health. avr 1992;82(4):584-586.
39. TOSINI W, RIOUX C, PELISSIER G, BOUVET E. Etude 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. BEH [Internet]. 19 mai 2009 [cité 22 avr 2013];(20-21). Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/display/?doc=beh/2009/20_21/index.htm
40. BROUARD C, GAUTIER A, SABONI L, JESTIN C. Connaissances, perceptions et attitudes vis-à-vis des hépatites virales B et C en France. 10 juill 2012 [cité 14 févr 2013];(29-30). Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-29-30-2012>
41. OMS. Hépatite Virale-Rapport du secrétariat [Internet]. 2010 [cité 30 mars 2013]. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_15-fr.pdf
42. POL S. Vaccination anti VHB : Avantages et risques potentiels Lobby or not lobby ? Université Paris Descartes; 2013.
43. ANTONA D. Hépatite B : données épidémiologiques récentes et stratégie vaccinale [Internet]. Les journées de formation continue; [cité 22 avr 2013]. Disponible sur: http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf/390_ppt.pdf
44. InVS. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/

45. BEH. Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives. 19 mai 2009 [cité 22 avr 2013];(20-21). Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2009/20_21/
46. DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Guide des vaccinations [Internet]. INPES; 2012 [cité 22 avr 2013]. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012_Vaccination_contre_hepatite_B.pdf
47. FRANCOIS J-N. Mise au point sur les recommandations vaccinales pour les professionnels de santé [Internet]. 2011 [cité 30 janv 2013]. Disponible sur: http://www.cclin-sudouest.com/diaporamas/corres_mp_200312/Mise%20au%20point%20sur%20les%20recommandations%20vaccinales%20professionnels%20de%20sant%C3%A9%203%20%5BMode%20de%20compatibilit%C3%A9%5D.pdf
48. GUTHMANN J-P. couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soin en France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin,2009. BEH [Internet]. 27 sept 2011 [cité 6 févr 2013];(35-36). Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-35-36-2011>
49. SAYAD B, ALAVIAN SM, NAJAFI F. Effects of Oral Levamisole as an adjuvant to hepatitis B vaccine in HIV/AIDS patients : a randomized controlled trial. Hepatitis Monthly. sept 2012;
50. MORLAT P. Rapport Morlat [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/rapport-2013-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-vivant-avec-le-vih.html>
51. AFSSAPS. Commission nationale de Pharmacovigilance. Compte rendu de la réunion du mardi 27/09/2011 [Internet]. 2011 [cité 24 avr 2013]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/de6b79ff2522754dd99ebc600d98794f.pdf
52. LERT F. Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. 2 juill 2013 [cité 8 déc 2013];(26-27). Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2013/27/pdf/2013_26-27.pdf
53. LERT F. VESPA 2 VIH : Enquête sur les personnes atteintes. Une enquête de l'ANRS Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales [Internet]. ANRS; 2011 [cité 15 avr 2013]. Disponible sur: <http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/JourneesNationales/2012/CongresSFLS/Jeu di/Pleniere1/premiers-resultats-enquete-vespa.pdf>
54. INSEE. La fécondité reste élevée. Bilan démographique 2011 [Internet]. 2011 [cité 24 avr 2013]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1385
55. WIKIPEDIA. Taux de fécondité [Internet]. [cité 28 mars 2013]. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/wiki/Taux_de_f%C3%A9condit%C3%A9
56. BERGER E. Quel logement pour les nouveaux bénéficiaires d'un titre de séjour en France. DRESS [Internet]. 2008;(644). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er644.pdf>
57. INSEE. Diplôme le plus élevé obtenu selon l'âge et le sexe en 2011 [Internet]. 2011 [cité 24 avr 2013]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCF07235
58. INSEE. Population en emploi et taux d'emploi des immigrés et des non-immigrés selon le sexe et l'âge en 2011. 2011.
59. INSEE. Personnes handicapées bénéficiaires de prestations au 31 décembre 2011 : comparaisons départementales. 2011.
60. INSEE. Population couverte par le RSA au 31 décembre 2011 : comparaisons départementales. 2011.

61. FAGOT-CAMPAGNA A, ROMON I, FOSSE S, ROUDIER C. Prévalence et incidence du diabète, mortalité liée au diabète en France. nov 2010 [cité 21 avr 2013]; Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2010/plaquette_diabete/plaquette_diabete.pdf
62. GODET-THOBIE H, VERNAY M, NOUKPOAPE A. Surveillance de l'hypertension artérielle en France. BEH [Internet]. 16 déc 2008 [cité 19 avr 2013];(49-50). Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2008/49_50/
63. AMELI.FR- Le médecin traitant [Internet]. 2013 [cité 10 déc 2013]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/medecin-traitant-taux-de-declaration_seine-saint-denis.php
64. BOUSCASSE M. Le Picard consulte plutôt le généraliste que le spécialiste. Insee. Insee Picardie Anal [Internet]. 2006 [cité 2 avr 2013];(9). Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/picardie/themes/ipa/ipa09/IPA09.pdf
65. DI PUMPO A. Prévention de l'hépatite B dans les populations migrantes originaires de zones de forte endémie : Afrique Subsaharienne et Asie [Médecine générale]. [Paris]: Paris 7; 2008.
66. AUBERT J-P, DI PUMPO A, GERVAIS A, SANTANA P, MAJERHOLC C, MARCELLIN P. PREVAC B : stratégies de prévention de l'hépatite B en soins primaires. Marseille; 2008.
67. FRANCOIS M, ALLA F, RABAUD C, RAPHAEL F. Vaccination anti-hépatite B par les médecins généralistes français.

8. Annexes :

Classification CDC du VIH : signes cliniques correspondants aux catégories A et B

Catégorie A :

- Infection VIH asymptomatique
- Lymphadénopathie persistante généralisée
- Primo infection VIH symptomatique

Catégorie B :

- Angiomatose bacillaire
- Candidose oropharyngée
- Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel : fièvre (38.5°C) ou diarrhée
- Infection herpétique ulcères chroniques supérieurs à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou oesophagienne
- Histoplasmosse disséminée ou extrapulmonaire
- Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à 1 mois)
- Sarcome de kaposi
- Lymphome de burkitt
- Lymphome immunoblastique
- Lymphome cérébral primaire
- Infection à mycobactérium tuberculosis, quelle que soit la localisation (pulmonaire ou extra pulmonaire)
- Infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire
- Pneumonie à pneumocystis carinii
- Pneumopathie bactérienne récurrente
- Leuco-encéphalite multifocale progressive
- Septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- Syndrome cachectique dû au VIH
- Toxoplasmose cérébrale

Résumé de thèse :

L'objectif de cette thèse est de caractériser l'implication des médecins généralistes dans la prévention de l'hépatite B par la vaccination chez les personnes vivant avec le VIH. Les données ont été collectées au cours d'entretiens directs avec les patients consultants au SMIT de l'hôpital Delafontaine de janvier à février 2013 et recherchées dans le dossier médical.

Dans cette cohorte, 83.9 % des patients ont déclaré avoir un médecin traitant, parmi eux 47 % étaient impliqués dans le suivi de leur séropositivité VIH. Cette implication augmente lorsque les médecins suivent les patients depuis une plus longue durée ($p = 0.0165$).

Une part importante des dépistages du VIH, 20 % sont réalisés par les médecins généralistes.

Les médecins généralistes sont autant impliqués dans la vaccination globale des personnes vivant avec le VIH que le SMIT : 30.64 % versus 37 % ($p = 0.0113$). Cependant ils sont moins impliqués dans la vaccination contre l'hépatite B que le SMIT : 16.22 % versus 64.86 % ($p = 0.0113$). Les facteurs favorisant en sont dissertés dans la discussion.