

dans le réseau Rénago. Cependant, le réseau Sentinelles® regroupant des médecins généralistes, probablement proche du réseau Rénago pour le recrutement des patients, met en évidence un pourcentage plus élevé d'hétérosexuels consultant pour une uréthrite masculine (88%) [5] que dans le réseau RésIST. Ces résultats confirment que les patients touchés par une infection à gonocoques ne se restreignent pas aux populations avec des pratiques à risque comme les hommes homosexuels. L'analyse de la sensibilité aux antibiotiques des gonocoques a mis en évidence une diminution de la sensibilité des souches aux céphalosporines. En Asie, l'apparition des souches résistantes à ces antibiotiques ces trois dernières années est documentée. En 2010, le CNR a identifié la première souche de gonocoque hautement résistante à la ceftriaxone en France. L'émergence de ces résistances et l'augmentation des échecs thérapeutiques qui pourrait en découler peuvent contribuer à l'augmentation de la transmission. L'étude réalisée en 2008 auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles® a montré que plus de 50% des médecins prescrivaient de la ciprofloxacine et 60% ne prenaient pas en compte la co-infection avec *Chlamydia trachomatis* trois ans après les nouvelles recommandations de l'Afssaps [6].

Ces résultats soulignent l'importance de rappeler et évaluer les bonnes pratiques diagnostiques et thérapeutiques. Une mise à jour des recommandations a été réalisée fin 2008 et diffusée à l'ensemble des professionnels de santé du secteur public et privé [7].

Conclusion

L'analyse des données de surveillance des infections à gonocoques montre une progression inquiétante. Cette évolution est le reflet d'une augmentation des comportements sexuels à risque. Elle laisse présager l'augmentation de la transmission d'IST plus graves, notamment du VIH, des hépatites B dans des populations jeunes moins averties de la nécessité de se protéger. L'application des recommandations de l'Afssaps pour la prise en charge de ces infections par le corps médical doit être accompagnée de la préconisation des mesures de prévention auprès du public pour diminuer la transmission des infections à gonocoques et plus largement celle des IST.

Remerciements

Nous remercions les laboratoires pour leur participation au réseau Rénago et les cliniciens des Ciddist du réseau RésIST participant au recueil des données des infections à gonocoques (liste sur le site web de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr>).

Références

- [1] Gallay A, Bouyssou A, Lassau F, Basselier B, Sednaoui P. Les infections à *Neisseria gonorrhoeae* en France en 2006 : progression importante chez les femmes et augmentation persistante des résistances à la ciprofloxacine. *Bull Epidemiol Hebd.* 2008;(5-6):33.
- [2] Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect.* 2004;80:255-63.
- [3] Herida M, Desenclos JC, Martin IM, Goulet V, Laurent E, Sednaoui P. Increase of *Neisseria gonorrhoeae* ciprofloxacin resistance in France in 2001-2003. *Sex Transm Dis.* 2006;(33):6-7.
- [4] GRASP 2008 report. Trends in Antimicrobial Resistant Gonorrhoea. Health Protection Agency. London. 2009. Disponible à : http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1245914959952
- [5] Bilan annuel 2009 du réseau Sentinelles. Disponible à : <http://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/?rub=39>
- [6] Prise en charge thérapeutique du traitement probabiliste des uréthrites non compliquées. Application des recommandations sur la prise en charge thérapeutique du traitement probabiliste des uréthrites non compliquées. Réseau Sentinelles-Inserm –UPMC UMR-S 707. Report p. 45. Disponible à : http://websenti.b3e.jussieu.fr/sentiweb/?rub=28&view=2008Falchi_sentinelle
- [7] Traitement antibiotique probabiliste des uréthrites et cervicites non compliquées. Afssaps. actualisation-octobre 2008. Disponible à : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/cbe108d870b0b9e38f3b40cfdde1d46.pdf

Régionalisation de la surveillance de la syphilis et d'autres IST : principes et premiers résultats en Languedoc-Roussillon (France), 2009

Cyril Rousseau¹ (cyril.rousseau@ars.sante.fr), Hugues Aumaître², Éric Picot³, Isabelle Brosson⁴, Vincent Tribut³, Delphine Viriot¹

1/ Cellule interrégionale d'épidémiologie Languedoc-Roussillon, Montpellier, France
2/ Centre Hospitalier de Perpignan, France
3/ Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, Montpellier, France
4/ Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, Nîmes, France

Résumé / Abstract

Introduction – Le réseau RésIST rassemble les cliniciens volontaires pour signaler à l'Institut de veille sanitaire les cas de syphilis, gonococcies et lymphogranulomatoses ano-génitales. Depuis 2008, la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) Languedoc-Roussillon pilote cette surveillance au niveau régional.

Méthode – Les modalités d'animation régionales sont décrites ainsi que les cibles prioritaires de la communication. Les données de signalements des infections sexuellement transmissibles (IST) sont décrites et comparées avec les années précédant la régionalisation de la surveillance.

Résultats – En 2009, la participation au réseau a nettement augmenté pour les centres de dépistage. Les données provenaient de 11 déclarants (centres de dépistage, hospitaliers et libéraux) contre moins de 5 en 2007 et 2008. On a observé une diversification des IST signalées, alors que le nombre de syphilis s'est stabilisé.

Conclusion – Ces résultats suggèrent un impact positif de la régionalisation de cette surveillance, avec un doublement de la participation et une diversification des pathologies rapportées. L'amélioration de la connaissance des dynamiques régionales permet de mieux cibler les priorités de santé publique en région.

Regionalization of syphilis and other sexually transmitted infections surveillance: principles and preliminary results in Languedoc-Roussillon (France), 2009

Introduction – RESIST is a network based on the voluntary participation of clinicians, who report cases of syphilis, gonorrhoeae and lymphogranuloma venereum. Since 2008, the Languedoc-Roussillon Regional Epidemiological Unit of the French Institute for Public Health Surveillance is in charge of its coordination.

Methods – Modalities of regional activities are described as well as the priority communication targets. Sexually transmitted infections (STIs) are described and compared with years preceding the regionalization of the survey.

Results – In 2009, participation in the network increased sharply. Data were provided by 11 medical partners (screening centres, private and hospital practice, or in specialized centers or in hospitals, while only five partners provided them in 2007 and 2008. A diversification of the notified STIs is observed, whereas the number of syphilis cases remained stable in spite of an increasing number of participants in surveillance.

Conclusion – The regionalisation of this surveillance seems to have a positive impact. The participation is increasing and there is a diversification of the reported diseases. Regionalisation allows a better knowledge of the regional trends, which can help choose public health priorities.

Mots clés / Key words

Syphilis, surveillance, infections sexuellement transmissibles, homosexuel masculin, régionalisation / Syphilis, surveillance, sexually transmitted infections, MSM, regionalization

Introduction

Dans un contexte de recrudescence de la syphilis, un dispositif de surveillance prospective, basée sur le volontariat, de trois infections sexuellement transmissibles (IST) : syphilis, gonococcie, lymphogranulomatose vénérienne (LGV), est piloté au niveau national depuis les années 2000. Son objectif est de décrire l'évolution de ces pathologies, leurs caractéristiques cliniques, épidémiologiques et comportementales, et de renforcer les partenariats avec les cliniciens impliqués dans le dépistage et la prise en charge des IST.

Seul un nombre limité de centres de dépistage participait à cette surveillance en Languedoc-Roussillon depuis 2002, posant la question de la représentativité des données obtenues et rendant délicat un suivi des tendances régionales.

En 2008, la Cellule interrégionale d'épidémiologie en région Languedoc-Roussillon (Cire) a repris le pilotage de cette surveillance au niveau régional. Le bénéfice attendu était un renforcement du réseau de déclarants (réseau de surveillance des IST appelé « RésIST ») et une meilleure connaissance des dynamiques régionales, permettant à l'Agence régionale de santé (ARS) de mieux cibler les priorités régionales tant du point de vue de l'adoption de son plan stratégique régional de santé (PSRS) que de la définition de l'offre de soins.

Cet article décrit la mise en œuvre de cette régionalisation, ses premiers résultats, et présente les questions qu'elle soulève.

Méthodes

Les cas d'IST inclus dans cette surveillance étaient :

- les syphilis précoces cliniques et biologiques dans leurs formes primaires, secondaires et latentes de moins d'un an ;

- les gonococcies accompagnées d'une mise en évidence de souches de *Neisseria gonorrhoeae* par culture à partir de tout prélèvement ;

- les LGV, évoquées en présence de signes cliniques de rectite ou ulcération ano-génitale avec PCR *chlamydia* positive.

Les déclarants potentiels étaient des cliniciens exerçant en structure de dépistage (centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist), centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)), en structure hospitalière ou en ville. Par convention, tout clinicien signalant au moins une IST à l'Institut de veille sanitaire (InVS) fait partie du réseau RésIST.

Pour mettre en place la surveillance régionale, les cibles prioritaires identifiées ont été les structures de dépistage, certains services hospitaliers et une liste restreinte de médecins libéraux. Les 11 structures de dépistage de la région ont été ciblées (10 Ciddist-CDAG et 1 CDAG pour une région de 2,5 millions d'habitants comprenant 5 départements), ce qui représentait environ 20 cliniciens déclarants potentiels. Les responsables de 12 services hospitaliers, dont sept de médecine, trois de maladies infectieuses et deux de dermatologie, ont aussi été contactés, regroupant 30 déclarants potentiels. Une dizaine de médecins libéraux (généralistes, dermato-vénérologues, proctologues) ont aussi été

identifiés comme prenant en charge des IST ou l'infection VIH de façon régulière.

Un courrier d'invitation à participer au réseau, comportant un mode d'emploi simplifié du signalement (définitions de cas et modalités) ainsi qu'une adaptation régionale des supports de signalement, leur a été adressé. Cette démarche était complétée de visites sur site pour les services hospitaliers.

L'animation régionale de la surveillance a reposé sur un comité de suivi, composé de membres faisant partie des structures suivantes : Ciddist Montpellier, Ciddist Nîmes, Ciddist Perpignan, CHU Montpellier, CHU Nîmes, CH Perpignan, ARS et Cire Languedoc-Roussillon, et dont les rôles ont été :

- de valider la méthodologie pour faire connaître le réseau ;
- de discuter les résultats ;
- de participer à l'interprétation des tendances, avec la possibilité de formuler des propositions d'analyse.

Ce comité s'est réuni au moins une fois par an.

La Cire était destinataire des signalements qu'elle validait avant de les transmettre au niveau national. Elle assurait également la rétro-information au moyen d'un accusé de réception, de la diffusion de messages électroniques trimestriels rapportant la progression des signalements, ainsi que par le biais de la tenue de rencontres régionales organisées en lien avec l'ARS. Une plaquette régionale a été éditée en janvier 2010 pour présenter aux déclarants potentiels les résultats de l'année 2009, après un an de régionalisation.

Les données des signalements ont été saisies au niveau national avec une extraction biannuelle. Afin d'analyser l'effet de la régionalisation de la surveillance, une analyse descriptive des données de 2009 a été effectuée par centre et par clinicien déclarant. Les données ont été comparées à celles des années antérieures à la régionalisation. Elles ont aussi été comparées aux données des rapports d'activité 2009 des Ciddist/CDAG.

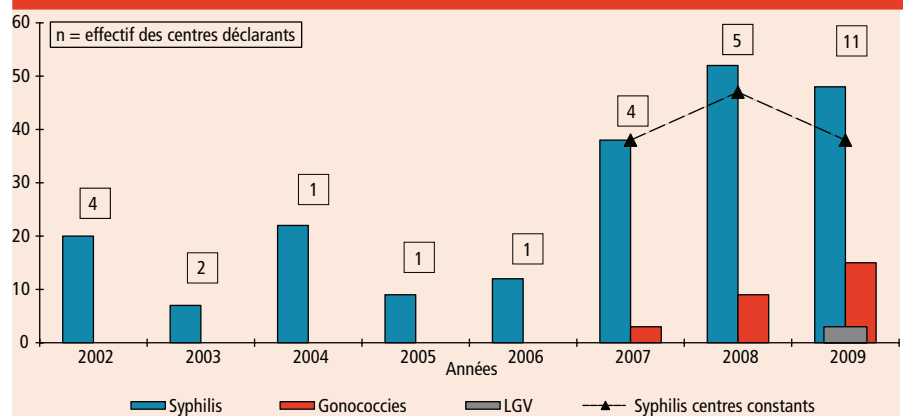
Résultats

Participation au réseau RésIST

En 2009, le nombre de sites déclarants est passé d'une médiane de deux sites entre 2002 et 2007 à 11, témoignant d'une forte augmentation par rapport aux années antérieures (figure 1). Un début d'augmentation était observé dès 2008 avec cinq sites déclarants. Le taux de participation des Ciddist et des CDAG s'est établi à 82% en 2009 (9 structures sur 11, dont 4 participaient pour la première fois). Un seul service hospitalier (maladies infectieuses) sur les 12 contactés a contribué au signalement avec six cliniciens participants. Deux praticiens libéraux sur 10 contactés ont signalé pour la première fois des IST en 2009, s'ajoutant à des praticiens ayant déclaré les années antérieures. Le total des praticiens signalant une IST en 2009 s'est élevé à 17 sur 60 déclarants potentiels sollicités, dont 40% n'avaient jamais participé au réseau RésIST.

Des disparités territoriales du nombre de signalements ont été observées (tableau 1), avec un

Figure 1 Évolution du nombre de cas d'IST par an. Réseau RésIST, Languedoc-Roussillon, 2002-2009 / Figure 1 Number of sexually transmitted diseases per year, RESIST network, Languedoc-Roussillon (France), 2002-2009



* LGV = Lymphogranulomatose vénérienne

Tableau 1 Nombre de cas d'IST par pathologie et par département. Réseau RésIST, Languedoc-Roussillon, 2009 / Table 1 Number and type of sexually transmitted diseases per district, RESIST network, Languedoc-Roussillon (France), 2009

	n (%)	Population légale 2008 n (%)	Syphilis primaire	Syphilis secondaire	Syphilis latente précoce	Gonococcie	LGV*
Aude	2 (3%)	358 293 (14%)	0	0	2	0	0
Gard	13 (20%)	709 776 (27%)	3	3	1	5	1
Hérault	31 (47%)	1 037 686 (39%)	3	11	7	9	1
Lozère	0 (0%)	81 083 (3%)	0	0	0	0	0
Pyrénées-Orientales	20 (30%)	450 239 (17%)	3	6	9	1	1
Ensemble région	66 (100%)	2 637 077 (100%)	9	20	19	15	3

* LGV : lymphogranulomatose vénérienne

nombre plus élevé de cas dans deux départements par rapport à leur poids démographique (Hérault et Pyrénées-Orientales), alors que les signalements ont été moins fréquents dans d'autres (Gard, Aude et Lozère).

Les signalements de cas de syphilis ont été comparés aux données issues des rapports d'activité 2009 des Ciddist/CDAG (figure 2) : la progression du taux de signalement des syphilis diagnostiquées dans ces structures est régulière depuis 2006 avec, en 2009, le signalement de la quasi-totalité des cas de syphilis vus en centres de dépistage.

Signalements d'IST

Soixante-six IST (48 syphilis, 15 gonococcies et 3 LGV) ont été rapportées en 2009, ce qui confirme une augmentation. Cette hausse paraît néanmoins modeste au regard de l'augmentation du nombre de sites déclarants.

On observe une diversification des diagnostics déclarés par rapport à la période antérieure à la régionalisation, avec l'apparition de cas de LGV, jamais signalées auparavant dans la région au sein de ce réseau, et une augmentation des signalements de gonococcies.

Le nombre total de syphilis déclarées a légèrement diminué en 2009 après avoir fortement augmenté entre 2006 et 2008. Une analyse de tendance à « centres déclarants constants » (pour les quatre centres ayant déclaré des IST) pour les années 2007 à 2009, montre que les signalements de syphilis fluctuent de 38 à 47, puis à nouveau à 38 cas, entre 2007 et 2009.

Les 48 personnes atteintes de syphilis en 2009 étaient majoritairement des hommes (sex-ratio de 11 hommes pour 1 femme, comparable aux données nationales), d'âge moyen compris entre 34 et 37 ans

[extrêmes : 18-62 ans], avec une nette prédominance des homosexuels et bisexuels masculins (tableau 2). La proportion de personnes chez qui une sérologie VIH était connue positive au moment du diagnostic de syphilis était de 33%.

Les hommes représentaient 93% des personnes ayant un diagnostic de gonococcie. Leur âge moyen était proche de 26 ans, nettement inférieur à l'âge des cas de syphilis rapportés. La répartition selon l'orientation sexuelle montrait la prédominance des homosexuels et bisexuels masculins (80%) ; aucune de ces personnes n'avait de diagnostic d'infection VIH au moment du diagnostic de la gonococcie.

Les personnes atteintes de LGV avaient une contamination homosexuelle et une notion d'infection à VIH dans deux cas sur trois. L'âge médian des patients était de 42 ans. *Chlamydia trachomatis* était mise en évidence par PCR et le génotypage de la souche a été effectué par le CNR des infections à *Chlamydiae* (Université Victor Segalen, Bordeaux).

Discussion-conclusion

Une forte augmentation de la participation des structures de dépistage à la surveillance a été observée en 2009, avec un taux de participation de 82% et une augmentation du nombre de cliniciens impliqués. Un début d'augmentation était noté dès 2008 avec cinq sites déclarants, pouvant s'expliquer par les effets de la loi de recentralisation d'août 2004 sur l'organisation des structures.

Le nombre de signalements a augmenté de façon moins importante que le nombre de déclarants en raison du recrutement de déclarants effectuant peu de signalements. Pour la syphilis, l'étude des rapports d'activité des centres de dépistage montre une

progression et, pour 2009, une bonne adéquation entre les signalements et les rapports d'activité confirmant l'adhésion des cliniciens. Alors que cette phase de régionalisation n'est opérationnelle que depuis un an, il paraît possible de tendre vers l'exhaustivité des signalements des IST par les Ciddist et les CDAG.

La régionalisation de la surveillance a donc des effets positifs, elle participe à une dynamique de progression du signalement des IST. Cette évolution est à mettre en relation d'une part avec les effets de la loi d'août 2004 instituant un pilotage régional par l'État, et d'autre part avec les actions nationales de promotion du réseau RésIST par l'InVS.

Avec 17 déclarants sur 60 cliniciens sollicités et 40% de nouveaux déclarants parmi eux, et au regard des moyens engagés par la Cire, cette stratégie paraît efficiente. Le passage à une deuxième étape visant à mobiliser plus de services hospitaliers et de praticiens libéraux est en cours. Cependant, malgré un ciblage et des visites sur site, cette augmentation de la participation est moindre au niveau hospitalier et des praticiens libéraux contactés. Le nombre important de déclarants potentiels au sein d'un service hospitalier suppose une action importante de sensibilisation et une organisation adéquate pour réaliser ce signalement.

Les disparités du nombre de signalements observées entre départements, indépendamment de leur poids démographique respectif, peuvent s'expliquer par une adhésion variable au dispositif, ainsi que par des différences d'attractivité. En effet, certains usagers, notamment dans les petites localités, peuvent préférer s'éloigner de leur domicile pour des raisons de confidentialité.

La diversification des signalements d'IST, avec une augmentation des gonococcies et l'apparition de diagnostics de LGV, correspond probablement aussi au renforcement de la sensibilisation des sites et de la motivation des cliniciens à signaler. Pour autant, les personnes suivies en milieu hospitalier sont sous-représentées dans ces données régionales, alors que des différences importantes existent entre les personnes dépistées à l'hôpital et celles qui fréquentent les centres de dépistage.

Les limites de représentativité des données rendent difficile l'interprétation des tendances régionales. Une analyse à centres constants suggère une tendance à la stabilisation du nombre de syphilis et peut correspondre au recul observé nationalement depuis 2008 [1], cette stabilisation n'étant observée qu'en 2009 dans la région Languedoc-Roussillon. La région Languedoc-Roussillon aurait donc une épidémie retardée par rapport à d'autres régions métropolitaines (Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais). Une estimation de l'incidence régionale de certaines de ces IST devrait être l'objet de travaux à venir permettant de mobiliser une seconde source de données, comme les laboratoires d'analyse de biologie médicale et les laboratoires hospitaliers. Sous certaines limites liées à la complexité de l'interprétation de résultats biologiques, une approche de l'incidence des cas de syphilis et des gonococcies diagnostiquées en région est envisagée.

Figure 2 Comparaison des cas de syphilis signalés et des données issues des rapports d'activité des Ciddist et CDAG, Languedoc-Roussillon, 2009 / Figure 2 Comparison of notified syphilis and annual reports of CIDDIST and CDAG, Languedoc-Roussillon (France), 2009

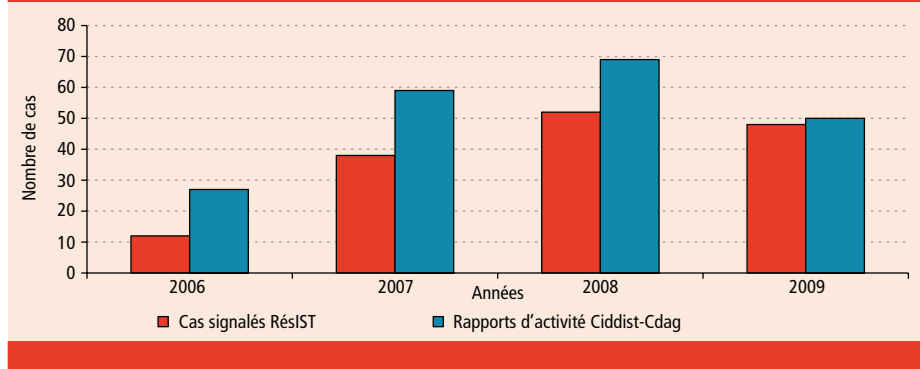


Tableau 2 Caractéristiques des cas d'IST en 2009, Réseau RésIST, Languedoc-Roussillon, 2009 / Table 2 Characteristics of sexually transmitted diseases. RESIST network. Languedoc-Roussillon (France), 2009

	Total*	Syphilis primaire	Syphilis secondaire	Syphilis latente précoce	Gonococcie	LGV**
Total cas	65	9	20	19	15	3
Homme	60	8	19	17	14	3
Femme	5	1	1	2	1	0
Âge moyen	33,8	33,9	36,9	35	26,1	45
Statut VIH						
VIH+	18	0	8	8	0	2
VIH-	47	9	12	11	15	1
Homo/bisexuel masculin (n)	(55) 85%	(7) 78%	(18) 90%	(16) 84%	(12) 80%	(3) 100%
Homme hétérosexuel (n)	(4) 6%	(1) 11%	(1) 5%	(1) 5%	(1) 7%	(0) 0%
Femme hétérosexuelle (n)	(6) 9%	(1) 14%	(1) 5%	(2) 11%	(2) 13%	(0) 0%

* Données manquantes pour un cas de syphilis ** Lymphogranulomatose vénérienne

La prédominance des modes de contamination homo et bisexuel pour les syphilis et gonococcies, ainsi que l'âge particulièrement jeune des personnes atteintes de gonococcie, sont des éléments préoccupants car ils témoignent de l'importance des pratiques à risque chez des personnes encore non contaminées par le VIH [2], avec un nombre de signalements augmentant comme au niveau national [3]. Une co-infection VIH est connue pour 33% des cas. Ceci est inférieur aux données nationales et peut s'expliquer par la faible représentation des services hospitaliers au sein du réseau RésIST en région Languedoc-Roussillon. Les personnes ayant un diagnostic de syphilis primaire étaient toutes négatives pour le VIH, ce qui est cohérent avec les données nationales du réseau RésIST [4]. Les consultations avec dépistage et diagnostic d'une IST

comme une gonococcie ou une syphilis précoce chez de jeunes patients non infectés par le VIH doivent clairement être mises à profit pour tenter d'agir sur les comportements et la gestion individuelle de la prise de risque sexuel.

Le renforcement des partenariats qui résulte de la régionalisation de la surveillance est donc aussi un élément favorable à une meilleure adaptation des actions de prévention menées par l'ARS et ses partenaires, ainsi qu'à une dynamique positive pour la Cire, en lien avec les cliniciens et acteurs locaux de santé publique.

Remerciements

À l'ensemble des équipes des Ciddist et des CDAG de la région, l'ensemble des participants à la surveillance, aux membres du comité de suivi, et au Dr E. Schwartzentruber, ARS Languedoc-Roussillon.

Références

- [1] Institut de veille sanitaire. Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) au 31 décembre 2009 - Rénago, Rénachla et RésIST. Données au 31 décembre 2009. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2011. 10 p. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr>
- [2] Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: A modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2010;(10):682-7.
- [3] Gallay A, Bouyssou-Michel A, Lassau F. Les infections à *Neisseria gonorrhoeae* en France en 2006 : progression importante chez les femmes et augmentation persistante des résistances à la ciprofloxacine. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008;(5-6):33-6.
- [4] Bouyssou Michel A, Gallay A, Janier M, Dupin N, Halioua B, Alcaraz I, et al. Surveillance de la syphilis en France, 2000-2006 : recrudescence des diagnostics en 2006. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008;(5-6):39-42.

L'infection par le virus de l'hépatite B : une maladie sexuellement transmissible

Denise Antona (d.antona@invs.sante.fr), Marie-José Letort, Christine Larsen, Daniel Lévy-Bruhl

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

La France appartient aux pays de faible endémie vis-à-vis de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB), avec une prévalence de l'Ag HBs estimée à 0,65% et une incidence des hépatites aiguës symptomatiques à 1/100 000 habitants. Le taux de mortalité imputable au VHB est estimé à 2,2/100 000 habitants. Mais plus de la moitié des personnes porteuses de l'Ag HBs ignore leur séropositivité et la transmission de l'hépatite B par voie sexuelle reste préoccupante. Elle constitue le principal mode de transmission de l'infection (plus de 35% des cas notifiés d'hépatites aiguës B symptomatiques).

Le fait que l'homme soit l'unique réservoir du virus permet d'envisager une prévention très efficace de cette infection par la vaccination. La capacité du vaccin à réduire l'incidence des hépatites aiguës B puis à diminuer le risque d'infection chronique est démontrée. Mais les couvertures vaccinales des nourrissons et des adolescents en France sont encore très insuffisantes, n'atteignant pas 50%. Il est donc impératif d'améliorer l'application des recommandations vaccinales, ciblant non seulement nourrissons et pré-adolescents, mais aussi les nouveau-nés de mère porteuse de l'Ag HBs et les personnes à risque accru d'infection par le VHB.

Ainsi, deux actions majeures de santé publique doivent être promues en France : augmenter la couverture vaccinale et améliorer les pratiques de dépistage de l'hépatite B avec recherche de l'antigène HBs chez les personnes susceptibles d'avoir été exposées à ce virus pour une prise en charge précoce et la mise en place de mesures de prévention (incluant dépistage des proches et vaccination contre l'hépatite B).

Mots-clés / Key words

Hépatite B, maladie sexuellement transmissible, épidémiologie, France / *Hepatitis B, sexually transmitted disease, epidemiology, France*

Introduction

On estime actuellement que deux milliards d'habitants de la planète sont infectés par le virus de l'hépatite B (VHB) au cours de leur vie, et que 350 millions (8,5% de la population mondiale) sont porteurs chroniques du virus [1], constituant un réservoir permettant la continuité de la transmission virale. En raison de son évolution possible vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire, l'infection

par le VHB constitue un problème majeur de santé publique, y compris dans les pays de faible endémie¹

¹ Il existe trois zones de prévalence du portage de l'Ag HBs : zones de forte endémie avec une prévalence $\geq 8\%$ (Afrique subsaharienne, Asie du Sud-Est, Chine méridionale, Bassin amazonien) ; zones de prévalence intermédiaire comprise entre 2 et 7% (Proche-Orient, Amérique Centrale et du Sud, Asie Centrale, sous-continent Indien, certains pays de l'Europe du Sud et de l'Est) ; zone de faible endémie avec une prévalence $< 2\%$ (Europe de l'Ouest et du Nord, Amérique du Nord, Australie).

comme la France. Dans les zones de forte endémie¹, le risque d'acquérir l'infection au cours d'une vie entière est supérieur à 60% et la majorité des infections sont acquises à la naissance ou au cours des premières années de vie. Dans les zones de faible endémie, le risque d'acquérir l'infection au cours d'une vie entière est inférieur à 20%, la contamination survenant surtout à l'âge adulte et la voie sexuelle étant le mode de transmission majeur [2].