

## Hépatites B et C : aspects épidémiologiques et prévention en Ile-de-France

En France, on estime à environ 1 % la proportion de personnes infectées par le virus de l'hépatite C (soit environ 600 000 personnes) et de 0,1 à 0,5 % celles porteuses de l'antigène HBs, premier marqueur détectable de l'infection par le virus de l'hépatite B (soit 50 000 à 250 000 personnes). Les hépatites B et C constituent un nouvel enjeu de santé publique de par l'importance du nombre de personnes contaminées et de par la gravité de certaines formes évolutives de l'infection, dont la plus sévère peut aboutir au décès de la personne contaminée.

Malgré les avancées thérapeutiques de ces dernières années, le nombre de décès en France par hépatites a augmenté de 64 % entre 1986 et 1997 et a plus que doublé dans la région Ile-de-France. En 1997, on enregistrerait en moyenne au niveau national 17 décès par hépatites pour 10 000 décès et 25 en Ile-de-France.

### Modes de contamination et évolution des hépatites B et C

#### Le virus de l'hépatite B (VHB)

Le virus de l'hépatite B se transmet par le sang, la salive et les relations sexuelles. Les symptômes aigus de l'hépatite B sont principalement un ictère (jaunisse) plus ou moins prononcé accompagné de fatigue persistante et de troubles digestifs. Les formes cliniques sévères, parfois létales, sont très rares. L'évolution vers une infection chronique concernerait environ 10 % des cas. Près d'un tiers progresseront vers une cirrhose et 10 % vers un cancer du foie. Le vaccin contre l'hépatite B protège efficacement.

#### Le virus de l'hépatite C (VHC)

La transmission du virus de l'hépatite C se fait essentiellement par le sang. Les populations concernées par ce risque sont, de ce fait, principalement les consommateurs de drogue par voie intraveineuse, les personnels de santé et les personnes ayant eu un examen médical invasif ou une

transfusion avant 1992. Toutefois, dans 20 % des cas, la voie de transmission n'est pas identifiée (1).

L'hépatite C, de symptomatologie beaucoup moins marquée dans la phase aiguë que l'hépatite B, passe souvent inaperçue. En revanche, elle évolue davantage vers des infections chroniques : cela concernerait environ 80 % des cas (1), 20 % d'entre eux évolueraient vers la cirrhose et la progression de la cirrhose vers le cancer du foie serait de 3 à 5 % (2).

Il n'existe pas de vaccin qui protège contre l'hépatite C. En revanche, un test de dépistage de l'hépatite C est recommandé chez les personnes ayant des facteurs de risques. En effet, la mise en place précoce de traitements antiviraux permet de ralentir, voire de stopper l'évolution vers la chronicisation et les complications telles que les cirrhoses et les cancers du foie.

### Un nouvel enjeu de santé publique

#### Vaccination contre le VHB et accès ciblé au dépistage du VHC

Depuis 1990, plusieurs dates révèlent, en termes de santé publique, l'enjeu que les hépatites constituent désormais. La vaccination contre l'hépatite B est, depuis 1995, intégrée au calendrier vaccinal et est obligatoire, depuis 1991, pour les personnels de santé. L'accès au dépistage de l'hépatite C a été renforcé à travers l'élargissement en 1997 des missions des Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit, désormais habilitées à proposer, outre le dépistage du VIH, celui du VHC. Le diagnostic du VHC est avant tout un dépistage ciblé en direction des individus exposés à la transmission par voie sanguine : transfusés avant 1992,

usagers de drogue par voie intraveineuse, sujets ayant subi un acte diagnostique ou thérapeutique invasif, etc.

#### Un dispositif de prise en charge médicale inspiré de celui du VIH-Sida

Compte tenu des progrès médicaux, notamment des thérapeutiques antivirales qui ont un effet favorable sur l'évolution des hépatites, un traitement précoce est recommandé. La prise en charge et le suivi médical sont assurés par le dispositif existant depuis 1998 pour le VIH. De plus, l'accès aux traitements a été favorisé par la création de pôles de référence des hépatites et de réseaux de soins tels que le Réseau de soins hépatites de Créteil ou le Réseau hépatite C Ile-de-France Nord.

## Les modes de transmission de l'hépatite B restent mal connus des jeunes

Un jeune Francilien sur cinq ignore les modes de transmission du virus de l'hépatite B

Les données du Baromètre Santé jeunes réalisé en 1997-98<sup>(3)</sup> auprès de jeunes âgés de 12 à 19 ans montrent qu'une proportion non négligeable d'entre eux ignore les modes de transmission du VHB. Les jeunes Franciliens sont moins nombreux que leurs homologues de province à déclarer ne pas savoir comment se contracte l'hépatite B (21 % contre 28 %), les filles moins que les garçons et les aînés moins que les plus jeunes. Par exemple, à 18-19 ans, ils sont 8 % en Ile-de-France à déclarer ne pas le savoir (15 % en province) contre 35 % à 12-14 ans (46 % en province).

Une connaissance quelque peu approximative du VHB

En Ile-de-France, 40 % des jeunes citent les relations sexuelles comme mode de contamination et 26 % le sang. Le VHB, qui est présent dans la salive mais dont celle-ci constitue un mode de transmission beaucoup plus rare que les rapports sexuels et le contact avec le sang, est le motif de contamination le plus cité par les jeunes, qu'ils soient d'Ile-de-France (56 %) ou de province (49 %).

La crainte des hépatites diminue dans la population générale adulte

En Ile-de-France, comme en France<sup>(4)</sup>, on observe une très nette augmentation entre 1992 et 1994 du pourcentage de personnes déclarant craindre "beaucoup" pour elles-mêmes les hépatites.

En 1992, 5 % des Franciliens déclaraient craindre beaucoup les hépatites, ils étaient 20 % dans ce cas en 1994 (22 % en France). A titre de comparaison, les Franciliens étaient 27 % en 1994 à déclarer craindre beaucoup le sida et 36 % les cancers.

En revanche, entre 1994 et 1998, dans les deux zones géographiques considérées, on observe une diminution du sentiment de crainte associé aux maladies infectieuses, notamment aux hépatites et particulièrement au sida. En 1998, 60 % des Franciliens déclaraient craindre peu les hépatites (57 % en 1994). Pour le sida, ils étaient 69 % (59 % en 1994).

## Une prévalence du VHC élevée dans la population générale

Un faible recours au dépistage du VHC

En 1998, 8 % des adultes interrogés dans l'enquête KABP<sup>(4)</sup> déclaraient avoir déjà fait un test de dépistage du VHC, sans différence significative entre l'Ile-de-France et la moyenne nationale. Compte tenu de la proximité de certains modes de transmission du VIH et du VHC, il n'est pas étonnant qu'en Ile-de-France, 18 % des personnes dépistées pour le VIH au cours des douze mois précédant l'enquête déclarent avoir subi un test pour l'hépatite C contre 3,4 % des personnes non dépistées pour le VIH. En revanche, il n'existe pas de différence dans le recours au dépistage du VHC selon le sexe, le niveau d'études ou l'activité sexuelle.

40 % des personnes disent avoir fait un test du VHC pour d'autres motifs que des motifs professionnels, médicaux ou sexuels

Parmi les personnes dépistées pour le VHC, une personne sur cinq en Ile-de-France déclare l'avoir été en raison d'un risque professionnel, une sur trois pour des raisons médicales, notamment en raison d'une transfusion, une sur dix à cause de l'apparition d'une hépatite et une sur quarante en raison d'une relation sexuelle à risque. 40 % des personnes déclarent avoir fait un test de dépistage du VHC pour d'autres raisons que celles proposées<sup>(4)</sup>, ce qui incite à s'interroger sur les motifs de dépistage.

La prévalence de l'infection pour le VHC serait trois fois plus élevée que celle pour le VIH

Plusieurs enquêtes menées auprès de populations non sélectionnées sur des facteurs de risque par rapport à l'hépatite C permettent d'obtenir des estimations de la séroprévalence de l'infection par le VHC dans la population générale.

La première, réalisée en Ile-de-France et en région PACA\* dans un échantillon exhaustif de femmes ayant mené à terme leur grossesse<sup>(5)</sup> a permis de déterminer que la prévalence du VHC était de 1,19 % en Ile-de-France et de 1,09 % en région PACA, soit des prévalences trois fois plus élevées que celles de l'infection à VIH, dans les deux régions de Métropole les plus touchées par le sida.

Une seconde enquête menée auprès de volontaires pour un examen de santé de la sécurité sociale<sup>(6)</sup> donnent des résultats relativement comparables pour la prévalence de l'Ile-de-France (1,04 %). En revanche, celle observée en région PACA apparaît nettement plus élevée (1,82 %) et les écarts entre les deux enquêtes sont difficiles à interpréter.

Seuls 24 % des personnes ayant une sérologie positive avaient connaissance de leur statut sérologique avant l'enquête menée dans les centres de la sécurité sociale, ce qui pose le problème de l'accès précoce aux soins.

## La mortalité par hépatites est en nette augmentation depuis 1986

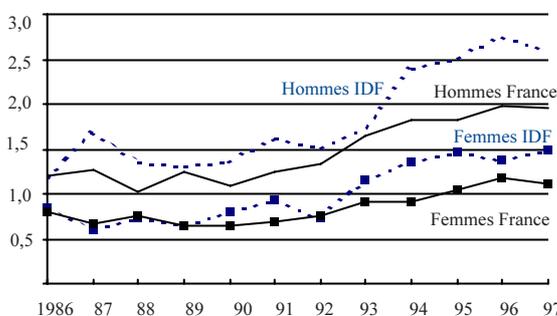
### La part des décès par hépatites a plus que doublé

Entre 1986 et 1996, le pourcentage de décès par hépatites (aiguës et chroniques) de personnes domiciliées en Ile-de-France, parmi l'ensemble des décès de la région, a été multiplié par 3,5 chez les hommes et par près de 2 chez les femmes. En 1986, pour 10 000 décès enregistrés chez des hommes franciliens, 9 étaient des décès par hépatites, en 1996, on relève 30 décès par hépatites pour 10 000 décès, chez les femmes les chiffres sont passés de 11 à 19 décès.

### Les taux standardisés de mortalité par hépatites montrent une surmortalité en Ile-de-France

Cette surmortalité s'observe quelle que soit l'année pour les hommes et depuis 1990 pour les femmes (cf. graph. 1). On note une très nette augmentation des taux standardisés de mortalité entre 1986 et 1995, notamment depuis 1992 où, en Ile-de-France, les taux ont été multipliés par 1,5 chez les hommes et par 2 chez les femmes.

Graph. 1 : Taux standardisés\* de mortalité par hépatites aiguës ou chroniques en France et en Ile-de-France (pour 100 000 habitants)



\* standardisés sur la population totale de la France recensée en 1990

Sources : Inserm SC8, recensement de 1990, exploitation ORS-Ile-de-France.

## La vaccination contre l'hépatite B : de la campagne nationale de 1994 à l'arrêt définitif des campagnes de vaccination dans les collèges en 2000

### Les enjeux et la logique de la campagne nationale de vaccination de 1994-1998

La prévention de l'hépatite B repose essentiellement sur la vaccination. En 1991, face à la diffusion du VHB, l'Organisation Mondiale de la Santé a recommandé de développer des stratégies vaccinales contre l'hépatite B non plus seulement ciblées sur les seuls groupes à risque mais élargies à l'ensemble de la population. C'est dans ce contexte que, en France, la campagne massive de vaccination contre l'hépatite B a été lancée en 1994 : la vaccination a été inscrite dans le calendrier du nourrisson et une campagne de vaccination en milieu scolaire a été initiée auprès d'enfants de classe de 6ème. Cette campagne devait durer dix années, c'est-à-dire le temps que la première cohorte de nourrissons vaccinés ait atteint l'âge d'entrée en 6ème<sup>(9)</sup>. En mars 1998, on estime que 26 millions de personnes avaient déjà été vaccinées en France : environ 18 millions d'adultes, 7 millions d'enfants ou d'adolescents de moins de 15 ans et 1 million de nourrissons<sup>(10)</sup>. En septembre 1998, l'incidence de la maladie avait diminué des deux tiers environ<sup>(11)</sup>.

### Les doutes sur le vaccin

Dès 1994, les cliniciens ont commencé à rapporter des cas d'atteintes démyélinisantes centrales et périphériques chez des personnes vaccinées, ainsi que des cas de pathologies auto-immunes. Il ne s'agit là que d'observations cliniques et il est difficile d'affirmer une relation de cause à effet entre la vaccination contre le VHB et la survenue de ces manifestations. A ce jour, aucune étude n'apporte de résultats permettant de formuler des conclusions définitives : la relation de causalité est loin d'être démontrée mais les études épidémiologiques ne peuvent pas l'écarter de façon irrévocable. Néanmoins, une étude bénéfiques/risques<sup>(9)</sup> fait ressortir que le bénéfice cumulé sur vingt ans du vaccin contre l'hépatite B est supérieur au risque potentiel (et non démontré), cela même dans

l'hypothèse la plus défavorable. D'après des études, le risque putatif de vaccination d'une cohorte de 800 000 enfants serait de 2 cas d'atteinte neurologique pour éviter 3 hépatites fulminantes, 60 à 150 hépatites chroniques et 12 à 30 cancers du foie<sup>(12)</sup>.

### Une décision basée sur le principe de précaution

En octobre 1998, le ministère de la Santé a pris la décision, basée sur le principe de précaution, de suspendre provisoirement le programme de vaccination dans les collèges. Cette décision a été rendue définitive en mars 2000.

Pour la majorité des hépatologues, il n'y a pas d'arguments valables pour modifier la stratégie de vaccination de l'adulte, basée essentiellement sur les sujets à risque d'exposition par le virus de l'hépatite B (personnel de soin en particulier). Par ailleurs, il n'a pas été signalé d'atteintes démyélinisantes centrales chez les enfants âgés de moins de 7 ans alors même que 6 millions de doses de vaccin contre l'hépatite B ont été administrées chez les nourrissons. La question qui reste en suspens est celle du grand enfant ou de l'adolescent chez qui le risque individuel d'atteinte auto-immune ou neurologique pourrait dépasser le risque de contamination par le VHB. La vaccination doit-elle être freinée chez les adolescents ? Quels sont les moyens pour le prescripteur d'évaluer les risques de neuropathie chez le patient ?

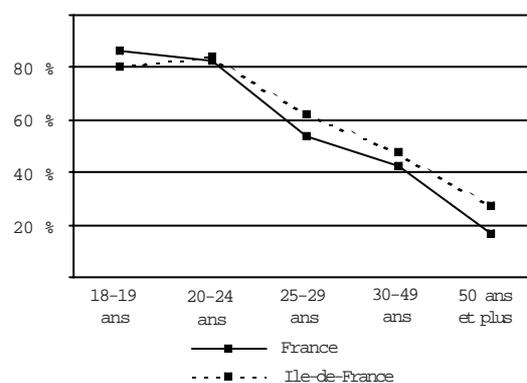
Actuellement, il paraît difficile d'établir un consensus concernant la vaccination contre l'hépatite B. Outre les conséquences en terme de santé publique de cette suspension de la vaccination, le risque existe également de voir se développer dans la population des réactions de suspicion à l'égard de l'ensemble des vaccinations. L'enseignement à tirer est qu'un programme de vaccination généralisée doit nécessairement se doubler d'un programme de surveillance, notamment des éventuels effets indésirables.

## La couverture vaccinale contre l'hépatite B

La couverture vaccinale dépend principalement de l'âge des personnes

Les données de l'enquête KABP réalisée en 1998 (4) montrent que la couverture vaccinale contre l'hépatite B dépend principalement de l'âge. En Ile-de-France comme sur l'ensemble du territoire, le pourcentage de personnes vaccinées contre le VHB décroît très nettement passant de plus de 80 % entre 18 et 24 ans à environ 20 % à 50 ans et plus (cf. Graph. 2). Ceci est très probablement le résultat de la campagne nationale d'incitation à la vaccination contre l'hépatite B qui s'adressait tout particulièrement "aux adolescents, aux jeunes adultes et aux parents afin de les informer et de susciter chez eux une démarche de vaccination volontariste et active"\*. En Ile-de-France, comme en France, près de la moitié des personnes vaccinées déclarent l'avoir été entre 1996 et février 1998 (date de l'enquête) alors que le vaccin contre l'hépatite B est disponible depuis les années 80. Actuellement, on estime que, en France, 40 % de la population serait vaccinée.

Graph. 2 : Pourcentage de personnes en Ile-de-France et en France déclarant en 1998 avoir été vaccinées contre le virus de l'hépatite B selon l'âge



Source : KABP 1998, ORS Ile-de-France

La vaccination contre l'hépatite B est surtout effectuée en population générale, indépendamment des caractéristiques de l'activité sexuelle

Les personnes qui ont déclaré avoir eu au moins deux partenaires au cours des douze mois précédant l'enquête comme celles qui ont déclaré ne pas avoir utilisé des préservatifs durant cette même période ne sont pas plus nombreuses que les autres à être vaccinées contre l'hépatite B. Ceci suggère que les motifs de vaccination contre le VHB ne sont pas associés aux comportements à

risque tels que le multipartenariat et la non-utilisation des préservatifs. Et de fait, parmi les personnes vaccinées, plus de 60 % des motifs de la vaccination cités ne sont ni liés à un risque professionnel, ni à un risque sexuel, ni à l'état de santé. Ces données indiquent que les vaccinations ont principalement été effectuées dans le cadre des campagnes en population générale.

## Chez les médecins généralistes, des pratiques ciblées de prescription du dépistage de l'hépatite C

Le nombre moyen de tests prescrits varie selon la commune où exerce le médecin

L'enquête Baromètre Santé menée auprès de médecins généralistes (7) en 1998/99 permet de constater que la prescription des tests de dépistage du VHC est une pratique médicale relativement fréquente. En France, au cours du mois précédent l'enquête, 77 % des médecins ont prescrit au moins une sérologie VHC, soit un pourcentage légèrement moins fréquent que les sérologies VIH (86 %). Parmi les généralistes ayant prescrit une sérologie VHC, le nombre moyen de ces sérologies est d'autant plus élevé que la commune est grande, passant, en milieu rural, de 3,3 sérologies au cours du dernier mois à 4,7 à Paris.

Les médecins appartenant à des réseaux de soins ont des pratiques plus ciblées

Les tests sont principalement proposés par les médecins aux patients ayant un risque important de contamination par le VHC. Les usagers de drogues sont les plus nombreux à se voir proposer un test, suivis par les personnes transfusées. Une autre enquête menée chez des médecins généralistes de la région lyonnaise (8) confirme ces pratiques de dépistage et montre que les médecins appartenant à un réseau de soins prescrivent des tests de dépistage du VHC de façon plus ciblée en direction des personnes ayant été en situation de risque de contamination au VHC que ceux n'appartenant pas à un réseau de soins.

\* CFES, *Vaccination et communication : un cadre pour les actions nationales 1997-1999*, CFES, 1997, p. 55.

## Les usagers de drogue par voie intraveineuse sont très touchés par le VHC

La plus grande partie des personnes infectées par le VHC sont des usagers de drogue par voie intraveineuse

Les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) peuvent avoir des comportements particulièrement à risque pour les hépatites virales, notamment pour l'hépatite C. La transmission du VHC s'effectue lors du partage du matériel servant à la préparation et à la consommation de drogue par voie intraveineuse (seringue surtout, mais aussi cuillère, filtre, eau de dilution, etc.). Une enquête menée au niveau national sur les patients mis sous traitement pour hépatite C chronique dans les établissements de santé durant le premier semestre 1998<sup>(13)</sup> montre que 37 % des patients traités sont ou ont été des usagers de drogue par voie intraveineuse.

La majorité des usagers de drogues par voie intraveineuse résidant dans les CSSTH sont contaminés par le VHC

La grande majorité des résidents des CSSTH qui connaissent leur statut sérologique sont séropositifs pour l'hépatite C, avec une séroprévalence plus élevée en Ile-de-France qu'en France (60 % et 54 %) et pour la seule région d'Ile-de-France, une prévalence nettement plus élevée à Paris (68 %).

Les UDI ont une séroprévalence pour le VHC beaucoup plus élevée que les toxicomanes non-injecteurs, quel que soit le lieu des centres. Dans ceux d'Ile-de-France, le pourcentage de personnes séropositives pour le VHC est de

La connaissance du statut sérologique pour le VIH et pour le VHC est élevée parmi les résidents des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes avec Hébergement (CSSTH) à la différence du VHB<sup>(14)</sup>.

La plupart des résidents des CSSTH d'Ile-de-France, comme de France, connaissent leur statut sérologique pour le VIH (en moyenne 93 % entre 1993 et 1998) et pour le VHC (en moyenne 83 % entre 1996 et 1998). En revanche, la connaissance du statut sérologique pour le VHB est particulièrement faible puisque, entre 1997 et 1998, en moyenne, seuls 17 % des résidents des centres franciliens déclaraient le connaître. Par ailleurs, 43 % déclaraient ignorer s'ils étaient vaccinés contre l'hépatite B, seuls 16 % déclaraient l'être.

68 % parmi les UDI et de 14 % chez les non-injecteurs. Les UDI qui ont fait leur première injection avant 1984 sont 80 % à être contaminés par le VHC. Dans les centres parisiens où l'écart est le plus élevé entre la prévalence des UDI et celle des non-injecteurs, le pourcentage de ceux qui sont séropositifs pour le VHC est respectivement de 74 % et de 10 %.

Que ce soit chez les UDI ou les toxicomanes non-injecteurs, la séroprévalence pour le VHC est restée stable au cours des cinq semestres allant du 1er janvier 1996 au 31 juillet 1998.

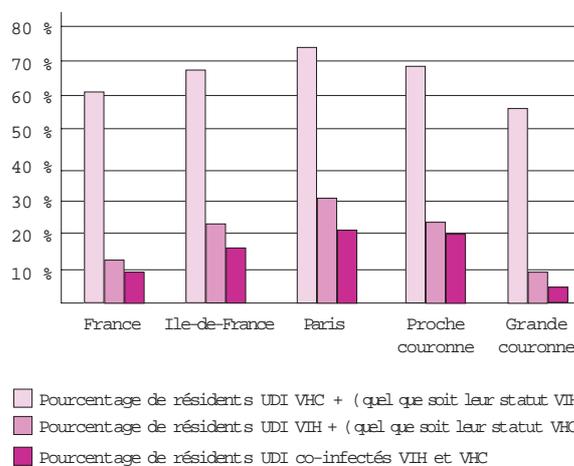
Deux fois plus d'UDI co-infectés par le VIH et le VHC dans les CSSTH d'Ile-de-France que dans ceux de province

Parmi l'ensemble des UDI résidant dans les centres de soins d'Ile-de-France, 17 % sont co-infectés par le VIH et le VHC contre 8 % dans le reste du pays, 50 % sont infectés uniquement par le VHC et 4 % uniquement par le VIH. Au total, 71 % des UDI sont infectés par le VIH et/ou par le VHC. Ce dernier pourcentage est de 78 % à Paris et de 59 % en moyenne en France.

Pour la seule région d'Ile-de-France, le pourcentage de résidents UDI séropositifs pour le VIH, pour le VHC ou co-infectés par le VIH et le VHC diffère assez nettement selon les zones de prise en charge (cf. graph. 3). Les usagers de drogue résidant dans les CSSTH sont donc trois fois plus touchés par l'hépatite C que par le VIH/Sida.

Les pratiques de réduction des risques, notamment relatives à l'hépatite C, ne sont pas mises en oeuvre par tous les toxicomanes. Une enquête réalisée en 1998 dans les pharmacies du Val-de-Marne et des Hauts-de-Seine auprès de 320 acheteurs de Stéribox<sup>(15)</sup> montre en effet que 52 % d'entre eux ont partagé une cuillère servant pour l'injection au cours du dernier mois et parmi ces usagers, 24 % de leur "co-injecteur" ont ré-utilisé une seringue.

Graph. 3 : Séroprévalence au VIH et au VHC parmi les UDI résidant dans des centres de soins pour toxicomanes (CSSTH) selon le lieu des centres du 1er semestre 1996 au 1er semestre 1998



Source : CESES, Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC et VHB chez les résidents des CSSTH, exploitation ORS Ile-de-France.

## La prévention des hépatites virales B et C

### La prévention de l'hépatite C

En l'absence de vaccination, la prévention de l'hépatite C repose, à l'heure actuelle, sur la réduction des risques liés à la contamination par voie sanguine.

- La sélection et le dépistage systématique depuis 1991 des anticorps anti-VHC chez les donneurs de sang et d'organes a permis une réduction majeure de la transmission du virus de l'hépatite C. La contamination par transfusion sanguine a quasiment disparu en France : on évalue le risque résiduel à 3,6 par million de dons <sup>(16)</sup>.
- La décontamination du matériel réutilisable, selon les recommandations officielles, est fondamentale non seulement pour les personnels médicaux mais aussi chez les dentistes, les acupuncteurs, les coiffeurs et les personnes réalisant des "actes corporels", tels que le tatouage, le piercing, la dermatographie, etc.
- Des efforts majeurs restent à faire pour maîtriser la transmission chez les usagers de drogue par voie intraveineuse : plus de 50 % d'entre eux s'infecteraient lors de la première année de toxicomanie <sup>(2)</sup>. L'accès facilité aux seringues stériles et aux trousse de prévention dans les pharmacies, à travers les Programmes d'échanges de seringues ou encore dans les distributeurs a été l'un des éléments de la politique publique de prévention des risques infectieux en favorisant l'usage unique et non-partagé des seringues et du matériel annexe d'injection. De même, la diffusion, depuis 1995, des traitements de substitution aux opiacés a également comme objectif de limiter les risques, notamment infectieux.
- La transmission sexuelle est possible au cours de rapports traumatiques, notamment anaux, ou pendant la période menstruelle. L'utilisation d'un préservatif est donc vivement recommandée dans ces circonstances. Pour les

couples stables sérodifférents, on recommande une sérologie chez le partenaire, mais l'utilisation systématique du préservatif ne semble pas nécessaire.

- Pour l'entourage des personnes contaminées, des précautions simples doivent être prises pour éviter le contact sang à sang : pansement immédiat sur les plaies et proscription du partage d'objets de toilette comme les rasoirs et les brosses à dents. Il n'y a par contre aucun risque pour les actes de la vie courante.

L'incitation au dépistage ciblé, dans le but d'une prise en charge précoce, est régulièrement renouvelée à travers des communications publiques et des informations en direction des professionnels impliqués dans la prévention de l'hépatite C (médecins, tatoueurs, etc.).

### Prévention de l'hépatite B

La prévention de l'hépatite B repose essentiellement sur la vaccination. Celle-ci doit être systématique dans les groupes à risque et en particulier chez les personnels de santé, les nouveau-nés de mère porteuse du virus et les proches d'une personne porteuse de l'antigène Hbs. Toute personne non-vaccinée ayant été en contact accidentellement avec du sang contaminé par le VHB bénéficiera d'une injection de gammaglobulines spécifiques anti-VHB ainsi que d'une vaccination.

- L'élimination du don du sang des sujets contaminés a été une étape majeure pour la prévention des hépatites B post-transfusionnelles.
- La transmission sexuelle a de même été réduite par l'utilisation systématique de préservatifs.
- La transmission du virus de l'hépatite B est possible par la salive, la sueur, les larmes, l'urine. Aussi des mesures d'hygiène simples doivent être respectées : non-partage de la brosse à dents, du rasoir, des couverts personnels, etc.

Nous remercions Caroline Six (InVS, CESES) pour la transmission des données de la région Ile-de-France issues de l'enquête semestrielle réalisée chez les résidents des CSSTH ainsi que Gilles Pialoux (Hôpital de l'Institut Pasteur).

Les données présentées dans ce Bulletin de Santé sont principalement issues des documents suivants :

- (1) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *Dépistage de l'hépatite C, populations à dépister et modalités du dépistage*, recommandations du comité d'experts réuni par l'ANAES, janvier 2001.
- (2) Desenclos J.C., Pol S., "Confrontation des conférences de consensus française et américaine sur l'hépatite C", *Transcriptase*, n° 68, septembre 1998, pp. 4-9.
- (3) CFES, Baromètre Santé Jeunes 1997/98, exploitation des données d'Ile-de-France, ORS Ile-de-France.
- (4) ORS Ile-de-France, *Les connaissances, attitudes, croyances face au sida en France*, Evolutions 1992-1994-1998 ORS, avril 1999 et *Les connaissances, attitudes, croyances face au sida en Ile-de-France*, Evolutions 1992-1994-1998 ORS, avril 1999.
- (5) Couturier E. et al., "Séroprévalence des anticorps anti-VHC dans un échantillon exhaustif de femmes ayant terminé leur grossesse en régions Ile-de-France - Alpes-Côte d'Azur", *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 5, 1996.
- (6) Dubois F. et al., "Séroprévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C dans un échantillon national d'assurés sociaux volontaires à un examen de santé de la sécurité sociale", *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 5, 1996.
- (7) CFES, *Baromètre Santé Médecins généralistes*, CFES, Vanves, 1999.
- (8) Sahajian F. et al., "Dépistage du virus de l'hépatite C par les médecins généralistes : analyse des pratiques actuelles dans la région lyonnaise", *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 28, 1999.
- (9) Levy-Bruhl D. et al., "Comparaison entre les risques de premières atteintes démyélinisantes centrales aiguës et les bénéfices de la vaccination contre l'hépatite B", *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 9, 1999.
- (10) Delmotte H., "Le principe de précaution à l'épreuve de la vaccination contre l'hépatite B", *Le journal des hépatites*, n° 2, mars 2000, pp. 34-37.
- (11) Dab W., "Vaccination contre l'hépatite B : une difficile décision de santé publique", *Transcriptase*, n° 73, avril 1998, pp. 2-5.
- (12) CRIPS, "Trente-cinquième rencontre du Crips : Prévention des hépatites", *Lettre d'Information*, n° 51, septembre 1999.
- (13) Haury B. et al., "Enquête sur les patients mis sous traitement pour hépatite C chronique dans les établissements de santé", *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 35, 1999.
- (14) Six C., Hamers F., Brunet J.-B. (CESES), *Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC et VHB chez les résidents des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes avec Hébergement (CSSTH), juillet 1993 à juin 1998*, exploitation des données d'Ile-de-France, ORS Ile-de-France.
- (15) Imbert E. et al., "Contaminations virales liées à l'injection", 1999.
- (16) Desenclos J.-C. et al., "Epidémiologie de l'hépatite C et stratégies de surveillance", *Méd Mal Infect*, n° 29, 1999, pp. 325-331.