



## Évolution de la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les patients vus à la consultation de médecine générale d'un centre de référence pour toxicomanes

Jérôme Sclafer, Élisabeth Avril, Dominique Boubilley, Jean-Pierre Lhomme, Jules Merleau-Ponty

Centre médical Marmottan, Paris

### INTRODUCTION

La prévalence de l'hépatite B chez les usagers de drogues est élevée en raison des risques liés aux injections, mais aussi en raison d'autres prises de risques, notamment sexuels. La prévention repose, d'une part sur une modification des pratiques d'injection et sur la protection des rapports sexuels par préservatifs, d'autre part sur la vaccination contre l'hépatite B qui protège à plus de 90 % contre le risque d'infection [1,2,3].

Malgré la recommandation depuis plusieurs années de proposer systématiquement la vaccination contre l'hépatite B aux usagers de drogues, la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B reste élevée dans cette population [4].

La Consultation de médecine générale du Centre médical Marmottan (CMGM), au sein d'une structure spécialisée dans la prise en charge des toxicomanes, reçoit gratuitement et anonymement les patients usagers de drogues ayant une plainte somatique ou nécessitant un suivi médical. Les usagers s'adressant à cette consultation ont pour la plupart déjà été en contact avec d'autres institutions en raison de leur toxicomanie.

### MATÉRIEL ET MÉTHODES

Depuis novembre 1998, les données essentielles concernant les patients vus à la consultation sont collectées par questionnaire standardisé lors de la première consultation, puis actualisées lors de consultations ultérieures si les données collectées datent de plus de six mois. Entre autres, le statut vaccinal contre l'hépatite B est demandé systématiquement et les résultats sérologiques déclarés ou présentés par le patient sont notés.

Lors de la première consultation, environ 15 % des patients se savent déjà immunisés contre l'hépatite B en raison d'un antécédent d'infection aiguë, d'une infection chronique ou d'une « hépatite B guérie ». Pour estimer la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les patients vus à la CMGM, nous avons limité notre analyse aux patients consultant pour la première fois, sans antécédent déclaré d'hépatite B.

### RÉSULTATS

Les questionnaires standardisés de 549 nouveaux patients ayant consulté pour la première fois entre le 1<sup>er</sup> janvier 1999 et le 31 décembre 2001 au CMGM ont été analysés.

Dans la cohorte 1999 (1<sup>re</sup> consultation en 1999), le statut vaccinal contre l'hépatite B était connu par 41,8 % des patients. Parmi ceux-ci, 45,3 % ont déclaré avoir reçu au moins trois injections de vaccin contre l'hépatite B.

La couverture vaccinale a fortement diminué dans les cohortes suivantes (voir tableau 1). Dans la cohorte 2000, le statut vaccinal contre l'hépatite B était connu par 44,5 % d'entre eux. Parmi ceux-ci, 15,6 % ont déclaré avoir reçu au moins trois injections de vaccin contre l'hépatite B.

Tableau 1

Caractéristiques des nouveaux patients, sans antécédent d'hépatite B clinique ou sérologique, connaissant leur statut vaccinal contre l'hépatite B

	cohorte 1999 total=64		cohorte 2000 total=77		cohorte 2001 total=120	
Hommes	49/64	(76,6 %)	58/77	(75,3 %)	98/120	(81,7 %)
Age moyen (ans)	30,4		33,2*		32,7*	
Nationalité française	46/56	(82,1 %)	47/66	(71,2 %)	74/108	(68,5 %)
Auto-injecteur	39/48	(81,3 %)	50/72	(69,4 %)	79/117	(67,5 %)
HIV positif	5/57	(8,8 %)	4/67	(6,0 %)	7/101	(6,9 %)
HCV positif	26/51	(51,0 %)	33/56	(58,9 %)	45/91	(49,5 %)
• > ou = 3 doses vaccin	29	(45,3 %)	12	(15,6 %)†	26	(21,7 %)*
• 1 à 2 doses vaccin	10	(15,6 %)	13	(16,9 %)	21	(17,5 %)
• jamais	25	(39,1 %)	52	(67,5 %)	73	(60,8 %)

\* comparaison avec cohorte 1999 : p<0,01

† comparaison avec cohorte 1999 : p<0,001

Dans la cohorte 2001, le statut vaccinal contre l'hépatite B était connu par 54,1 % d'entre eux. Parmi ceux-ci, 21,7 % ont déclaré avoir reçu au moins 3 injections de vaccin contre l'hépatite B.

Nous avons recherché si cette diminution de couverture vaccinale résultait d'une modification de la population venant consulter. La population de la cohorte 1999 était un peu moins âgée que celle des cohortes 2000 et 2001. Une augmentation de la proportion de patients étrangers (ressortissants de l'Union européenne compris) a été constatée, sans atteindre la significativité statistique. Les cohortes ne différaient pas sur les autres caractéristiques étudiées : sexe, auto-injection, sérologie HIV et HCV.

Nous avons également recherché si la population ayant connaissance de son statut vaccinal différait du reste de la population consultant au CMGM. Selon cette analyse, il apparaît que la proportion de patients de nationalité française est plus forte parmi ceux connaissant leur statut vaccinal (72,6 %) que parmi ceux ne le connaissant pas (63,7 % ;  $p = 0,04$ ). Cette différence paraît stable dans le temps ; une analyse statistique stratifiée par cohorte ne montre pas l'existence d'une interaction ( $p = 0,49$ ).

En limitant l'analyse aux seuls patients de nationalité française connaissant leur statut vaccinal, la diminution de la couverture vaccinale reste notable : 43,5 % ont déclaré avoir reçu au moins 3 injections de vaccin pour la cohorte 1999, 14,9 % pour celle de 2000 et 28,4 % pour celle de 2001 ( $p = 0,04$ ). Une baisse similaire est aussi observée parmi les patients étrangers ( $p = 0,02$ ).

Entre 1999 et 2001, la proportion de sujets séropositifs HIV parmi les nouveaux patients a diminué (16,1 % pour la cohorte 1999, 9,6 % pour 2000, 6,5 % pour 2001). La proportion de patients séropositifs HIV était plus faible parmi ceux connaissant leur statut vaccinal (7,1 %) que parmi ceux ne le connaissant pas (13,9 % ;  $p = 0,02$ ), sans différence statistiquement significative à l'analyse statistique stratifiée par cohorte.

## DISCUSSION

L'analyse de ces données, collectées au cours des consultations de médecine générale, essentiellement avec un objectif de standardisation des pratiques, ne permet pas une analyse approfondie des facteurs ayant influencé l'évolution de la couverture vaccinale contre l'hépatite B observée. D'une part, la population d'usagers de drogues accueillie à la CMGM n'est pas représentative de l'ensemble des usagers de drogues et, d'autre part, les patients, dont les données étaient exploitables et ont été analysées, ne sont peut-être pas strictement représentatifs de l'ensemble des patients accueillis.

Toutefois, ni l'augmentation dans le temps de la proportion de patients étrangers, ni la diminution dans le temps de la prévalence de l'infection par le HIV ne permettent d'expliquer entièrement l'ampleur de la baisse de la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les usagers de drogues vus à la CMGM.

Nous n'avons pas pu vérifier l'existence de différences des caractéristiques sociales sur les cohortes analysées. Une augmentation de la proportion d'usagers de drogues en situation d'exclusion consultant à la CMGM ne peut être exclue et pourrait en partie expliquer une diminution de la couverture vaccinale observée. Les statuts sérologiques HIV et HCV et l'auto-injection peuvent constituer des indicateurs indirects, mais imparfaits, de la précarité. Sur la période observée, la diminution de la prévalence de l'infection par le HIV et la diminution statistiquement non significative de la proportion de patients auto-injecteurs ne vont pas dans le sens d'une forte dégradation sociale de la population observée.

Parmi l'ensemble des patients de la CMGM ayant connaissance de leur statut sérologique, ou dont le statut a pu être ultérieurement vérifié, la proportion des patients porteurs de l'antigène HBs a peu varié : 6,0 % de ceux vus en 1999, 4,9 % de ceux vus en 2000 et 6,7 % de ceux vus en 2001. Cependant, on ne s'attend pas à un effet rapide d'une baisse de la couverture vaccinale sur la prévalence de l'infection chronique dans cette population.

Les cinq médecins généralistes de la CMGM ont noté une plus grande réticence des patients lors de propositions de vaccination contre l'hépatite B. Plusieurs cas d'interruption par les patients d'une vaccination en cours ont été rapportés. La raison invoquée par les patients ayant interrompu leur vaccination ou la refusant est une crainte des effets indésirables du vaccin.

Pourtant, même si un risque très faible d'effets indésirables graves liés au vaccin contre l'hépatite B n'a pas pu être formellement exclu, le rapport bénéfices/risques favorable de la vaccination chez les usagers de drogues ne fait aucun doute [3]. La prévalence de porteurs du virus de l'hépatite B chez les patients vus à la Consultation de médecine générale est dix fois supérieure à celle de la population générale.

## CONCLUSION

La population touchée par la Consultation de médecine générale du Centre médical Marmottan est assez particulière, en termes d'exclusion et d'accès aux soins, mais ces usagers de drogues sont demandeurs de soins. Ils ont, pour la plupart, déjà été en contact avec diverses institutions sanitaires. La couverture vaccinale observée chez les patients ayant consulté pour la première fois en 1999, inférieure à 50 %, n'était déjà pas satisfaisante. Notre étude montre, depuis, une diminution de la couverture vaccinale des patients ayant consulté en 2000 et 2001. Cette seule observation ne peut être généralisée à l'ensemble de la population des usagers de drogues, mais si ce phénomène devait être confirmé, la situation serait alors préoccupante et ferait craindre une augmentation de la transmission de l'hépatite B à court terme. Une étude ad hoc de la couverture vaccinale des personnes à risque d'hépatite B paraît souhaitable.

D'ores et déjà, un effort accentué de la vaccination contre l'hépatite B des personnes à risque peut être entrepris. Cet effort doit être appuyé par les pouvoirs publics, avec une information des usagers de drogues, exposant de façon objective les bénéfices qu'ils peuvent en tirer et les données de pharmacovigilance disponibles.

Les actions visant à une réduction de prises de risques liés aux injections et aux rapports sexuels ne doivent pas faire oublier que la vaccination contre l'hépatite B est une des interventions importantes de prévention chez les usagers de drogues.

## RÉFÉRENCES

- [1] Szumness W et coll. "Hepatitis B vaccine : demonstration of efficacy in a controlled clinical trial in a high-risk population in the United States" *N Engl J Med* 1980 ; **303** (15) : 833-841.
- [2] Fortuin M et coll. "Efficacy of hepatitis B vaccine in the Gambian expanded programme on immunisation" *Lancet* 1993 ; **341** (8853) : 1129-1131.
- [3] Prescrire Rédaction "Limiter les risques d'hépatite B. Vaccinations individuelles et vaccinations systématiques, agir en professionnels" *Rev Prescr* 1999 ; **19** (201) : 854-858.
- [4] Massari V et coll. "Six years of sentinel surveillance of hepatitis B in general practice in France" *Eur J Epidemiol* 1998 ; **14** (8) : 765-767.