

Bilans réguliers de surveillance - Maladies infectieuses

Regular assessments of surveillance - Infectious diseases

- p.425 **Surveillance des hépatites B aiguës par la déclaration obligatoire, France, 2004-2006**
Surveillance of acute hepatitis B cases through mandatory notification, France, 2004-2006
- p.429 **Prévalence des infections nosocomiales, France, 2006**
Prevalence of nosocomial infections, France, 2006
- p.432 **Prévalence des traitements antibiotiques dans les établissements de santé, France, 2006**
Prevalence of antibiotic treatments in healthcare facilities, France, 2006
- p.437 **Les infections invasives à méningocoque en France en 2006**
Invasive meningococcal disease in France, 2006
- p.441 **La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France : résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale, 2002**
Diphtheria, tetanus and poliomyelitis immunization coverage in French adults: results of the Health and Social Protection survey, 2002
- p.445 **La rougeole en France : bilan de 24 mois de surveillance par la déclaration obligatoire, juillet 2005-juin 2007**
Measles in France: 24 months report of mandatory notification, July 2005-June 2007
- p.449 **Épidémie hivernale de gastro-entérites aiguës en France, 2006-2007**
Epidemiological and virological gastro-enteritis activity in France, 2006-2007

Surveillance des hépatites B aiguës par la déclaration obligatoire, France, 2004-2006

Denise Antona (d.antona@invs.sante.fr), Marie-José Letort, Yann Le Strat, Corinne Pioche, Elisabeth Delarocque-Astagneau, Daniel Lévy-Bruhl
Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction – Depuis mars 2003, la surveillance des infections aiguës par le virus de l'hépatite B repose sur la déclaration obligatoire des cas. Nous présentons ici les résultats de cette surveillance de 2004 à 2006.

Méthodes – Biologistes et cliniciens déclarent auprès de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales les cas d'hépatite B aiguë définie ainsi : toute personne chez qui des immunoglobulines M anti-HBc sont détectées pour la première fois ; à défaut, toute première détection d'antigène HBs et d'anticorps anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite aiguë. Une enquête rétrospective nationale a été réalisée en 2006 afin d'évaluer l'exhaustivité de la DO et d'estimer l'incidence, en réalisant un tirage au sort des laboratoires d'analyses médicales selon un plan de sondage aléatoire stratifié, puis en s'intéressant aux tests effectués par ces laboratoires.

Résultats – 469 cas correspondant aux critères de notification ont été retenus comme des hépatites B aiguës, avec une prédominance chez les hommes et chez les 30-49 ans. On ne retrouve pas d'expositions à risque dans 28,9 % des cas. 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 %), la vie en institution (5,3 %). L'usage de drogues est retrouvé dans un peu plus de 2 % des cas. La

Surveillance of acute hepatitis B cases through mandatory notification, France, 2004-2006

Introduction – Since March 2003, surveillance of acute hepatitis B infections in France is based on mandatory notification of cases. This paper presents the results of this surveillance from 2004 to 2006.

Methods – Biologists and clinicians notify to the local health authorities acute hepatitis B infections defined as: any person in whom M anti-HBc immunoglobulin is found positive for the first time; failing this result, a first positive result for HBs Ag, together with positive total AntiHBc antibodies in a context of acute hepatitis, are then taken into account. A national retrospective survey was conducted in 2006 to evaluate the notification exhaustivity and estimate the incidence, using a stratified random sample of biological laboratories, and looking at their activity and results.

Results – 469 cases corresponding to the case definition were notified, predominantly in men and among individuals aged 30-49 years. In 28.9% of cases, no risk exposure could be found. The most documented exposures are: sexual risk behaviours (35.5%), stay in average to high endemic countries (22.6%), family exposure (8.3%), and stay in institutions (5.3%). Drug use is found in around 2% of cases. Half of notified cases could have been avoided

moitié des cas notifiés auraient pu être évités si les recommandations de vaccination en vigueur avaient été respectées.

L'enquête d'exhaustivité montre que le nombre de cas en 2005 peut être estimé à 628 [IC95 % : 564-694], soit une incidence d'1 cas pour 100 000 habitants [IC95 % : 0,92-1,14].

Conclusion – Il apparaît impératif, en France, d'améliorer l'application des recommandations vaccinales et des mesures de prévention autour des cas, avec un dépistage renforcé pour les personnes à risque.

if current immunisation recommendations had been applied adequately.

The survey showed that the estimated number of cases occurring in 2005 was 628 [CI95%: 564-694], i.e. an incidence of 1 case for 100,000 inhabitants [CI95%: 0,92-1,14].

Conclusion – *In France, improved compliance with national immunisation recommendations, and a better application of prevention measures around a case, with strengthened HBV screening for individuals at risk are priority issues.*

Mots clés / Key words

VHB, surveillance, hépatites B aiguës, incidence / HBV, surveillance, acute hepatitis B, incidence

Introduction

Avec une prévalence du portage de l'antigène HBs (AgHBs) estimée à 0,65 % en 2004, la France fait partie des pays de faible endémie pour l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB). Cette faible prévalence correspond toutefois à près de 281 000 personnes porteuses chroniques du VHB, constituant ainsi un réservoir non négligeable pour la transmission de l'infection. De plus, seulement 45 % des personnes âgées de 18 à 80 ans porteuses de l'AgHBs connaissent leur statut [1].

L'hépatite B est une maladie à prévention vaccinale. Le risque de passage à la chronicité est inversement proportionnel à l'âge, avec un risque majeur quand l'infection est contractée avant l'âge de 5 ans [2]. Le calendrier vaccinal français cible les nourrissons dès l'âge de 2 mois, les enfants avant 13 ans, et les sujets à risque [3,4].

Depuis mars 2003¹, la surveillance des infections aiguës par le VHB repose sur la déclaration obligatoire des cas (DO). Auparavant, les données nationales sur l'épidémiologie de l'hépatite B provenaient du réseau « Sentinelles » de médecins généralistes (Inserm U707).

Nous présentons ici les cas d'hépatite aiguë B symptomatique déclarés du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2006, ainsi que les principaux résultats d'une enquête menée en 2006 auprès des laboratoires de biologie médicale (LABM) pour estimer les cas incidents et l'exhaustivité de la DO.

Matériel et méthodes

L'objectif de la surveillance basée sur la DO est d'estimer l'incidence des formes aiguës symptomatiques confirmées par la biologie, de suivre les tendances et de contribuer à l'évaluation de l'impact des politiques de prévention.

Un cas d'hépatite B aiguë est défini comme toute personne chez qui des immunoglobulines M anti-HBc sont détectées pour la première fois ; à défaut, un cas est défini par toute première détection d'antigène HBs et d'anticorps anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite aiguë (augmentation importante des ALAT avec ou sans ictère). La procédure et le circuit de cette déclaration obligatoire sont détaillés sur le site de l'InVS² et ont fait l'objet de publications [5,6] ; pour rappel, c'est le biologiste qui initie la notification et, en cas de doute, c'est au médecin prescripteur de préciser le caractère aigu de l'hépatite en complétant les données cliniques et épidémiologiques.

Les résultats de la première année de surveillance par la DO étaient en faveur d'une sous-déclaration

des cas [5]. Une enquête rétrospective nationale a été réalisée en 2006 afin d'évaluer l'exhaustivité de la DO et d'estimer l'incidence des hépatites B aiguës. Le principe a été de tirer au sort des LABM selon un plan de sondage aléatoire stratifié, puis de s'intéresser aux tests effectués par ces laboratoires. La base de sondage utilisée était celle établie par l'Afssaps en 2005, incluant l'ensemble des laboratoires français inscrits pour le contrôle national de qualité. Pour avoir un effectif suffisant dans chaque région, un minimum de 450 LABM était requis. Lors d'enquêtes similaires, un taux de participation de 60 % après deux relances ayant été observé, il a donc été décidé de tirer au sort 750 laboratoires parmi les 4 478 que compte la base. Une stratification a été réalisée, prenant en compte le statut du laboratoire (privé, public ou dépendant du service de santé des armées), et la région géographique (5 inter-régions téléphoniques de France métropolitaine et DOM/TOM), soit 18 strates au total. Dans chaque strate, les LABM ont été tirés au sort avec des fractions de sondage à allocations proportionnelles, à savoir avec une distribution des laboratoires en fonction des strates identique dans l'échantillon et dans la population. Un échantillon de 749 LABM a été ainsi constitué. Ils étaient répartis en 650 (86,8 %) laboratoires privés, 96 (12,8 %) publics et 3 (0,4 %) dépendant du service de santé des armées. Le questionnaire adressé aux LABM renseignait sur les données d'activité spécifiques au VHB en 2005, et sur les patients retrouvés positifs soit pour les IgM antiHBc soit, pour la première fois, conjointement pour les anticorps antiHBc totaux et l'antigène HBs (AgHBs). Deux relances (courrier et téléphone) ont été effectuées auprès des non-répondants. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata version 9. Les estimations prenant en compte le plan de sondage (poids de sondage, stratification et degrés du sondage) ont été ensuite redressées par post-stratification. Pour les LABM publics, ce redressement a été réalisé sur le nombre total de coefficients B (coefficient de cotation des actes de biologie) de chaque laboratoire en utilisant la base SAE (Statistiques annuelles des établissements) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, stratifiée par zone d'étude et d'aménagement du territoire. Pour les laboratoires privés, nous avons utilisé la base de données du Sniiram (Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie) comportant le nombre de coefficients B relatif aux sérologies anti-HBc réalisées par région.

Résultats

Déclarations obligatoires des cas, 2004-2006

Entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2006, 783 fiches de déclaration sont parvenues à l'InVS (252 en 2004, 247 en 2005 et 284 en 2006).

Délais de déclaration et validation des fiches

Le délai médian entre la date de la sérologie et la déclaration du biologiste à la Ddass est de 7 jours, avec des extrêmes allant de 1 à 211 jours. Le délai médian entre la date de sérologie et celle de la réception des fiches par l'InVS est de 85 jours (extrêmes allant de 8 à 470 jours). Ce long délai est lié à la difficulté des Ddass à coupler et valider les fiches (en particulier pour récupérer le double de la fiche de déclaration à compléter par le prescripteur) ou bien à l'absence d'identification de prescripteur précis (en particulier dans les services hospitaliers). Sur les 783 déclarations reçues, 469 cas (60 %) correspondant aux critères de notification ont été retenus comme des hépatites B aiguës, dont 13 pour lesquels seule la fiche de DO du biologiste était disponible.

Ainsi, 314 notifications ont été exclues : 12 cas ont été considérés comme des hépatites aiguës possibles sur la biologie seule, mais les éléments disponibles ne permettaient pas de trancher entre une hépatite aiguë et une réactivation ; 131 cas étaient des hépatites chroniques confirmées par le prescripteur (dont 44 réactivations), auxquels s'ajoutaient 9 cas de réactivation suspectés sur la seule biologie ; 141 étaient des déclarations ne correspondant pas aux critères de DO ; 3 concernaient des ressortissants étrangers ayant bénéficié d'une greffe hépatique pour hépatite aiguë B fulminante ; enfin pour 18 notifications, les renseignements étaient insuffisants, avec des résultats biologiques ininterprétables et impossibilité de retrouver le prescripteur.

Principales caractéristiques épidémiologiques des cas
Les 469 cas d'hépatite B aiguë se répartissent ainsi sur les 3 années : 140 en 2004, 147 en 2005 et 182 en 2006. Les caractéristiques des cas étant identiques selon l'année, les résultats sont présentés globalement.

A l'exception des régions Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, pour lesquelles le nombre de déclarations varie respectivement de 25 à 58 et de 4 à 18 selon l'année, les cas annuels notifiés par région sont compris entre 0 et 11 (tableau 1).

¹ Article R 3113-3 du Code de la santé publique (issu du décret n° 99-362 du 6 mai 1999).

² http://www.invs.sante.fr/surveillance/hepatite_b/default.htm

Tableau 1 Nombre annuel de cas d'hépatite B aiguë déclaré par région (en fonction du lieu de résidence des cas, n=461), France, 2004-2006
Table 1 Number of acute hepatitis B cases notified each year, according to the region of residence of the cases (n=461), France, 2004-2006

| Région | Année | | | Total |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | |
| Alsace | 6 | 4 | 7 | 17 |
| Aquitaine | 5 | 6 | 4 | 15 |
| Auvergne | 2 | 1 | 3 | 6 |
| Basse-Normandie | 6 | 2 | 1 | 9 |
| Bourgogne | 1 | 4 | 3 | 8 |
| Bretagne | 4 | 3 | 9 | 16 |
| Centre | 3 | 3 | 1 | 7 |
| Champagne | 3 | 2 | 2 | 7 |
| Franche-Comté | 0 | 4 | 3 | 7 |
| Haute-Normandie | 6 | 5 | 6 | 17 |
| Ile-de-France | 54 | 35 | 58 | 147 |
| Languedoc-Roussillon | 5 | 3 | 7 | 15 |
| Limousin | 2 | 0 | 3 | 5 |
| Lorraine | 1 | 7 | 9 | 17 |
| Midi-Pyrénées | 10 | 9 | 5 | 24 |
| Nord - Pas de Calais | 2 | 7 | 8 | 17 |
| Provence | | | | |
| Alpes - Côte d'Azur | 4 | 18 | 17 | 39 |
| Picardie | 3 | 1 | 2 | 6 |
| Pays de Loire | 3 | 11 | 5 | 19 |
| Poitou-Charentes | 5 | 4 | 0 | 9 |
| Rhône-Alpes | 6 | 9 | 10 | 25 |
| DOM | 7 | 8 | 14 | 29 |
| Guadeloupe | 1 | 1 | 0 | |
| Martinique | 3 | 1 | 3 | |
| Guyane | 3 | 1 | 6 | |
| Réunion | 0 | 5 | 5 | |
| Total | 138 | 146 | 177 | 461 |

Le prescripteur est un médecin hospitalier pour 277 cas (59 %) et un médecin libéral pour 192 cas (41 %). Le laboratoire déclarant est hospitalier pour 272 cas (58 %), et un laboratoire de ville pour 197 cas (42 %).

Le sexe ratio H/F est de 2,15 (320/149). La distribution par classes d'âge est comparable entre les sexes (figure 1) avec prédominance des cas observée surtout dans la classe d'âge 30-39 ans (26,8 % du total des cas, 28,4 % pour les hommes et 23,5 % pour les femmes) suivie par les 40-49 ans (20,5 % du total des cas, 23,8 % pour les hommes et 13,4 % pour les femmes). Les moyennes d'âge et les médianes sont proches (moyennes respectivement à 41 ans pour les hommes et 37 ans pour les femmes avec des médianes respectives de 39 et 34 ans).

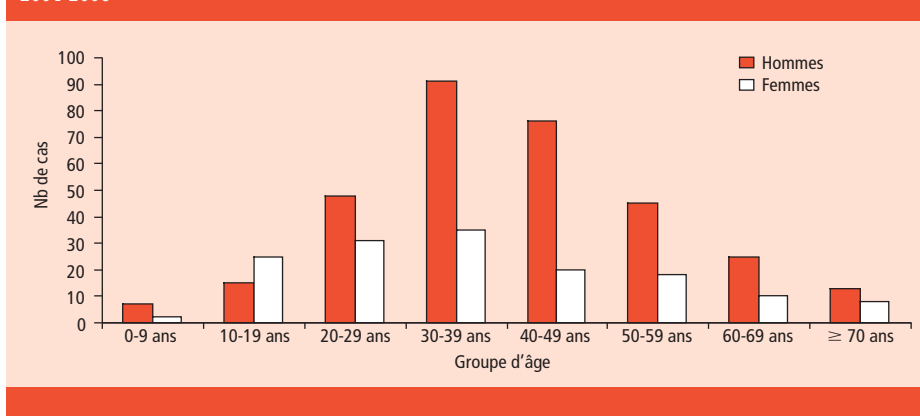
Pour 13 notifications, les informations cliniques et épidémiologiques n'ont pas pu être complétées auprès du prescripteur. L'analyse des signes cliniques, du statut vaccinal et des facteurs de risque potentiels a donc pu être réalisée pour 456 des 469 DO (97 %).

L'ictère était présent dans 304 cas (66,6 %) et 213 patients (46,7 %) ont été hospitalisés, dont 13 avec un tableau d'hépatite fulminante³ (2,8 %) : 5 sont décédés en l'absence de greffe, 6 ont été greffés, 2 ont guéri spontanément.

Pour 342 des 415 cas pour lesquels la valeur des ALAT (alanine aminotransférase) était connue (82,4 %), cette valeur était au moins 10 fois supérieure à la normale du laboratoire, dont 23 (5,5 %), supérieure à 100 fois la normale du laboratoire.

³ Tableau d'encéphalopathie clinique (asterixis, confusion ou coma) et taux de prothrombine <50 %.

Figure 1 Distribution des cas notifiés d'hépatite B aiguë, en fonction de l'âge et du sexe, France, 2004-2006
Figure 1 Distribution of acute hepatitis B notifications, according to age and gender, France, 2004-2006



Cinq patients auraient été vaccinés avec au moins 3 doses de vaccin (données déclaratives pour 4 d'entre eux). Il s'agissait de 4 hommes et 1 femme, âgés de 19 à 56 ans au moment du diagnostic. Deux d'entre eux auraient été vaccinés alors qu'ils étaient âgés de plus de 25 ans (dont un ambulancier : vaccination documentée avec 7 doses de vaccin sans immunité conférée), mais les trois autres l'auraient été entre 9 et 13 ans par 3 ou 4 doses de vaccin.

Sur les 456 cas, 127 (27,9 %) n'ont signalé aucune exposition potentiellement à risque au cours des 6 mois précédant les signes, 229 cas en ont précisé une seule (50,2 %) et 100 en ont signalé 2 ou plus (21,9 %).

Les expositions à risque 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 %), la vie en institution (5,3 %). L'usage de drogues est retrouvé dans un peu plus de 2 % des cas (tableau 2). En ce qui concerne les soins invasifs, 4 personnes ont cité une transfusion dans les 6 mois précédents le diagnostic : pour aucun des deux cas transfusés en France l'investigation n'a confirmé de contamination possible ; les deux autres cas ont été transfusés dans un autre pays. Parmi les cas ayant rapporté une dialyse, un seul avait été dialysé en France, mais présentait aussi d'autres facteurs de risque.

En 2005, un cas de transmission au décours de soins liés à une intervention chirurgicale a été documenté et confirmé par une analyse phylogénétique des souches par le CNR. En ce qui concerne une éventuelle exposition professionnelle, un cas est survenu chez un ambulancier non répondeur à la vaccination pour lequel le seul facteur de risque retrouvé était un contact possible avec du sang ou des matériels biologiques, mais sans accident exposant au sang clairement identifié (les 14 autres professions citées n'incluaient aucun soignant).

En ce qui concerne le risque de transmission du VHB lié aux comportements sexuels, 34 (7,5 %) savaient avoir un partenaire porteur de l'AgHBs ; pour les 109 cas (23,9 %) ayant précisé avoir de multiples partenaires, 60 (55 %) avaient des rapports hétérosexuels, 34 (31 %) étaient des hommes ayant des rapports avec d'autres hommes et 15 (14 %) n'ont pas souhaité répondre. Chez les femmes, un risque sexuel est retrouvé pour 38 cas sur 145 (26,2 %). Chez les hommes, un risque sexuel est retrouvé pour 124 cas sur 311 (40 %) ; dont 86 avec des partenaires multiples (69,3 %) et 62 (50 %)

ayant des relations sexuelles avec au moins un partenaire sexuel masculin.

Au cours de ces trois années, un cas d'infection périnatale a été identifié chez un nourrisson de moins d'un an, né de mère positive pour l'AgHBs. L'enfant n'avait reçu aucune vaccination.

Enfin, 50,4 % des cas notifiés (230/456) avaient potentiellement une indication vaccinale et donc auraient pu être évités.

Enquête d'exhaustivité en laboratoire

Parmi les 749 laboratoires de notre échantillon, 468 (62 %) ont participé à l'enquête : 402 privés, 63 publics et 3 des armées. Il n'y avait pas de différence significative entre les taux de participation des LABM publics (66 %) et des LABM privés (62 %) (p<0,001 ; test Chi²), avec une répartition homogène du nombre des participants dans les inter-régions.

Tableau 2 Description des expositions potentiellement à risque au cours des six mois précédant les signes (456 déclarations d'hépatite B aiguë), France, 2004-2006
Table 2 Description of potential risk exposures, during the six months prior to diagnosis (456 notifications of acute hepatitis B cases), France, 2004-2006

| Exposition à risque | Nb de cas | % |
|--|-----------|------|
| Aucune | 127 | 27,9 |
| Risque sexuel | 162 | 35,5 |
| Partenaires multiples | 109 | 23,9 |
| Homme ayant des rapports sexuels avec un homme | 62 | 13,6 |
| Partenaire positif | 34 | 7,5 |
| Voyage en pays d'endémie | 103 | 22,6 |
| Soins invasifs | 45 | 9,9 |
| Transfusion | 4 | 0,9 |
| Chirurgie | 20 | 4,4 |
| Exploration invasive | 17 | 3,7 |
| Dialyse | 3 | 0,7 |
| Exposition familiale | 38 | 8,3 |
| Parent AgHBs + | 34 | 7,5 |
| Cas hépatite B aiguë | 11 | 2,4 |
| Autres | 9 | 2,0 |
| Usage de drogues | 10 | 2,2 |
| IV | 5 | 1,1 |
| Pernasales | 6 | 1,3 |
| Risque périnatal | 1 | 0,2 |
| Vie en institution | 24 | 5,3 |
| Profession exposée | 15 | 3,3 |
| Tatouage, piercing | 20 | 4,4 |

NB : les facteurs de risque évoqués pouvant être multiples, le total diffère de 100 %

Les réponses étaient exploitables pour 438 laboratoires, dont 171 (39 %) ont documenté des cas. Un total de 971 cas possibles ont été ainsi renseignés, parmi lesquels 352 (36,2 %) ont été rapidement exclus (283 diagnostics d'hépatite B chronique, auxquels s'ajoutaient 69 cas ne répondant pas aux critères d'inclusion dans l'enquête).

Sur les 619 cas analysés, 32 (5,2 %) ont pu être classés en réactivation et 182 cas (29,4 %) correspondaient à des cas d'hépatite aiguë B répondant à la définition de cas retenue dans la DO (avec, en cas d'absence de résultats pour les IgM, un contexte d'hépatite aiguë connu du laboratoire).

Par contre, 405 cas (65,4 %) concernaient des sujets pour lesquels les anticorps antiHbc et l'AgHbs étaient retrouvés positifs pour la première fois dans le laboratoire sans que les IgM antiHbc n'aient été recherchées ou renseignées, et sans que le contexte clinique d'hépatite aiguë soit connu du laboratoire. Au sein de ces 405 cas possibles, il était important de pouvoir obtenir une estimation des cas aigus. En l'absence de contribution possible du prescripteur, nous avons fait l'hypothèse d'une distribution des cas aigus et des autres situations identique à celle observée dans le cadre de la DO, lors de l'analyse des notifications parvenues à l'InVS. Au cours des années 2004 et 2005, sur un total de 154 notifications pour lesquelles seuls les Ac antiHbc totaux et l'AgHbs étaient testés et positifs, 30,5 % (47) avaient pu être classées comme des hépatites aiguës en fonction de caractéristiques cliniques et/ou sur la biologie hépatique, après exclusion des réactivations. Ainsi, la même proportion appliquée aux 405 cas possibles retrouvés dans l'enquête nous permettait d'évaluer à 123 le nombre d'hépatites B aiguës probables supplémentaires. Ceux-ci ont été redistribués de façon aléatoire au sein des 405 cas possibles, et cette redistribution aléatoire a été répétée 200 fois afin de réaliser à chaque fois une estimation de la fréquence des cas et d'en obtenir une distribution.

Nous avons pu ainsi estimer à 628 le nombre total d'hépatites aiguës B symptomatiques diagnostiquées au cours de l'année 2005, avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre 564 et 694 cas. Comparés au 147 cas identifiés via la DO en 2005, nous obtenons une exhaustivité de 23,4 % [IC95 % : 21,2 à 26].

Nous avons dans un second temps estimé l'exhaustivité de la déclaration en considérant uniquement les cas répondant à la définition d'une hépatite aiguë à partir des IgM antiHbc positifs seuls, en excluant les réactivations. L'exhaustivité estimée est alors de 49,1 % [IC95 % : 44,3 % - 54,6 %], calculée en rapportant les 112 cas de la DO en 2005 aux 228 cas estimés par l'enquête [IC95 % : 205-253]. Ces cas étaient pour 53,6 % d'entre eux déclarés par des laboratoires hospitaliers, alors que dans l'enquête ils ne représentaient que 43 % des cas.

Discussion

Depuis la mise en place de la DO en mars 2003, moins de 200 cas d'hépatites aiguës B symptomatiques répondant aux critères de la DO ont été notifiés chaque année.

Le nombre de cas est sous-estimé, comme l'indique l'enquête réalisée auprès des LABM sur leurs

données d'activité de 2005. Ainsi 147 cas d'hépatite aiguë B ont été retenus en 2005, alors que les résultats de l'enquête montrent que le nombre de cas en 2005 peut être estimé à 628 [IC95 % : 564-694], soit une incidence d'1 cas pour 100 000 habitants [IC95 % : 0,92-1,14], aboutissant ainsi à une exhaustivité de 23,4 % [IC95 % : 21,2 à 26]. Cette dernière étude a toutefois ses propres limites. D'une part, les données concernant les volumes d'activité précis des LABM privés n'étaient pas disponibles et, à l'étape du redressement des estimations nous avons dû, pour chaque laboratoire, utiliser des indices d'activités moyennes régionales et non individuelles. D'autre part, le diagnostic d'hépatite aiguë B est complexe, en particulier quand il repose sur les seuls résultats biologiques. Pour estimer le nombre total de cas incidents, nous devions considérer non seulement les résultats positifs pour les IgM antiHbc, mais également les cas possibles parmi les sujets trouvés positifs pour la première fois pour l'antigène Hbs et les anticorps antiHbc (définition de cas proche de celle utilisée pour les DO). Nous avons donc fait l'hypothèse que la proportion des cas d'hépatite B aiguë diagnostiqués en l'absence de dosage des IgM était la même que celle trouvée au sein de la DO, pour laquelle l'apport du médecin prescripteur permet d'assurer le diagnostic. Toutefois, pour évaluer l'exhaustivité de la DO attribuable aux seuls laboratoires, nous n'avons pris en compte que les diagnostics faits sur la présence d'IgM positifs, estimant alors cette exhaustivité à 49 %, avec une sous-déclaration touchant moins les laboratoires publics que privés.

Nous avons retrouvé les mêmes caractéristiques des cas notifiés que celles décrites lors de la première année de surveillance [5]. La moitié des cas avait potentiellement une indication vaccinale et aurait donc pu être évitée. De plus, 13 cas d'hépatite fulminante ont été diagnostiqués, dont 5 sont décédés et 6 ont pu bénéficier d'une greffe hépatique. On observe toujours une prédominance masculine et de la classe d'âge des 30-39 ans, suivie de très près par celle des 40-49 ans. On retrouve toujours la différence avec les données décrites en 1991-94 par le réseau « Sentinelles », avant la promotion de la vaccination contre l'hépatite B en 1995 [7], où la classe d'âge des 20-29 ans était alors la plus représentée. Cette différence pourrait s'expliquer par l'impact de la politique vaccinale ; en effet, les jeunes adultes actuels ont été, lors de leur adolescence entre 1994 et 1998, la population la plus vaccinée avec des couvertures vaccinales estimées entre 70 et 81 % selon les départements enquêtés [8]. Mais cet impact risque d'être limité dans le temps puisque, depuis, les taux de couverture des préadolescents et adolescents ont très nettement diminué après l'arrêt des campagnes en milieu scolaire. En effet, on observe une baisse de la couverture vaccinale de près de 30 % entre la couverture obtenue en 2001 en classe de 3^{ème} dans les cohortes d'enfants ayant bénéficié de la campagne de vaccination en 6^{ème} (62,4 %) et celle observée dans les mêmes tranches d'âge 3 ans plus tard (42,4 %) [9].

Pour ce qui est des facteurs de risque potentiels au cours des 6 mois précédant le début des signes, on retrouve pour la majorité d'entre eux des résultats très proches de ceux décrits par le réseau « Sentinelles », avant la vaccination, mais on note toute-

fois une diminution de la mention « utilisation de drogues » : 2,2 % des cas contre 19 % dans le réseau « Sentinelles » en 1991-1994.

Malgré l'obligation de dépistage du portage de l'AgHbs au cours de la grossesse, qui doit permettre une sérovaccination des nouveau-nés de mère porteuse de l'AgHbs, un cas de transmission materno-fœtale a été déclaré en 2006. En outre, la moitié des cas notifiés auraient pu être évités si les recommandations de vaccination en vigueur avaient été respectées, et le dépistage autour d'un cas effectué, en particulier autour d'un cas de portage de l'AgHbs familial ou d'un partenaire sexuel.

Au total, si les notifications des cas d'hépatite aiguë B symptomatiques restent inférieures à 200 cas par an depuis la mise en place de la DO, l'étude menée auprès des laboratoires en 2005 nous a permis d'estimer le nombre de cas symptomatiques à 628 [IC95 % : 564-694] soit une incidence des cas symptomatiques de 1 pour 100 000 habitants [IC95 % : 0,92-1,14]. Cette incidence est très inférieure à celle estimée en 1996 par le réseau « Sentinelles », qui était de 6 nouveaux cas pour 100 000 habitants [IC95 % : 2-12] [7] ; toutefois les méthodologies utilisées sont très différentes, rendant les comparaisons difficiles. Il convient aussi de rappeler que toute diminution de l'incidence ne sera suivie qu'avec retard d'une diminution sensible du nombre des personnes ayant une infection chronique par le VHB, et chez qui surviendront les complications tardives (cirrhose, carcinome hépatocellulaire). Il apparaît donc impératif, en France, d'améliorer l'application des recommandations vaccinales [3,4], mais également de renforcer le dépistage des personnes à risque et l'application de mesures de prévention autour des cas d'hépatite B aiguë et de portage chronique.

Remerciements

Les auteurs remercient tous les déclarants et les médecins de Ddass pour la notification des cas, les biologistes pour leur participation à l'enquête d'exhaustivité.

Références

- [1] Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos JC. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006 ; 113 p. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/vhb_france_2004.pdf
- [2] Shapiro CN. Epidemiology of hepatitis B. *Pediatr Infect Dis J*. 1993 ; 12(5):433-7.
- [3] Calendrier vaccinal 2007. Avis du haut conseil de la santé publique de France, 5 juillet 2007. *Bull Epidemiol Hebd*. 2007 ; 31-32:269-88. http://www.invs.sante.fr/beh/2007/31_32/beh_31_32_2007.pdf
- [4] Direction générale de la santé - Comité technique des vaccinations. La vaccination contre l'hépatite B. In: Guide des vaccinations. Saint Denis: Inpes, 2006: 183-95.
- [5] Antona D, Delarocque-Astagneau E, Levy-Bruhl D. Déclaration obligatoire des hépatites B aiguës : résultats de la première année de surveillance, France, 1^{er} mars 2003 - 1^{er} mars 2004. *Bull Epidemiol Hebd*. 2005 ; 31:157-60.
- [6] Antona D. L'hépatite B aiguë en France : aspects épidémiologiques. *Hepato Gastro*. 2006 ; 13(1):51-61.
- [7] Flahault A, Dreau H, Farran N, Carrat F, Chauvin P, Massari V, et al. Épidémiologie des maladies transmissibles en médecine générale - Bilan du réseau « Sentinelles » en 1996. *Bull Epidemiol Hebd*. 1997 ; 33:149-51.
- [8] RNSP, Cellules interrégionales d'épidémiologie, SPSFE. Évaluation de la couverture du programme de vaccination hépatite B dans les collèges. *Bull Epidemiol Hebd*. 1997 ; 51:225-7.
- [9] Antona D, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D, Guignon N, De Peretti C, Niel X, et al. Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats de enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004. *Bull Epidemiol Hebd*. 2007 ; 6:45-9.