

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Etude quantitative observationnelle sur l'hépatite A et sa vaccination en
médecine libérale dans les départements du Nord et du Pas de Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le 05 mars 2020 à 18 heures
au Pôle Formation

Par Morgane OUVRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Olivier ROBINEAU

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Claude HENRY

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

<i>HAS</i>	<i>Haute autorité de santé</i>
<i>CNIL</i>	<i>Commission nationale de l'informatique et des libertés</i>
<i>HCSP</i>	<i>Haut conseil de la santé publique</i>
<i>VHA</i>	<i>Virus Hépatite A</i>
<i>ARN</i>	<i>Acide ribonucléique</i>
<i>VHE</i>	<i>Virus Hépatite E</i>
<i>ELISA</i>	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i>
<i>TP</i>	<i>Taux de Prothrombine</i>
<i>HSH</i>	<i>Hommes ayant des relations Sexuelles avec les Hommes</i>
<i>DO</i>	<i>Déclaration Obligatoire</i>
<i>IST</i>	<i>Infection Sexuellement Transmissible</i>
<i>VIH</i>	<i>Virus de l'Immunodéficience Humaine</i>
<i>ANSM</i>	<i>Agence nationale de sécurité du médicament</i>
<i>AMM</i>	<i>Autorisation de mise sur le marché</i>
<i>PMI</i>	<i>Centre de Protection Maternelle et Infantile</i>
<i>CeGIDD</i>	<i>Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic</i>
<i>IC</i>	<i>Intervalle de confiance</i>
<i>IQ</i>	<i>Interquartile</i>
<i>CSP</i>	<i>Classe socio-professionnelle</i>
<i>CMU</i>	<i>Couverture Maladie Universelle</i>
<i>MEL</i>	<i>Métropole Lilloise</i>
<i>HPV</i>	<i>Human PapillomaVirus</i>

TABLE DES MATIERES

RESUME	5
ABSTRACT	6
INTRODUCTION	8
L'hépatite A.....	8
Les complications liées à l'Hépatite A.....	11
Epidémiologie	13
Populations à risques.....	18
Prévention contre l'Hépatite A	21
Objectifs.....	25
MATERIEL et METHODES	26
1.Type d'étude	26
2.Population	26
3.Questionnaire	27
4.Recueil des données	27
5.Analyses statistiques	28
RESULTATS	29
1.La population étudiée.....	29
2.Analyse descriptive des résultats.....	29
--Données concernant l'épidémiologie.....	29
--Données concernant la vaccination.....	36
DISCUSSION	41
1.Choix de la méthode	41
2.Forces de l'étude	41
3.Limites de l'étude.....	42
4.Analyses des résultats	42
5.Etudes similaires / Comparaison aux données de la littérature	47
6.Limites à la vaccination et pistes d'amélioration de la couverture vaccinale anti-VHA. ..	48
7.Perspectives	52
8.Fiches d'informations	53
CONCLUSION.....	54
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
ANNEXES	59
1.Mail réponse à la demande de la liste des coordonnées des médecins généralistes	59
2.Questionnaire sur l'Hépatite A et sa vaccination.....	60
3.Mail de confirmation d'exonération de déclaration auprès de la CNIL	64
4.Calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales de 2019.	65
5.Article « 30 ans d'évolution des comportements des gays en France »du REACTUP. ..	67
6.« Le Livre des Infections Sexuellement Transmissibles ».....	69
7.Affiches créées par l'ARS pour la campagne de vaccination contre l'Hépatite A.....	70

RESUME

Contexte : Le médecin généraliste est l'acteur principal des actes de prévention primaire, il a une place de choix dans le domaine de la vaccination et du dépistage. Cependant l'Hépatite A, pour laquelle il existe un vaccin efficace, est malheureusement peu mise en avant, les recommandations vaccinales sont peu connues ce qui peut entraîner des épidémies.

Objectif : Faire un état des lieux des pratiques vaccinales de l'Hépatite A, des médecins généralistes en libéral, selon les recommandations actuelles et discuter des pistes permettant d'améliorer cette couverture vaccinale, afin de limiter de nouvelles épidémies futures.

Méthode : Une étude descriptive observationnelle quantitative par questionnaire anonyme informatisé, auprès de 100 médecins généralistes du 59 et du 62, a été réalisée, entre le 24/01/2019 et le 24/07/2019. Les données recueillies ont été centralisées dans le logiciel Eval and Go et analysées via le logiciel R version 3.6.1.

Résultats : 100 médecins généralistes ont accepté de répondre. La prévalence de l'hépatite A dans l'échantillon est de 0,019%. 2% d'hospitalisation parmi les cas. Le profil patient des cas prédominant, est l'homme de < 50 ans. La vaccination est insuffisante et les recommandations sont peu suivies. 48% vaccinent de façon régulière lors de voyages à risques contre 16% dans la population des HSH et 20% dans les professions à risques. Les médecins ont mis en avant que pour 50% d'entre eux, il existe une méconnaissance des recommandations, pour 47% le coût de la vaccination est une limite à celle-ci et pour 36% d'entre eux la méconnaissance de l'orientation sexuelle de leur patient est un frein pour cibler les populations à risques.

Conclusion : Les résultats de cette étude tendent vers une vaccination contre l'Hépatite A en libéral, insuffisante. Encourager la vaccination contre l'Hépatite A est indispensable et double : importance de promouvoir les actualités des recommandations auprès des professionnels de santé et les inciter à parler sexualité avec leurs patients afin de cibler les populations à risques. Et Importance d'encourager la transmission d'informations auprès des patients afin d'améliorer leur compréhension sur l'hépatite A et leur connaissance sur l'existence d'un vaccin. Divulguer davantage d'informations sur ce sujet, même hors période d'épidémie, permettrait de ne pas en voir apparaître de nouvelle.

ABSTRACT

Context : The general practitioner is the one who bears the responsibility of performing the first essential medical procedures. Among other things, he plays a crucial role in the field of vaccination and screening. However, although an effective vaccine exists against hepatitis A, the vaccination and screening for this disease is hardly brought forward by the practitioners. Unfortunately, the recommendations regarding hepatitis A's coverage are not very well known which can lead to outbreaks.

Objective : Our goal is to get an overview of the situation regarding the vaccine habits of the independent general practitioners for hepatitis A according to the current recommendations. We also want to bring new elements enabling to improve the coverage of hepatitis A in order to avoid future outbreaks.

Methodology : An observational and descriptive quantitative study using an anonymous electronic survey. A hundred general practitioners from 59 and 62 participated to the study between January 24th, 2019 and July 24th, 2019. The collected data was centralized in the software Eval and Go and analyzed by the software R version 3.6.1.

Results : A hundred of general practitioners (GP) accepted to participated in the survey. In the first part of the survey, the prevalence of hepatitis A in the sample is 0.019%, 2% of hospitalisation among the cases. The typical profile of these cases is men over 50 years old. Second part : the vaccination is not performed enough and the recommendations are not followed. Indeed, 48% of the GP's regularly vaccinate in case of a risky travel but 16% of the male homosexual population are vaccinated, and 20% regarding the risky professions. 50% of the GP's admitted that they were not fully aware of the current recommendations. For 47% of them, the cost of the vaccination represents a limit and for 36% of the GP's having no idea about the sexual orientation of their patients represents an obstacle to target a population at risk.

Conclusion : According to this study's results, we can assume that the vaccination against hepatitis A among independant general practitioners does not follow the current recommendations. Encouraging the hepatitis A's vaccination is essential and double: promoting the current recommendations among health professionals and encouraging them to talk about sexuality with their patients is fundamental in order to target the risky populations. Hepatitis A should be more understood and explained as well as the

knowledge about the vaccine. It is not necessary to wait for an outbreak to communicate and make prevention about the disease. On the contrary settling new habits could prevent future outbreaks.

INTRODUCTION

■ L'hépatite A

- Agent pathogène

Le virus de l'hépatite A (VHA) est un petit virus (27 à 32 nm de diamètre), nu très résistant, abondamment éliminé dans les selles des sujets infectés. De la famille des Picornaviridae, genre hépatovirus, il est composé d'un ARN simple brin. Il existe 1 sérotype et 3 géotypes humains (IA et IB, IIA et IIB, IIIA et IIIB).

C'est un virus très résistant dans le milieu extérieur : il résiste à la chaleur (stable 1 heure à 60°C). Cette thermo-résistance favorise la persistance du VHA dans les fruits de mer insuffisamment cuits. Par ailleurs, le virus reste infectieux de plusieurs jours à plusieurs mois au niveau des sols et des sédiments marins, de l'eau douce et de l'eau de mer.

Il résiste également au froid, au pH acide (3 heures à pH 3), aux solvants des lipides (éther, chloroforme), et aux concentrations de chlore présentes dans les eaux de piscine. L'alcool à 70°C est inefficace. Il n'est pas détruit dans le cycle d'épuration biologique des eaux usées.

En revanche, il est inactivé par l'autoclavage (120°C pendant 20 min), par un chauffage à 100°C pendant 5 min, par des concentrations de chlore de 2 à 2,5 mg/l ainsi que par le formol, la β -propiolactone et les ultraviolets. Parmi les produits capables d'inactiver le VHA en moins de 3 min, il y a l'hypochlorite de sodium à 4mg/l et la solution de Dakin (5 mg/l de chlore).

- Mode de transmission

Le VHA pénètre habituellement dans l'organisme par la voie orale. Sa résistance au pH acide lui permet de traverser l'estomac, puis il se réplique dans les cellules de l'intestin grêle avant de gagner le foie, où il se multiplie. Les particules virales nouvellement synthétisées sont entraînées dans la circulation générale par le sang des sinusoides hépatiques et des veines centro-lobulaires, et vers l'intestin par la bile.

L'excrétion du virus dans les selles débute quinze jours environ après l'ingestion du virus. La phase de virémie a lieu en même temps que l'excrétion fécale et persisterait en moyenne 79 jours après.

La contamination oro-fécale par contact direct avec un sujet infecté représente la modalité la plus fréquente de dissémination du virus. Elle est favorisée par la promiscuité et le manque d'hygiène. Toute collectivité favorise l'apparition de bouffées épidémiques.

L'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par des matières fécales de sujet infecté est responsable de cas isolés ou d'épidémies massives d'hépatite A. L'insuffisance voire l'absence de réseaux d'assainissement des eaux usées dans certaines régions défavorisées est responsable de la contamination par des matières fécales infectées des eaux potables et secondairement des aliments lavés avec ces eaux souillées et consommés crus. Il en est de même pour tout aliment préparé par un sujet infecté. Le relargage des eaux usées contaminées dans l'eau de mer peut être à l'origine d'une contamination des fruits de mer en particulier des coquillages bivalves (palourdes, huîtres, coques et moules) qui peuvent concentrer le virus. Se baigner dans une eau de piscine contaminée peut aussi être source d'infection.

Il existe aussi une transmission sexuelle du VHA surtout dans les communautés homosexuelles, favorisée par les contacts ano-oraux, une possible transmission salivaire, et des contaminations au cours de soins dentaires. Cependant, aucune source infectieuse n'est retrouvée dans près de 40% des cas.

- Incubation

Courte : les manifestations cliniques apparaissent entre 15 et 50 jours avec une moyenne de 28 jours, après la contamination.

- Manifestations cliniques

L'hépatite A est une affection aiguë. La fréquence et la sévérité des signes cliniques augmentent avec l'âge. Alors que plus de 90% des enfants infectés avant l'âge de 5 ans sont asymptomatiques, 70 à 80 % des adultes infectés présentent une hépatite aiguë symptomatique avec **fièvre, troubles digestifs, nausées/vomissements, anorexie,**

ictère, urines foncées, selles décolorées. L'évolution est le plus souvent spontanément favorable. La mortalité globale liée à l'infection est estimée entre 0,2% et 0,4% des cas symptomatiques mais elle dépasse 2% après 40 ans (données décrites et tirées du Centre National de Référence VHA VHE Flux RSS « publication du 8 mars 2012 » article Hépatite A). Elle est le fait des formes graves dites « fulminantes », qui s'observent plus fréquemment chez l'adulte et en particulier ceux porteurs d'une hépatopathie chronique sous-jacente, et aussi au cours de la grossesse. Si **l'hépatite A n'évolue jamais vers la chronicité**, des rechutes apparaissent après une hépatite A symptomatique pendant une période pouvant atteindre 1 an. Quant aux manifestations extra-hépatiques (manifestations neurologiques, thrombocytopénie essentielle, cryoglobulinémie asymptomatique), elles restent exceptionnelles.

- Diagnostic

Il repose en pratique sur la détection des Immunoglobulines M anti-VHA par méthode ELISA. Ces anticorps apparaissent 5 à 10 jours avant le début de la symptomatologie puis atteignent leur maximum vers le 60-90^{ème} jours environ après contagé, pour disparaître au bout de 6 mois. Leur présence témoigne d'une hépatite A aiguë.

Le bilan standard par élévation des transaminases, syndrome de rétention biliaire avec élévation de la bilirubinémie (intéressant la bilirubine glycuconjuguée), Taux de prothrombine normal du fait de l'absence d'insuffisance hépatocellulaire, hormis en cas d'hépatite fulminante (TP <= 25%), est un bilan systématiquement réalisé en pratique mais non spécifique, il ne permet pas de poser le diagnostic.

Les autres techniques de détection du virus, sont des techniques non réalisées en routine :

- Culture du VHA réalisée sur milieux spéciaux de type gélose au sang.
- L'amplification génique.
- La recherche de particules virales dans les selles par microscopie électronique ou immunomicroscopie électronique.

■ Les complications liées à l'Hépatite A

L'hépatite A aiguë, ne met en jeu le pronostic vital que si elle prend l'aspect d'une hépatite fulminante. L'hépatite fulminante est une affection rare, environ 2000 nouveaux cas par an dont 150 cas par an en France (toutes causes confondues). L'hépatite fulminante est définie comme la survenue brutale d'une insuffisance hépatocellulaire sévère à l'origine d'un ictère et d'une encéphalopathie hépatique. On distingue plusieurs formes d'hépatites fulminantes qui conditionnent le pronostic, définies en fonction du délai entre le début de l'ictère et celui de l'encéphalopathie : hyperaiguë si inférieur ou égal à sept jours, aiguë si compris entre huit et 28 jours et subaiguë si compris entre 29 et 60 jours.

La mesure du taux de prothrombine doit être systématique et répétée à la phase aiguë (deux fois par semaine) ; s'il est inférieur à 50 %, il s'agit d'une hépatite sévère. En cas d'encéphalopathie (troubles du sommeil, somnolence, astérixis), il s'agit d'une hépatite fulminante, le patient doit être hospitalisé d'urgence dans un service spécialisé à proximité d'un centre de transplantation hépatique.

La principale cause de mortalité est l'œdème cérébral responsable d'une hypertension intracrânienne et d'une décérébration. L'œdème cérébral est la conséquence du gonflement astrocytaire qui est lié à l'hyperammoniémie et à l'augmentation de la glutamine contenue dans les astrocytes.

Les personnes ayant une hépatopathie sous-jacente et les femmes enceintes, sont davantage à risque de développer une hépatite sévère +/- fulminante. La gravité de la maladie a tendance à croître avec l'âge. Les formes fulminantes, mortelles ou nécessitant une greffe hépatique sont peu fréquentes et surviennent dans moins de 1 % des cas. La mortalité liée à l'hépatite A est de 0,6 % ; elle est plus élevée parmi les > 60 ans (1,5 %) et parmi ceux ayant une maladie chronique du foie. (Données tirées du site "Hépatites-info-service", rubrique « évolution de l'hépatite A »).

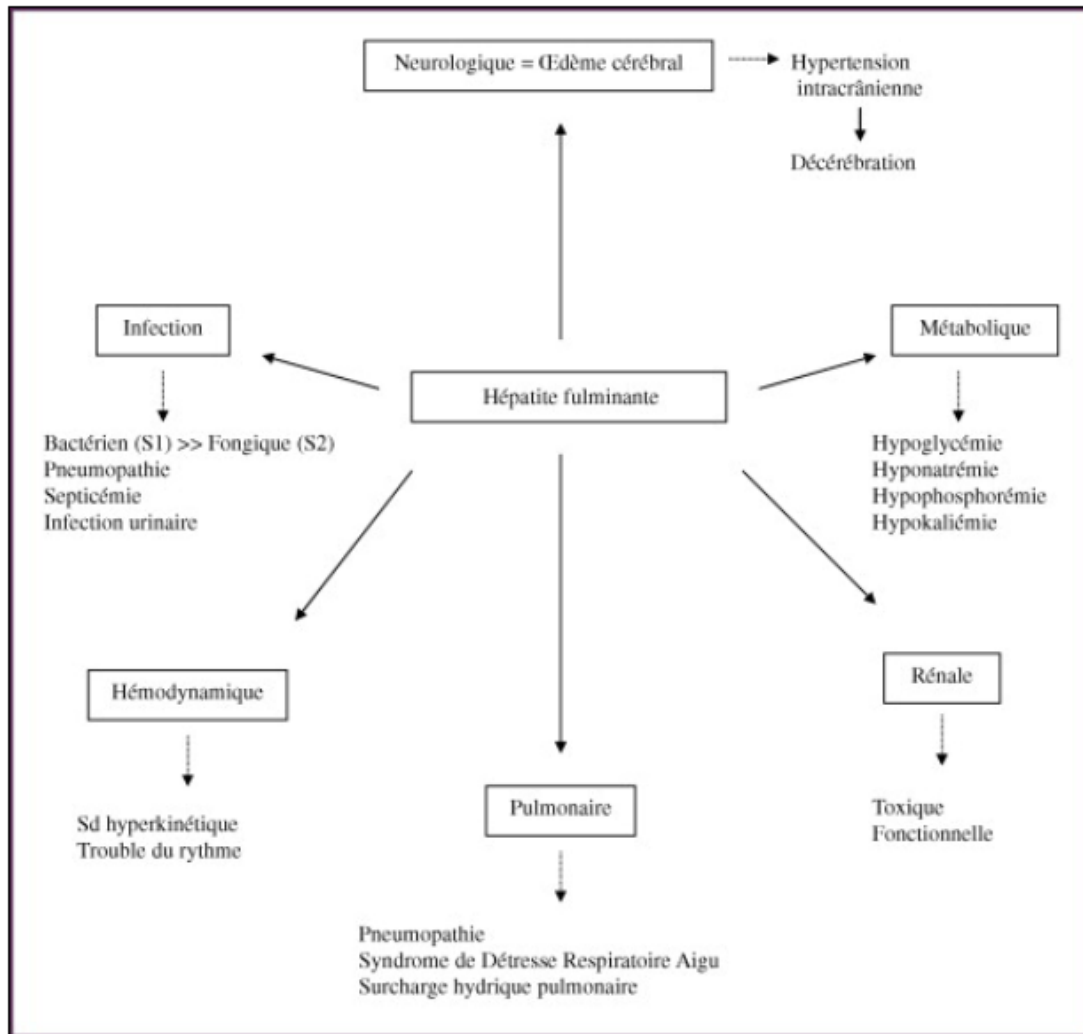


Figure tirée d'un article nommé « Transplantation hépatique pour hépatite fulminante »

P. Ichai, D. Samuel
 Unité de réanimation-hépatique, centre hépatobiliaire, hôpital Paul Brousse, AP-HP, 94800 Villejuif, France
 U785, inserm, 94800 Villejuif, France
 UMR-S785, université Paris-Sud, 94800 Villejuif, France

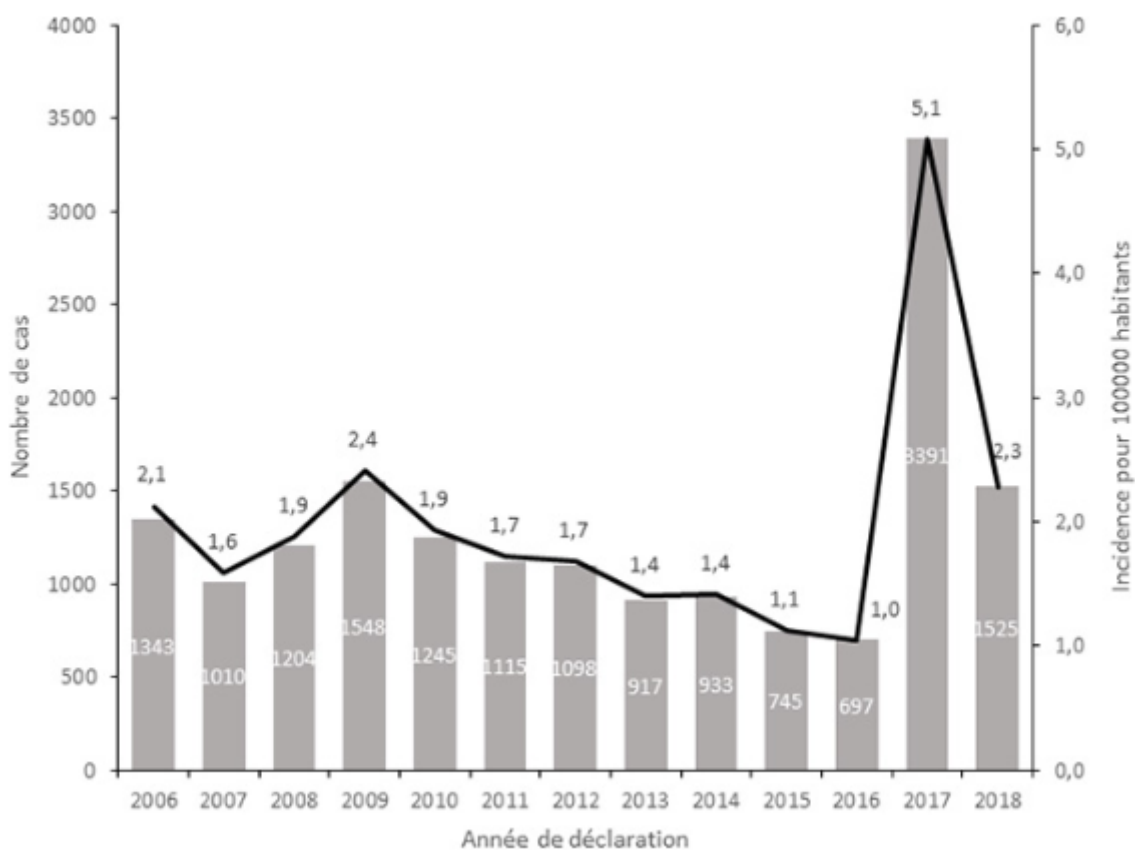
■ Epidémiologie

Depuis novembre 2005, l'hépatite A est une maladie à déclaration obligatoire.

En France, une première épidémie d'hépatite A chez la population des homosexuels masculins (HSH), a été rapportée à Paris en 2000, et avait conduit à l'extension de la recommandation vaccinale aux HSH. (Cf article du BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) du 30 octobre 2001 n°44/2001).

Nous pouvons constater (à l'aide du schéma ci-dessous), que l'hépatite A évolue en pic épidémique.

Nombre de cas et taux annuel de déclaration pour 100 000 habitants, DO d'hépatite aiguë A, France entière, 2006-2018



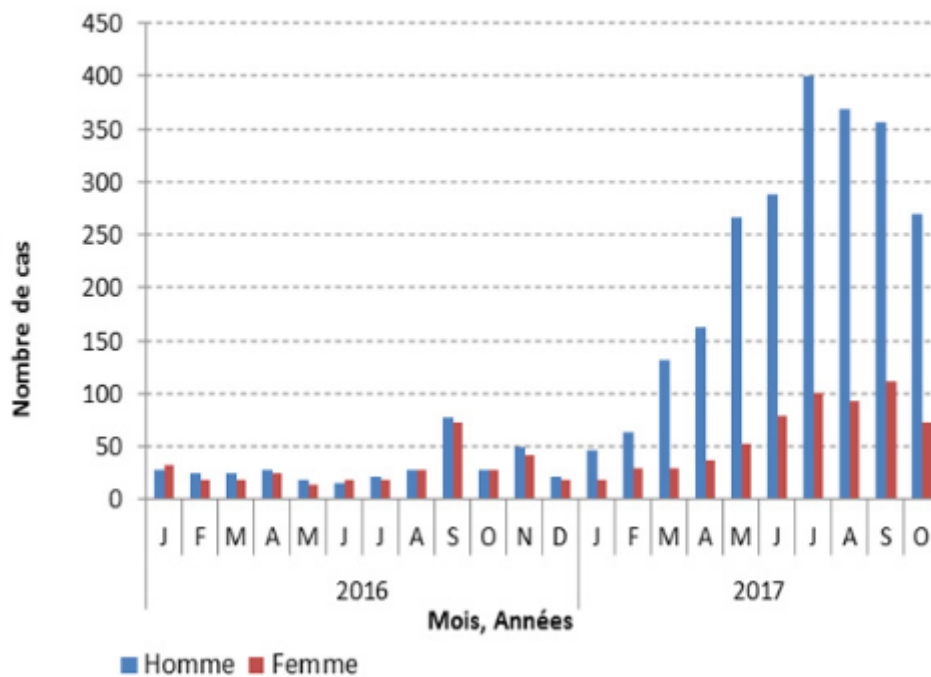
Graphique tiré du site « Santé Publique France » Dossier thématique du 02 octobre 2019 sur les données de l'Hépatite A.

	Cas Déclarés d'Hépatite A		Taux annuel d'incidence en France Métropolitaine pour 100 000 habitants
	France Métropolitaine	DOM-TOM	
2006	1324	19	2,1
2007	988	22	1,6
2008	1179	25	1,9
2009	1520	27	2,4
2010	1219	25	1,9
2012	1001	95	1,7
2013	836	79	1,4
2014	834	99	1,4
2015	701	42	1,1
2016	666	31	1
2017	3320	71	5,1
2018	1442	83	2,3

En 2008, pour la France métropolitaine, le taux annuel d'incidence des cas déclarés était de 1,9/100 000. Ce taux chez les hommes était presque le double de celui des femmes (2,4/100 000 vs 1,4/100 000).

En 2017, 3391 cas d'hépatite aiguë A ont été déclarés dont 3320 en métropole. Le taux annuel de déclaration des cas d'hépatite aiguë A pour la France entière était de 5,1 pour 100 000 habitants. Cette forte augmentation (**taux 5 fois supérieur à celui de 2016**) est liée à l'épidémie ayant sévi à partir de la fin de l'année 2016, toujours en cours en 2018 et **touchant particulièrement les hommes ayant des rapports sexuels avec un(des) autre(s) homme(s) (HSH).**

Nombre de cas d'hépatite A par sexe, France 2016-2017



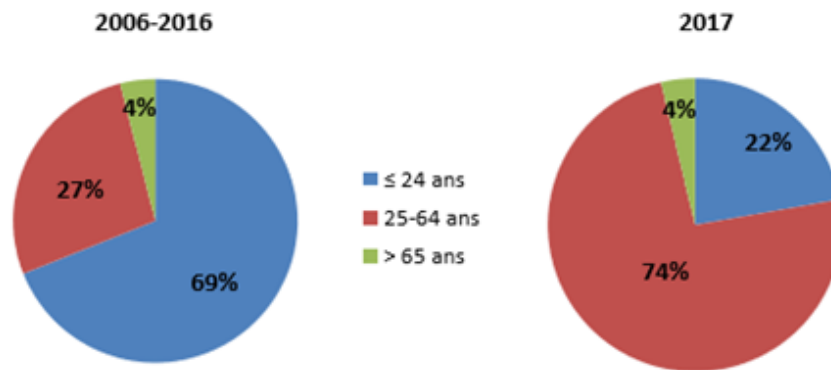
Graphique tiré du site « Santé Publique France », données du 20 mai 2019.

Le recueil des pratiques sexuelles n'est pas réalisé dans le cadre de la déclaration obligatoire des cas d'hépatite A. Lors de l'épidémie de 2017 un faisceau d'arguments a permis de déterminer que la population touchée était majoritairement les HSH.

L'épidémiologie de l'hépatite A en 2017 en France justifie toujours l'application des recommandations vaccinales préconisant la vaccination des HSH, mais également dans l'entourage familial d'un cas confirmé.

Depuis février 2017, plusieurs pays en Europe observent une augmentation importante du nombre de cas d'hépatite A, touchant en particulier les HSH.

Figure 4 et 4bis : Répartition selon la classe d'âges des cas d'hépatite aiguë A déclarés dans les Hauts-de-France sur la période 2006-2016 et en 2017*

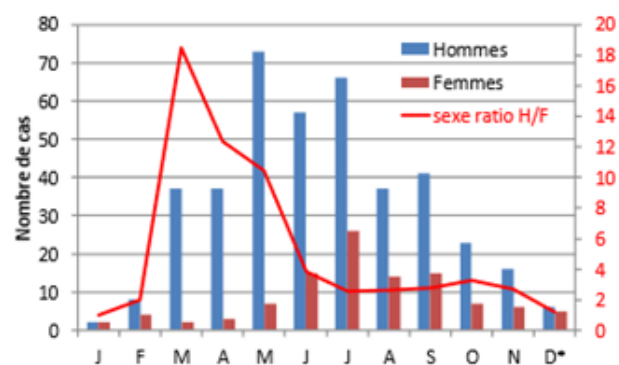


Source : système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Santé publique France. *Données décembre 2017 non consolidées

Figure 2 : Incidence départementale des cas d'hépatite aiguë A déclarés dans les Hauts-de-France en 2017*



Figure 3 : Distribution mensuelle selon le sexe des cas d'hépatite aiguë A déclarés dans les Hauts-de-France en 2017*



Source : système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Santé publique France. *Données décembre 2017 non consolidées

Figures 2, 3, 4 et 4bis tirées de l'article « Point sur la situation épidémiologique de l'hépatite aiguë A dans les Hauts-de-France » tiré du « Point Epidemio ». Données actualisées au 31/12/2017.

⇒ Au cours des dernières années, nous observons que tout au long de chaque année, des cas d'hépatite A. Principalement par contamination oro-fécale via le voyage en zone d'endémie et dans une moindre mesure la contamination dans le milieu professionnel, cependant les épidémies recrudescences de 2000 et 2017, mettent en avant les contaminations sexuelles dans une population bien ciblée : la population homosexuelle masculine. Dans ce cadre-là, l'hépatite A peut être considérée comme une infection sexuellement transmissible (IST).

⇒ Discussion tirée de l'Article « *Boucher A, et al. Sex Transm Infect 2018;0:1–3. doi:10.1136/sextrans-2017-053395* » ». Article publié en juin 2018 service de Maladies Infectieuses du CH DRON à Tourcoing :

« En France, la notification des cas d'hépatite A aigüe est obligatoire depuis 2005, mais la préférence sexuelle n'est pas demandée/enregistrée. Une augmentation du rapport entre hommes et femmes contaminés peut être une indication rapide d'une épidémie chez les MSM (Men having Sex with Men). Presque la moitié de nos patients nous ont rapporté un comportement sexuel à haut risque et un historique d'IST (Infection sexuellement transmissible). [...]. **Notre étude met en lumière le manque de contrôle et de suivi des conseils et recommandations données. L'estimation du nombre de vaccinations contre l'hépatite A parmi le groupe des MSM s'avère insuffisante et dans notre étude, la majorité des patients a remarqué que la vaccination n'était jamais proposée.** Un autre obstacle est le nombre limité de vaccins contre l'hépatite A en Europe. En conséquence, les autorités sanitaires françaises ont recommandé de rendre la vaccination contre l'hépatite A prioritaire pour les MSM. La vaccination doit être encouragée et les dépistages d'IST chez les MSM diagnostiqués de l'hépatite A est essentiel. **Lors des avis et informations concernant l'hépatite A, il serait également primordial de souligner l'importance de l'orientation sexuelle afin d'améliorer la surveillance de l'exposition sexuelle lors de potentielles transmissions de l'hépatite A ».**

■ Populations à risques

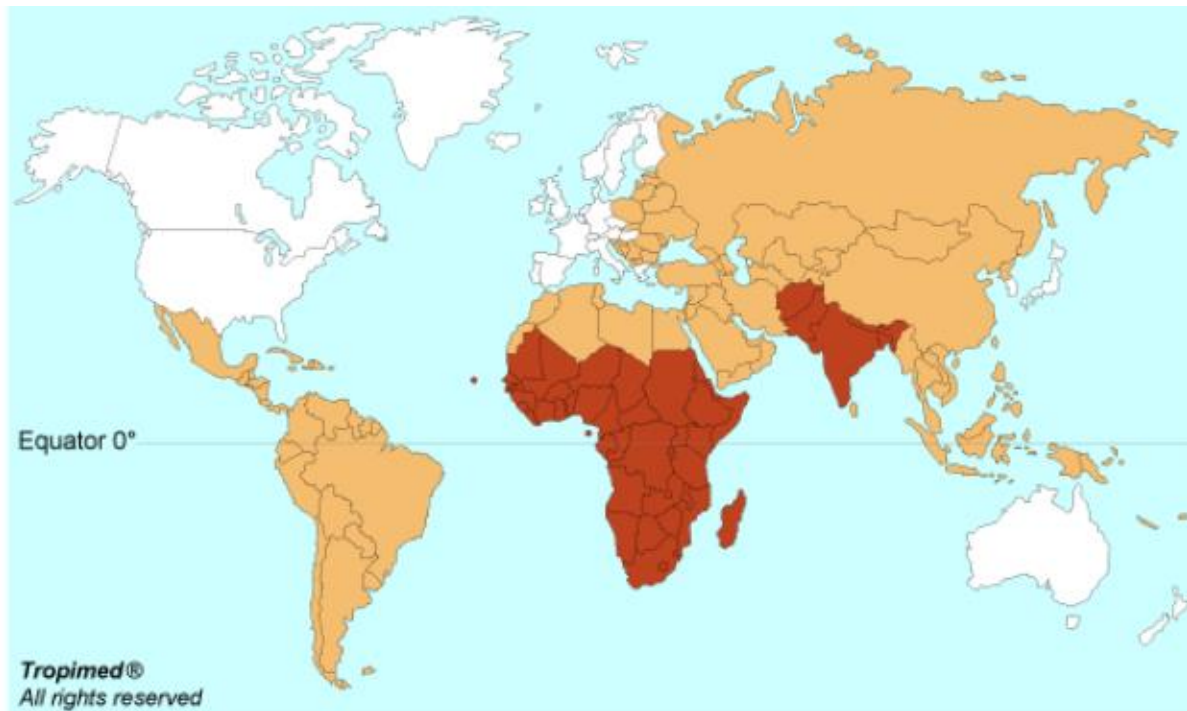
- Recommandations particulières

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH).
- Les jeunes accueillis dans les établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées.
- Les enfants nés de famille dont l'un des membres (au moins un) est originaire d'un pays de haute endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner.
- Les patients atteints de mucoviscidose et/ou de pathologie hépatobiliaire susceptible d'évoluer vers une hépatopathie chronique, chez les personnes greffées ou en attente de greffe, chez les personnes vivant avec le VIH, et les hémophiles.
- Les personnes en contact étroit avec un enfant récemment adopté qui provient d'un pays à haute prévalence d'hépatite A. La première dose doit être administrée de préférence deux semaines avant l'arrivée de l'enfant adopté.

Certaines personnes ont une probabilité plus forte d'avoir été exposé au virus de l'hépatite A. Une sérologie VHA (dépistage des anticorps du virus de l'hépatite A) peut leur être conseillée avant la vaccination. Ceci concerne les groupes suivants :

- Les sujets nés avant 1960.
- Les personnes qui ont passé plus d'un an sous les tropiques ou dans les régions subtropicales.
- Les personnes qui ont des antécédents de jaunisse.

- Voyageurs



Hépatite A

Source: CDC, adapté 2015

Prévalence (estimée) d'hépatite A

■ Elevé ■ Moyen □ Pas de risque ou très faible

Graphique tiré du site « safetravel ». Conseils médicaux aux voyageurs du comité d'experts en médecine des voyages. Hépatite A.

Le risque de contracter une hépatite A est très élevé (quel que soit les conditions de votre séjour), en Afrique, au Moyen-Orient, en Asie, en Amérique centrale et du Sud, en raison d'un niveau insuffisant d'hygiène collective. La dose de vaccin doit être administrée au moins quinze jours avant le départ.

- Milieu professionnel

Aucune vaccination contre l'hépatite A n'est obligatoire en milieu professionnel, cependant elle est recommandée pour les métiers suivants :

-Domaine social et médico-social : assistants maternels, personnels de garde d'enfants d'âge préscolaire (crèches, halte-garderie...), personnels concourant à la protection de l'enfance (dont les pouponnières), et les personnes travaillant dans les établissements et services pour enfant ET adultes handicapés.

-Domaine services aux particuliers : personnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective.

-Domaine de l'assainissement/environnement : Egoutiers, dératiseurs et personnels de traitement des eaux usées (dont stations d'épuration).

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée et remboursée par le Fonds des Maladies Professionnelles (FMP) aux travailleurs en contact avec des eaux usées contaminées par les matières fécales, et dont la sérologie ne prouve pas qu'ils soient immunisés contre l'hépatite A (les personnes ayant eu cette maladie dans le passé sont protégées à vie et n'ont donc pas besoin d'être vaccinées).

■ Prévention contre l'Hépatite A

→ Prévention hygiéno-diététique

La prévention de l'hépatite A repose sur l'hygiène personnelle et collective, en particulier l'hygiène des mains. La transmission interhumaine de l'hépatite A peut-être prévenue en respectant quelques règles simples d'hygiène : se laver les mains (après être allé aux toilettes, après avoir changé la couche d'un bébé, avant de préparer les repas, avant de manger et de donner à manger aux enfants).

→ Prévention vaccinale

Un vaccin contre l'hépatite A est disponible depuis 1994. Il confère une protection pendant une durée de 10 à 20 ans (si schéma vaccinal à 2 injections), sans effets secondaires notables et entraîne un taux de séroconversion supérieur à 95 % après la première injection.

- Les vaccins contre l'Hépatite A :

Le vaccin contre l'hépatite A est un vaccin inactivé. Trois vaccins sont actuellement disponibles contre l'hépatite A seule (dont deux avec un dosage pédiatrique).

Avaxim 160® Havrix 1440®	<u>Hépatite A</u>	Monovalent	Adultes et adolescents à partir de 16 ans	Pris en charge à 65% par l'assurance maladie** chez les personnes présentant certaines maladies chroniques
Avaxim 80® Havrix 720®	<u>Hépatite A</u>	Monovalent	Enfants et adolescents de 1 à 15 ans	Pris en charge à 65% par l'assurance maladie** chez les personnes présentant certaines maladies chroniques
Vaqta 50®	<u>Hépatite A</u>	Monovalent	Adultes et adolescents à partir de 18 ans	Pris en charge à 65% par l'assurance maladie** chez les personnes présentant certaines maladies chroniques

Tableau tiré de la rubrique « Noms commerciaux, prix et remboursement des vaccins » du site « Vaccination info service ».

Ce sont des vaccins utilisables au cours de l'allaitement, mais il est préférable de ne pas les utiliser en cours de grossesse, car il y a peu de données suffisamment pertinentes à l'heure actuelle.

Effets indésirables communs à tous les vaccins injectables :

-Réaction au site d'injection telle que douleur, rougeur, gonflement : très fréquent (>10 cas sur 100 vaccinés).

-Des effets généraux comme de la fièvre, des douleurs musculaires ou articulaires : fréquent (1 à 10 cas sur 100 vaccinés).

-Réaction allergique : très rare (1 cas sur 450 000 vaccinés).

Afin de savoir s'il existe des difficultés d'approvisionnement de vaccins, consultez la rubrique dédiée sur le site Internet de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

A titre indicatif prix des vaccins anti-VHA (données mis à jour le 10.01.2020) :

1. AVAXIM 160 produit par le laboratoire SANOFI, AMM depuis le 07/08/1996. Prix : 21,73 euros. (AVAXIM 80 : 14,61 euros)

2. HAVRIX 1440 commercialisé par le laboratoire GSK, AMM depuis le 18/08/1994. Prix : 21,73 euros. (HAVRIX 720 : 14,61 euros)

3. VAQTA 50 produit par le laboratoire MSD, AMM depuis le 04/02/1997. Prix : 21,73 euros.

- Recommandations vaccinales pour l'Hépatite A :

Les recommandations actuelles ci-dessous reprennent les recommandations du calendrier vaccinal de 2008, et deux avis complémentaires du Haut conseil de la santé publique (HCSP) du 13 février 2009, relatifs aux recommandations de vaccination préventive ciblée contre l'hépatite A et à la vaccination autour d'un (ou de plusieurs) cas.

Une vaccination anti-hépatite A **est recommandée** :

- pour les personnes exposées professionnellement à un risque de contamination.

- pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté.

- pour le personnel des structures collectives de garde pour personnes handicapées.
- pour le personnel exerçant dans les usines responsables de traitement des eaux usées.
- pour le personnel impliqué dans la préparation alimentaire en restauration collective.

Pour des cas particuliers tel que :

- les adultes non immunisés et enfants de plus de 1 an voyageant en zones d'endémie (pays d'hygiène précaire).
- les jeunes vivant en structures collectives de garde pour personnes handicapées.
- les patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B ou porteurs d'une maladie chronique du foie (notamment due au virus de l'hépatite C ou à une consommation excessive d'alcool).
- les patients atteints de pathologies hépato-biliaires chroniques susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique dont la mucoviscidose.
- les homosexuels masculins.
- les enfants, à partir de l'âge de 1 an, des familles dont l'un des membres (au moins un) est originaire d'un pays de haute endémicité et qui seront susceptibles d'y séjourner.

Le HCSP recommande, dès la confirmation d'un (ou de plusieurs) cas, par la mise en évidence d'immunoglobuline M, de vacciner le plus tôt possible sans examen sérologique préalable et dans un délai maximum de 14 jours : l'entourage familial du patient atteint ou de toute autre personne vivant sous le même toit, réunissant toutes les conditions suivantes : né après 1945, sans antécédent connu d'ictère, n'ayant pas séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité.

Si l'une des conditions précédentes n'est pas remplie et si sa réalisation est compatible avec le délai de 14 jours, une sérologie préalable, à la recherche d'anticorps totaux, est fortement recommandée : seules les personnes ayant une sérologie négative seront vaccinées.

Dans des communautés de vie en situation d'hygiène précaire, la mise en œuvre de la vaccination ne dispense pas de la mise en œuvre, dans toute la mesure possible, des mesures d'hygiène.

- Prise en charge de la Vaccination :

Certains vaccins sont pris en charge par la CPAM à 65% pour certaines personnes. Pour l'hépatite A, le vaccin est pris en charge par la CPAM pour les patients atteints de mucoviscidose ou de pathologies chronique du foie.

Dans certains centres, les PMI, **les centres de vaccination et les CeGIDD**, les vaccinations obligatoires et recommandées dans le calendrier des vaccinations sont gratuites (vaccin et injection).

Les vaccins réservés aux voyageurs (l'encéphalite japonaise, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, l'hépatite A...) ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.

Pour les professionnels de santé et autres professions exerçant en libéral, les vaccins et leurs injections sont pris en charge dans les mêmes conditions que pour la population générale, c'est-à-dire pas de prise en charge par la CPAM.

Les vaccins obligatoires et recommandés des professionnels de santé salariés ou autres professions à risques salariales, les vaccins et leurs injections sont pris en charge par leur employeur, ou par les FMP (Fonds des Maladies Professionnelles).

■ Objectifs

Peu de travaux de thèses portent sur l'hépatite A et sa vaccination, contrairement à l'hépatite B ou encore l'hépatite C qui font l'objet de nombreux travaux de recherche. L'épidémie d'hépatite A qui a sévit en 2017, touchant en grande partie la population des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, le fait qu'il existe une vaccination efficace contre cette pathologie, et le fait que cette population soit incluse dans les recommandations vaccinales depuis l'an 2000, nous fait nous poser une question : pourquoi y a-t-il encore de fortes épidémies d'hépatite A en France ? J'ai donc voulu faire un travail de recherche en médecine générale en interrogeant des médecins généralistes dans la région du Nord et du Pas de Calais, pour faire un état des lieux de l'hépatite A et sa vaccination, en soins primaires.

L'objectif de ce travail, était de voir, en fonction des résultats que nous trouverions dans cette étude, si une réévaluation des recommandations est nécessaire, s'il y a une nécessité de faire promouvoir davantage la vaccination contre l'hépatite A, en majorant les informations qui peuvent être données aux médecins généralistes, qui sont, les acteurs principaux en soins primaires de santé publique dans les actes de prévention et de dépistage. Tout cela ayant pour but de limiter de nouvelles épidémies futures.

Ce travail portait donc, via une enquête épidémiologique dans la région du Nord et du Pas de Calais, sur l'incidence de l'hépatite A d'une part et d'évaluer la situation vaccinale de cette dernière d'autre part.

MATERIEL et METHODES

Pour répondre aux objectifs de ce travail, l'idée était d'interroger, de façon anonyme, des médecins généralistes exerçant en libéral dans le département du Nord et du Pas de Calais, afin de mener une étude quantitative observationnelle et effectuer un état des lieux sur l'hépatite A et sa vaccination. La participation des médecins généralistes s'est faite via l'envoi d'un mail avec le questionnaire anonyme en ligne, pour obtenir un maximum de réponses dans un délai plus court.

1-Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle quantitative, réalisée entre le 24/01/2019 et le 24/07/2019, dans le 59 et le 62. L'objectif de cette étude était double, d'une part faire un point sur la prévalence de l'hépatite A dans le Nord-Pas de Calais en médecine générale libérale et d'autre part, faire un état des lieux sur sa situation vaccinale.

2-Population

La population étudiée était les médecins généralistes installés exerçant en libéral dans les départements du Nord et du Pas de Calais. Ils ont été sollicités par mail, par l'envoi d'un questionnaire anonyme en ligne. La liste des médecins généralistes avec leurs coordonnées e-mail, a été récupérée auprès d'une assistante statistique du service statistique de l'ARS Nord pas de Calais (Cf Annexe 1). La taille de l'échantillon a été fixée à 100 pour faciliter l'analyse statistique.

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient les médecins généralistes installés en libéral et en activité, dans le département du 59 et du 62.

Les critères de non-inclusion étaient les médecins retraités, les médecins remplaçants, et les médecins généralistes salariés exerçant dans les centres de PMI, CeGIDD et centres publics de vaccination.

3-Questionnaire

Il a été élaboré par le logiciel Eval And Go. Il était composé de 18 questions à réponses fermées (Cf Annexe 2). Le questionnaire était composé de deux parties : une première partie, (de la question 1 à 8), qui avait pour but d'analyser la fréquence de l'hépatite A en libéral, en demandant essentiellement le nombre de cas recensés s'il y en a eu et d'étudier le profil des cas s'ils étaient connus. Et une deuxième partie, (de la question 9 à 18), qui s'intéressait à la pratique vaccinale des médecins et leur connaissance actuelle sur les recommandations de cette dernière. Le questionnaire a été déclaré et évalué par un délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille 2, qui a fourni, un justificatif d'exonération de déclaration de thèse auprès de la CNIL du fait de l'anonymat absolu du questionnaire. (Cf annexe 3).

4-Recueil des données

Pour faciliter l'analyse statistique, l'étude a été réalisée sur 100 médecins généralistes. 703 mails (avec le lien du questionnaire en ligne) ont été envoyés auprès des médecins généralistes. 107 réponses reçues, dont 33 questionnaires inexploitable car ils étaient incomplets. Ces 33 questionnaires ont donc été supprimés de la DATABASE pour les statistiques.

Afin d'obtenir 100 questionnaires valides, 436 nouveaux mails ont été envoyés, avec un retour au nombre de 38. 12 de ces questionnaires sont revenus là encore inexploitable du fait des mêmes raisons que les précédents, ils ont donc été supprimés de la DATABASE.

Au total, 1159 médecins généralistes du Nord-Pas de Calais ont été sollicités pour l'enquête, 138 d'entre eux ont accepté de répondre. 38 questionnaires sont revenus inexploitable pour l'étude. L'étude a donc bien été réalisée sur 100 médecins généralistes du Nord-Pas de Calais, avec 100 questionnaires valides qui ont servi à l'analyse statistique.

5-Analyses statistiques

Elle a été effectuée via le logiciel R version 3.6.1. Les données de chaque réponse étaient centralisées et générées dans le logiciel Eval and Go et ont ensuite été exportées dans un tableur Excel. Les données ont ensuite été analysées via le logiciel R version 3.6.1.

RESULTATS

1. La population étudiée

Au total, parmi les 1159 médecins généralistes sollicités, 138 ont accepté de répondre (taux de participation d'environ 11,90%). Sur les 138 questionnaires récupérés, 38 étaient incomplets et ne pouvaient servir à l'analyse statistique. 100 questionnaires étaient complets et ont été analysés.

La durée moyenne pour compléter le questionnaire était de 4 minutes.

2. Analyse descriptive des résultats

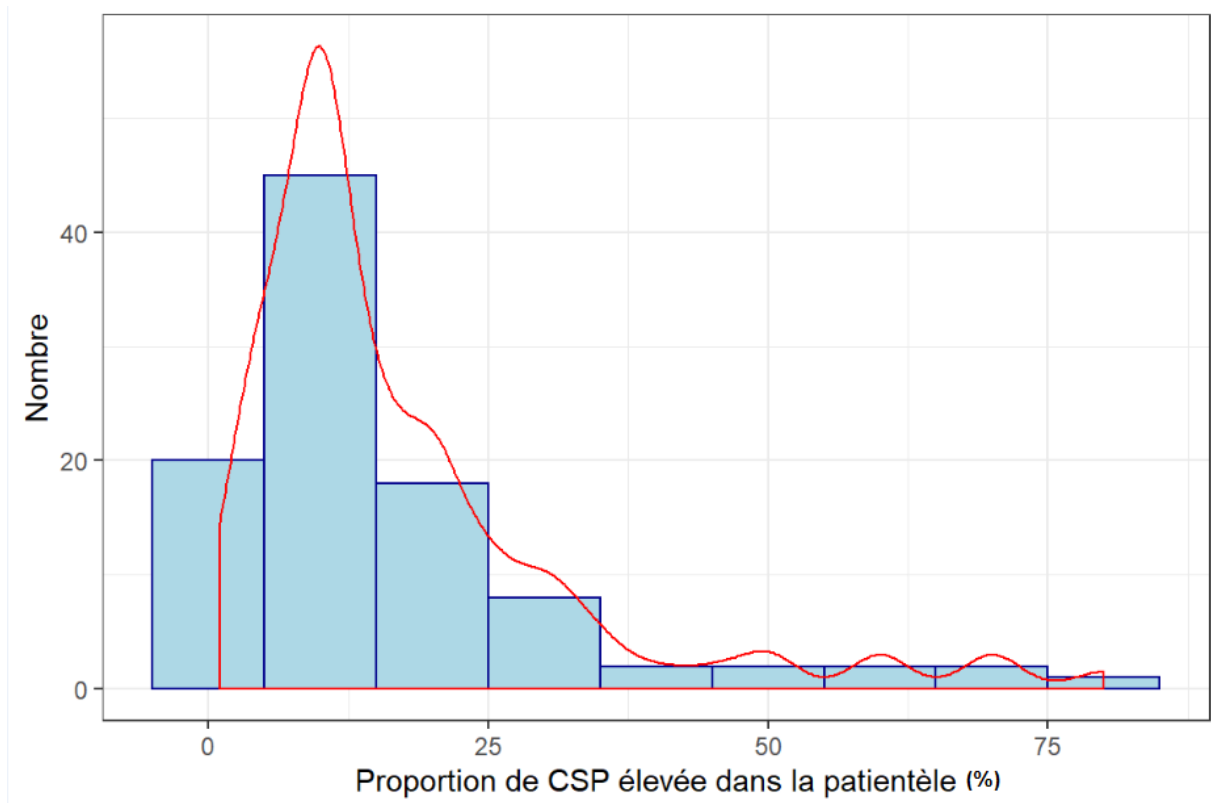
■ Données concernant l'épidémiologie

Question 1 : Lieu d'exercice

Sur 100 médecins, 28% ont déclarés exercer leur profession en métropole lilloise, 42% exercer en milieu urbain (hors métropole lilloise) et 30% exerçant en milieu rural. (Cf tableau 1).

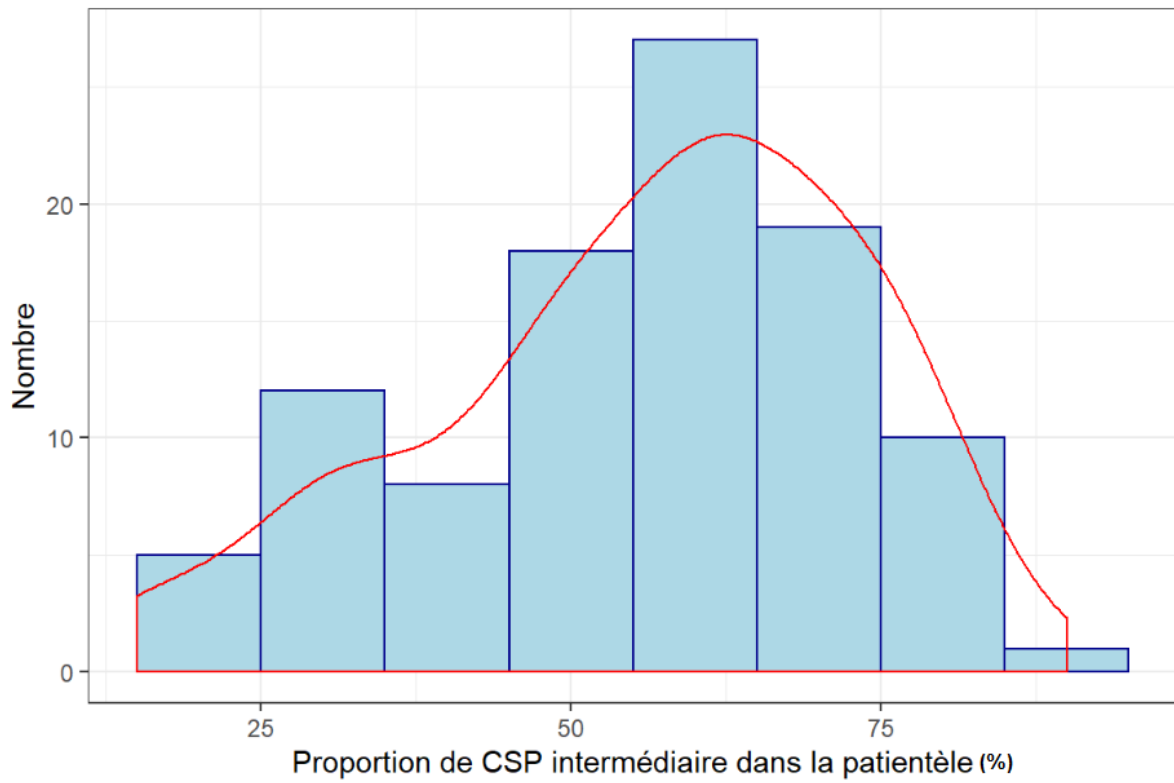
Question 2 : Classe socio-professionnelle (CSP) de la patientèle

Figure 1 : Répartition de la classe socio-professionnelle élevée dans la patientèle.



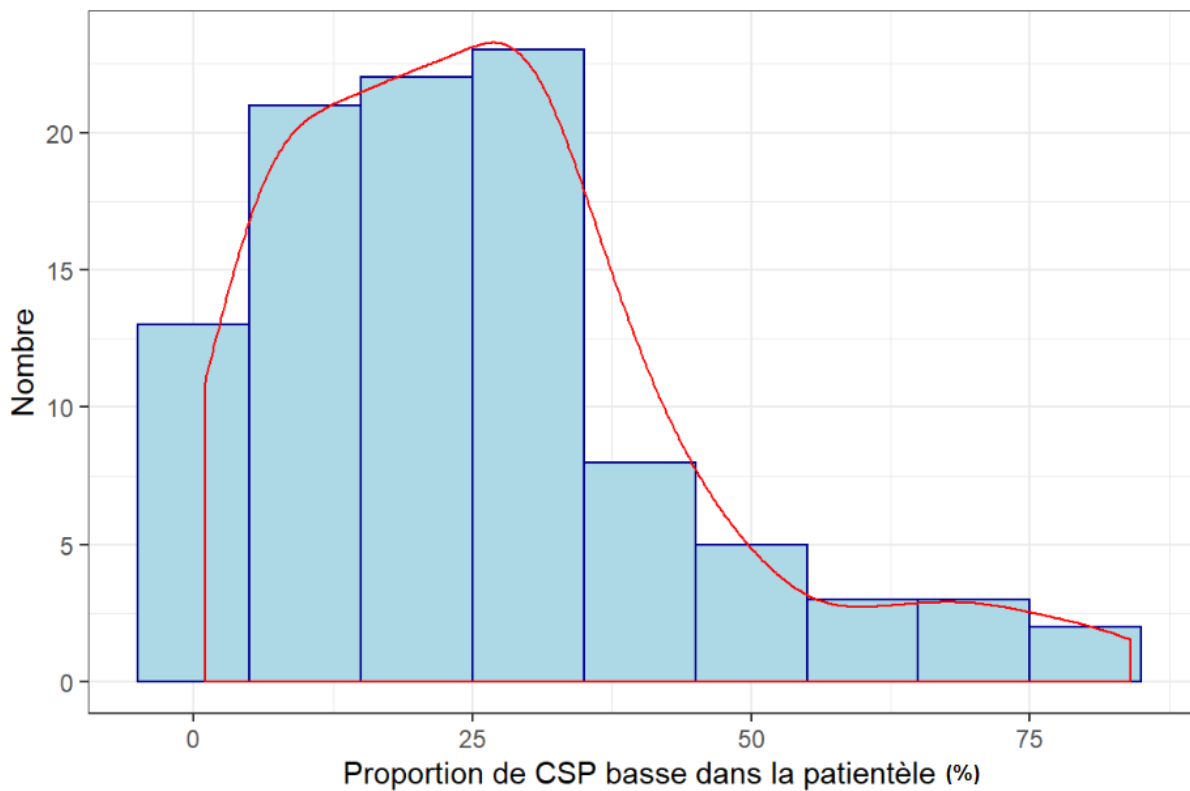
D'après ce graphique, on voit que la médiane est autour de 10% ce qui signifie que 50% des médecins ont moins de 10% de CSP élevée et 50% en ont plus. La majorité des médecins interrogés ont autour de 10% de patientèle à CSP élevée.

Figure 2 : Répartition de la classe socio-professionnelle intermédiaire dans la patientèle.



Ici la médiane est de 60%, ce qui signifie que la moitié des médecins ont moins de 60% de CSP intermédiaire et l'autre moitié en ont plus. Donc la majorité des médecins ont plus de 50% de leur patientèle à niveau de vie intermédiaire.

Figure 3 : Répartition de la classe socio-professionnelle basse dans la patientèle.



Ci-dessus, la médiane est de 30%, ce qui signifie que la majorité des médecins ont environ 30% de leur patientèle à niveau de vie faible (CMU).

Question 3 : Patientèle

Effectif analysé : $n = 100$. Nombre total patients : 132 360.

Médiane / Interquartile = 1200 / [981 ; 1500]

Moyenne et intervalle de confiance à 95 % : 1323.6 [1211.33 ; 1435.87] %.

Question 4-5 : Nombre de cas d'Hépatite A

15% des médecins ont déclarés avoir eu des cas d'Hépatite A.

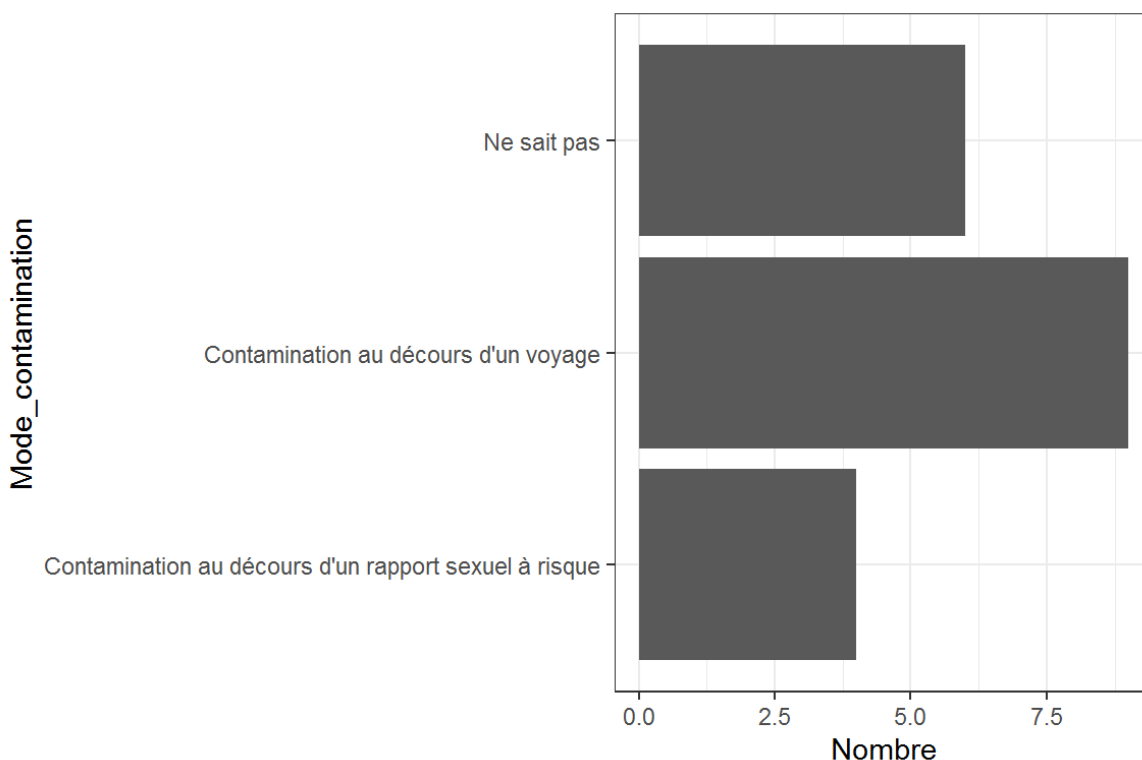
Dans notre échantillon de 100 médecins généralistes, il y avait 25 cas d'hépatite A recensés par les médecins, durant l'année étudiée, sur leur cohorte de 132 360 patients : soit une prévalence de la pathologie étudiée de 0,019 %.

Question 6 : Hospitalisation des cas

Parmi les cas d'hépatite A (pour rappel 25 dans cette étude), 2% des 25 cas ont été hospitalisés. (Cf tableau 1).

Question 7 : Mode de contamination des cas

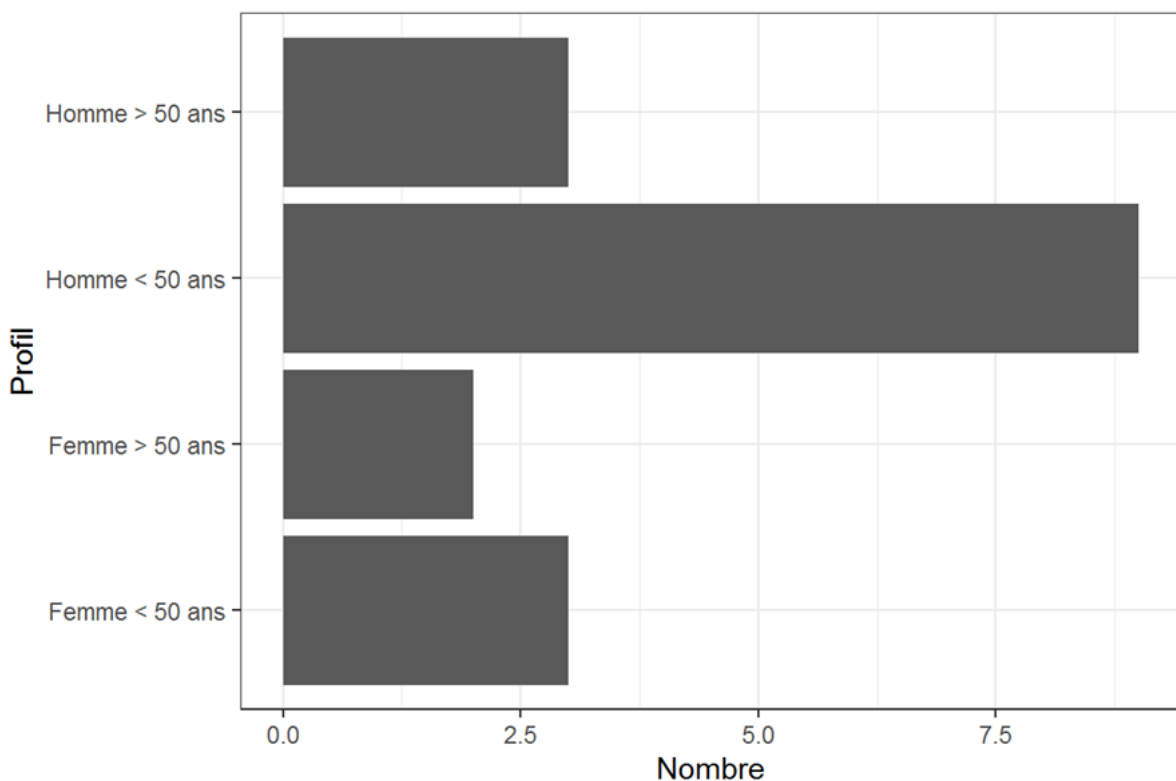
Figure 4 : Effectif de médecins ayant eu des cas d'Hépatite A en fonction du mode de contamination



9 médecins ont répondu avoir eu des cas d'hépatite A par contamination au décours d'un voyage. 4 médecins ont répondu avoir eu des cas d'hépatite A par contamination sexuelle. 6 médecins n'ont pas eu connaissance du mode de contamination de leur cas. Aucun médecin n'a été confronté à des cas d'hépatite A dans un contage professionnel.

Question 8 : Profil des cas

Figure 5 : Effectif de médecins ayant eu des cas d'Hépatite A en fonction du profil des patients.



3 médecins ont répondu que leurs cas étaient des hommes > 50 ans, 9 médecins ont répondu avoir eu des hommes < 50 ans, 2 médecins ont déclarés avoir eu des femmes > 50 ans et 3 ont eu des femmes de < 50 ans.

Tableau 1 :

Variables	Modalités	Proportions ^{***} /médiane	IC95% / IQ ^{**}
Sur la totalité des médecins interrogés			
Lieu d'exercice	En métropole Lilloise	28 %	[19.5 ; 37.8]
	En milieu rural	30 %	[21.2 ; 40]
	En milieu urbain (hors MEL)	42 %	[32.2 ; 52.3]
Nombre de patients*	1323,6 +/- 573 patients		
Niveau Socio-Economique**	CSP élevée	10 %	[10 ; 20] **
	CSP intermédiaire	60 %	[46.5 ; 70] **
	CSP basse	25 %	[13.7 ; 34.2] **
Hépatite A en 2017-2018	Oui	15 %	[8.6 ; 23.5]
Sur les 15 médecins ayant été confrontés à une hépatite A			
Nombre d'hépatite A vu**		1	[1 ; 2] Max = 5
Hospitalisation	Oui	2 %	[1.7 ; 40.5]
	Contamination au décours d'un voyage	46.7 %	[21.3 ; 73.4]
Mode de contamination	Contamination au décours d'un rapport sexuel à risque	26,7 %	[7.8 ; 55.1]
	Ne sait pas	40 %	[16.3 ; 67.7]
Profil	Homme > 50 ans	20 %	[4.3 ; 48.1]
	Homme < 50 ans	60 %	[32.3 ; 83.7]
	Femme > 50 ans	13.3 %	[1.7 ; 40.5]
	Femme < 50 ans	20 %	[4.3 ; 48.1]

*exprimé en moyenne +/- écart-type.

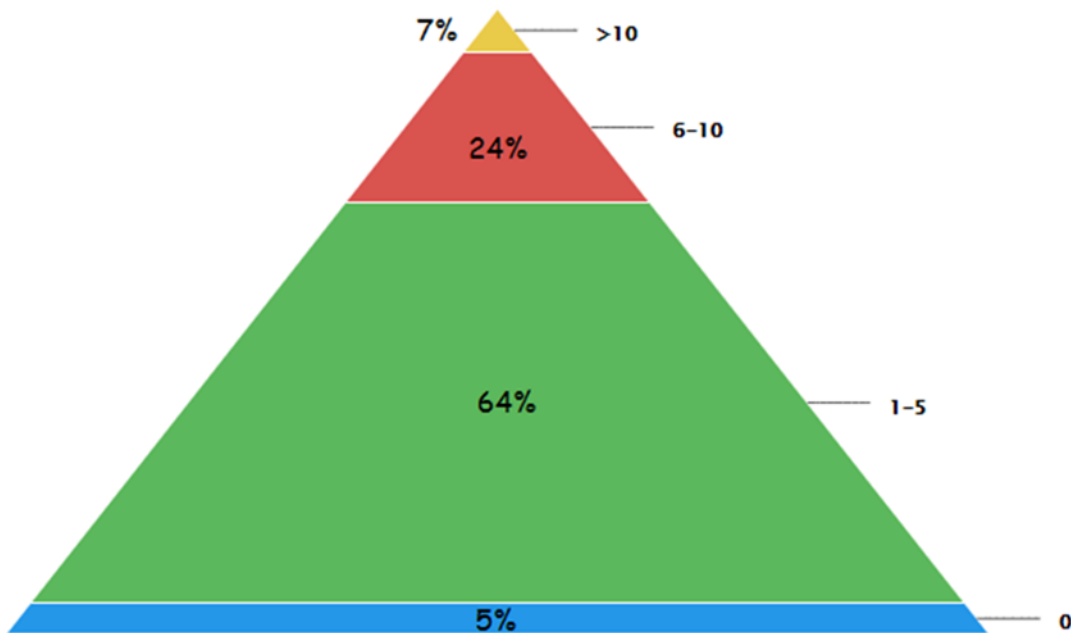
**exprimé en médiane et interquartile de la distribution des proportions

***Les valeurs qualitatives sont exprimées en n (%) ; n (effectif) = 100 sauf mention contraire. n = %.

■ Données concernant la vaccination

Question 9 : Nombre de vaccination contre l'hépatite A effectuée sur l'année 2018

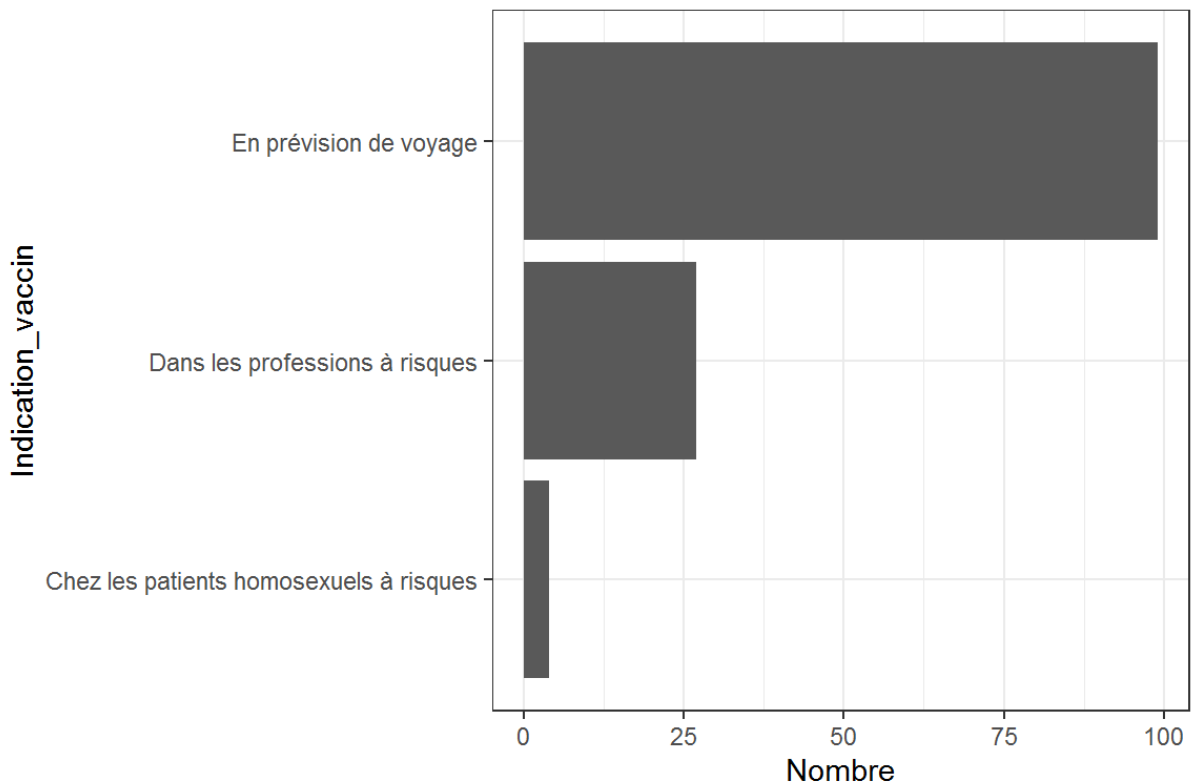
Figure 6 : Pourcentage de vaccins contre l'Hépatite A effectué durant l'année 2018



Sur 100 médecins, 5% n'ont pratiqué aucune vaccination contre l'hépatite A au cours de l'année 2018, 64% ont réalisé entre 1 et 5 vaccins, 24% entre 6 et 10 vaccins, et 7% ont effectué plus de 10 vaccins sur l'année.

Question 10 : Indication des vaccins réalisés au cours de l'année 2018

Figure 7 : Nombre de médecins ayant vaccinés contre l'Hépatite A en fonction des recommandations vaccinales.



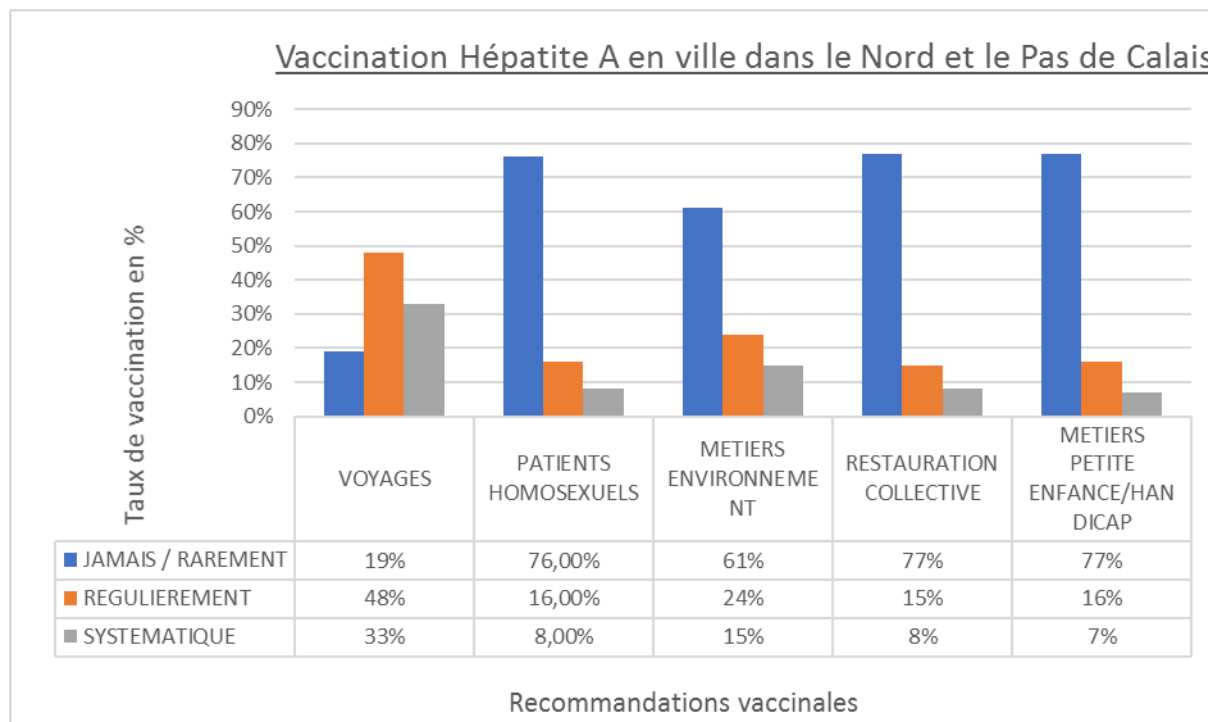
Parmi les 100 médecins ayant participé à l'étude, 95% d'entre eux ont réalisé au moins 1 vaccin contre l'hépatite A au cours de l'année 2018. 99% des médecins ayant vacciné l'ont fait dans le contexte de voyages à risques, 27% ont fait la vaccination dans le contexte de profession à risques de contamination et enfin 4% ont réalisé la vaccination dans la population des homosexuels masculins.

Question 11 : Impact de la pénurie des vaccins contre l'hépatite A

28% des médecins disent avoir été gênés par la pénurie de vaccin contre l'Hépatite A qui a sévit entre 2017 et 2018.

Question 12-13-14-15-16 : Taux de vaccination selon les recommandations vaccinales

Figure 8 : Taux de vaccination en libéral selon les recommandations vaccinales de l'hépatite A.



Dans le cadre des voyages, 33% des médecins vaccinent de façon systématique contre l'hépatite A, 48% d'entre eux vaccinent régulièrement et seulement 19% ne vaccinent jamais/rarement.

Concernant la recommandation vaccinale dans la population des HSH, nous observons que 76% des médecins interrogés ne vaccinent jamais voire rarement, contre 16% régulièrement et 8% seulement de façon systématique.

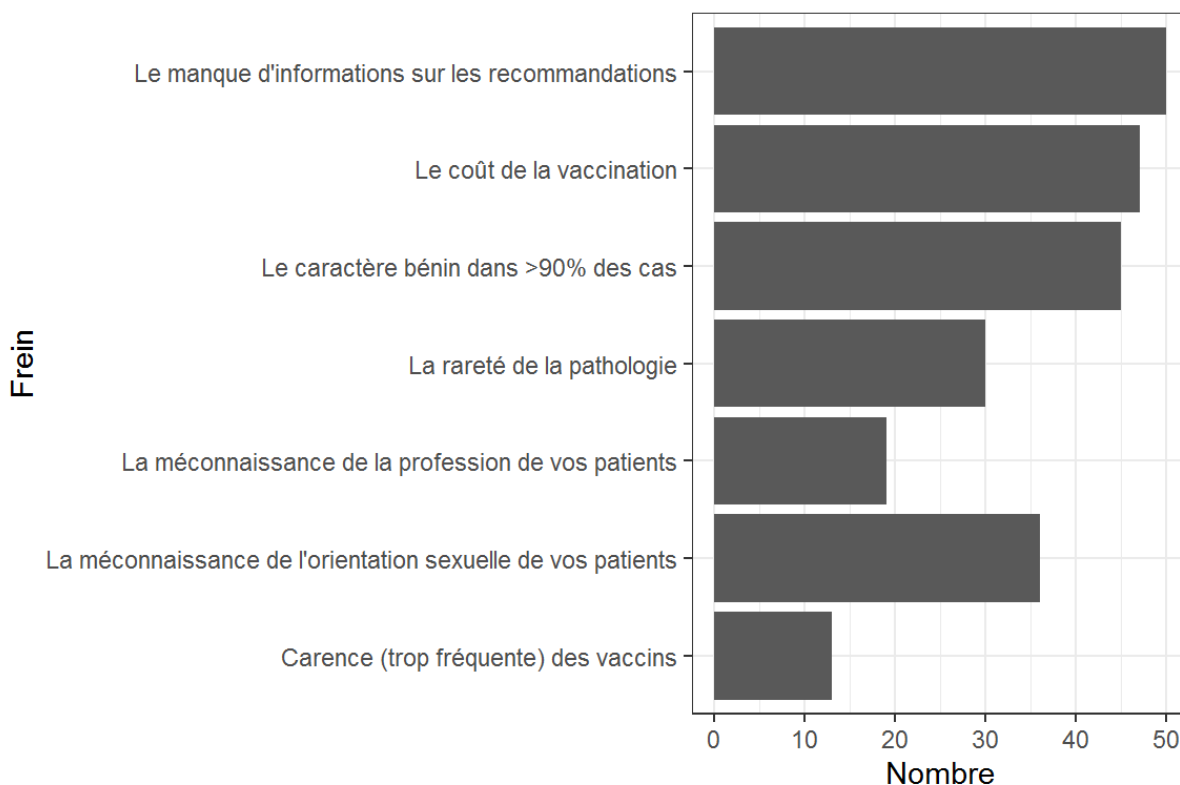
Pour les professions dans l'environnement et l'assainissement, 61% des médecins de l'étude ne vaccinent jamais voire rarement, 24% régulièrement et 15% vaccinent de façon systématique.

Pour les métiers de la restauration collective, 77% ne vaccinent jamais/rarement, 15% régulièrement et 8% de façon systématique.

Dans le domaine de la petite enfance/handicap, 77% des médecins ne vaccinent jamais/rarement, 16% régulièrement et 7% systématiquement.

Question 17 : Limites à la vaccination contre l'hépatite A

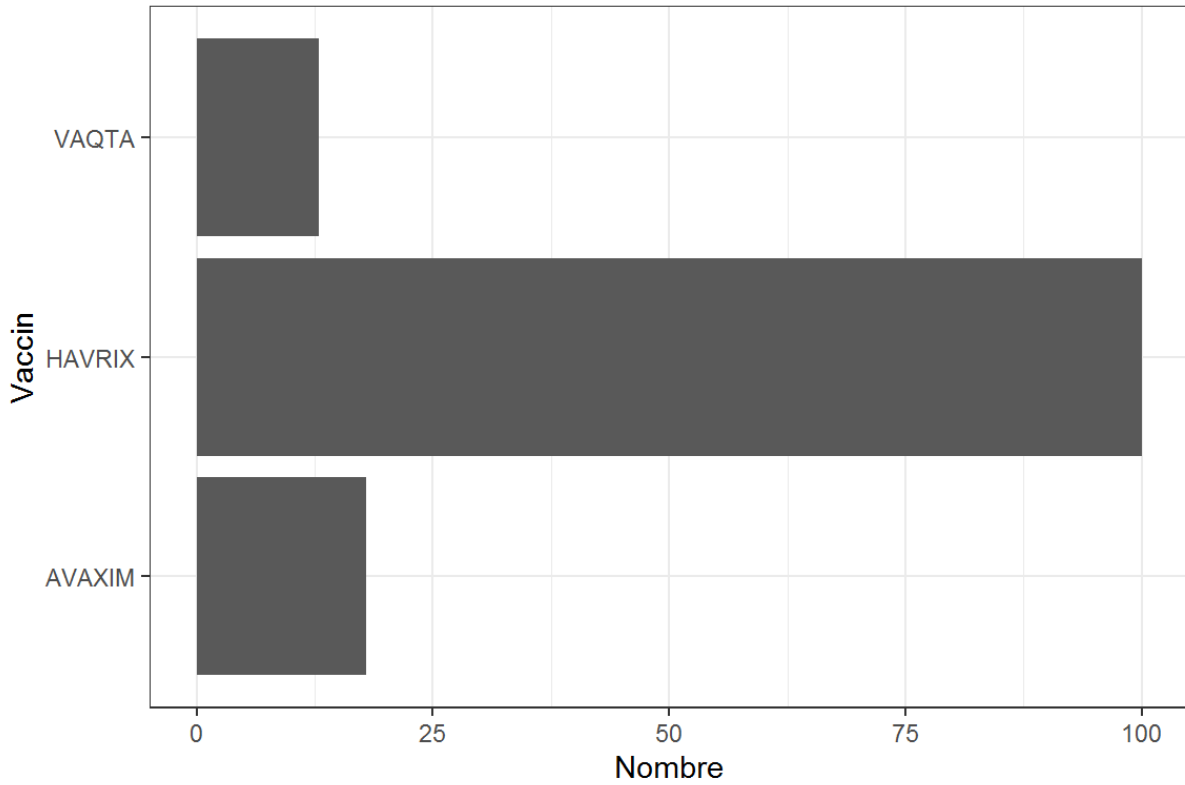
Figure 9 : Freins à la vaccination contre l'Hépatite A en ville dans les départements du Nord Pas de Calais



50% des médecins généralistes estiment qu'il y a un manque d'informations sur les recommandations vaccinales de l'hépatite A, 47% sont gênés par le coût que cette vaccination engendre, 45% estime que la vaccination offre une balance bénéfice-risque négative de fait du caractère bénin de cette maladie, 36% des médecins sont gênés par la méconnaissance de l'orientation sexuelle de leurs patients, 30% sont limités par le caractère rare de la pathologie, 19% sont limités par la méconnaissance de la profession de leurs patients et enfin 13% disent que la carence fréquente des vaccins contre l'hépatite A est un frein à la vaccination en pratique.

Question 18 : Vaccins les plus prescrits en libéral contre l'hépatite A

Figure 10 : Utilisation des vaccins en libéral.



13% des médecins utilisent le VAQTA, 100% l'HAVRIX, et 18% l'AVAXIM. Tous les médecins utilisent l'HAVRIX et 13% d'entre eux utilisent au moins un des deux autres.

DISCUSSION

1. Choix de la méthode

Le support adopté dans cette étude, est le questionnaire standardisé anonyme, envoyé par mail aux médecins généralistes du 59 et du 62. Ce support semblait préférable à l'envoi postal, car il permettait de brasser un plus grand nombre de médecins et ainsi avoir la chance d'obtenir un grand nombre de réponses dans un délai raisonnable et pour un coût nul.

L'objectif principal de l'étude était de faire un état des lieux des pratiques vaccinales des médecins généralistes exerçant en libéral, et l'objectif secondaire était, en fonction des résultats trouvés, de faire promouvoir la vaccination contre l'hépatite A, en majorant la transmission des informations concernant les recommandations vaccinales.

2. Forces de l'étude

Tout d'abord notre étude est originale car elle porte sur un sujet d'actualité et qu'à ce jour, il n'existe pas d'étude similaire antérieure, ni quantitative ni qualitative.

Le fait que le support de l'étude soit un questionnaire anonyme dans sa globalité, permet de ne pas avoir de biais de valorisation. De plus l'étude s'adressait à une population de professionnels de santé, le questionnaire a été rédigé dans un vocabulaire médical adéquat, ce qui évite un biais d'instrumentation.

Un autre point fort du fait de l'anonymat de l'étude, est que les médecins puissent répondre librement sans peur d'être jugés sur leurs pratiques.

L'étude s'effectuant sur une période réduite, cela empêche un changement des pratiques des médecins interrogés et donc évite un effet de maturation. De plus l'envoi individualisé et l'absence d'objectifs décrits et attendus, évite un effet de contamination. Ces deux arguments augmentent la validité interne de l'étude.

3. Limites de l'étude

Notre étude comporte les biais suivants :

- Biais de recrutement : il n'y a pas eu de tirage au sort pour sélectionner les répondants. Ainsi peut être que les médecins impliqués dans les travaux universitaires ont été plus à même de répondre, peut être également que ceux qui ont été confrontés à des cas d'hépatite A se sont sentis plus concernés et ont été également là encore plus à même de répondre au questionnaire.
- Biais de « non-réponse » : Les non-réponses pouvaient être dues à un manque d'intérêt pour le sujet, ou encore peut être existait-il des erreurs dans les adresses mails présentées dans la liste récupérée auprès de l'ARS, voire des adresses obsolètes ?
- Biais de mémorisation : certaines questions portaient sur des pratiques vaccinales d'une année antérieure, également des cas et profils de patients d'une année antérieure, ce qui le favorise.
- Biais déclaratif : du fait de l'anonymat des réponses, aucune vérification n'existe, permettant de prouver l'exactitude des réponses.

La taille de l'échantillon est limitée, ce qui confère un manque de puissance à notre étude.

4. Analyses des résultats

■ Partie épidémiologie (question 1 à 8)

Cette partie visait à faire un état des lieux de la prévalence de l'hépatite A en libéral, des profils patients et du mode de contamination des cas recensés, parmi une population de 100 médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais. Le tableau 1 récapitule l'ensemble des données épidémiologiques retrouvées dans cette étude.

Tableau 1 :

Variables	Modalités	Proportions ^{***} /médiane	IC95% / IQ ^{**}
Sur la totalité des médecins interrogés			
Lieu d'exercice	En métropole Lilloise	28 %	[19.5 ; 37.8]
	En milieu rural	30 %	[21.2 ; 40]
	En milieu urbain (hors MEL)	42 %	[32.2 ; 52.3]
Nombre de patients*	1323,6 +/- 573 patients		
Niveau Socio-Economique**	CSP élevée	10 %	[10 ; 20] **
	CSP intermédiaire	60 %	[46.5 ; 70] **
	CSP basse	25 %	[13.7 ; 34.2] **
Hépatite A en 2017-2018	Oui	15 %	[8.6 ; 23.5]
Sur les 15 médecins ayant été confrontés à une hépatite A			
Nombre d'hépatite A vu**		1	[1 ; 2] Max = 5
Hospitalisation	Oui	2 %	[1.7 ; 40.5]
	Contamination au décours d'un voyage	46.7 %	[21.3 ; 73.4]
Mode de contamination	Contamination au décours d'un rapport sexuel à risque	26,7 %	[7.8 ; 55.1]
	Ne sait pas	40 %	[16.3 ; 67.7]
Profil	Homme > 50 ans	20 %	[4.3 ; 48.1]
	Homme < 50 ans	60 %	[32.3 ; 83.7]
	Femme > 50 ans	13.3 %	[1.7 ; 40.5]
	Femme < 50 ans	20 %	[4.3 ; 48.1]

*exprimé en moyenne +/- écart-type.

**exprimé en médiane et interquartile de la distribution des proportions

***Les valeurs qualitatives sont exprimées en n (%) ; n (effectif) = 100 sauf mention contraire. n = %.

Interprétation :

28% des médecins interrogés exercent en MEL, 42% en milieu urbain hors MEL et 30% en milieu rural. Notre population est répartie géographiquement, de façon assez homogène. Les IC à 95% nous démontrent qu'un manque de puissance de l'étude existe, ce qui signifie que ces résultats ne sont pas significativement superposables à la population générale, mais nous orientent sur la tendance de leur répartition géographique.

La patientèle totale des 100 médecins s'élève à 132 360 patients, ce qui fait une moyenne de 1323,6 patients par médecin avec un écart-type de 573 patients. (En 2017, la patientèle moyenne d'un médecin généraliste dans le Nord était de 1771, et dans le Pas de Calais de 1887). Chiffres tirés du site Ameli.fr rubrique statistiques et publications, « patientèle des médecins par département ». Notre échantillon est globalement représentatif de la population générale, nous sommes dans l'ordre de grandeur des chiffres officiels.

Chaque médecin a globalement 10% de sa patientèle à niveau de vie élevé, 60% à niveau de vie intermédiaire et 30% à niveau de vie faible.

15 médecins ont déclaré avoir eu des cas d'hépatite A sur la période étudiée. Parmi eux, 25 cas d'hépatite A ont été déclarés, sur une cohorte de 132 360 patients, soit une prévalence de la maladie, dans cette étude, de 0,019%. La prévalence de l'hépatite A est faible. Dans notre étude cela fait 19 cas pour 100 000 habitants, pour rappel : en 2017 dans le Pas de Calais 7,6 cas pour 100 000 habitants recensés et dans le Nord 13,3 cas pour 100 000 habitants (chiffres fournis par la Cellule d'investigation régionale de Santé Publique France). Il existe une marge d'erreur qui peut être expliquée par le biais de recrutement de notre étude. C'est une pathologie majoritairement bénigne car nous retrouvons 2% d'hospitalisations parmi les 25 cas recensés ici.

L'échantillon de médecins, ayant recensé des cas d'hépatite A, est réduit à 15 médecins. Parmi cet échantillon, le profil le plus largement rencontré parmi les cas est l'homme jeune <50ans (60%), vient ensuite la femme jeune <50 ans (20%), et l'homme de >50 ans (20%) et enfin les femmes >50 ans (13,3%). Parmi les modes de contamination, 40% des médecins n'ont pas eu connaissance du mode de contamination, 47% ont déclaré que c'était au cours d'un voyage et 27% d'entre eux ont su que c'était au décours d'un rapport sexuel à risque. Les IC à 95% sur ces résultats, sont larges, ce qui traduit une marge d'incertitude autour de ces résultats, significative. Sur ces questions-ci nous ne pouvons

pas conclure que les données retrouvées dans cet échantillon soient représentatives de la population générale, les résultats ne sont pas assez précis.

■ Partie vaccination (question 9 à 18)

Cette partie s'intéressait à la pratique vaccinale de l'hépatite A, en 2018 des médecins généralistes libéraux. Ce que nous observons c'est que 95% des médecins ont, durant cette année, effectués au moins 1 vaccin contre l'hépatite A, et que 28% d'entre eux ont déclarés avoir été gênés par la pénurie de vaccins qui a eu lieu durant cette période. 99% des médecins qui ont pratiqué au moins 1 vaccination l'ont fait dans le cadre de voyages à risques, 27% dans le contexte de profession à risques et 4% dans la population des homosexuels masculins.

Concernant la situation vaccinale du VHA en libérale, selon les recommandations officielles publiées, les données sont regroupées dans le tableau 2 ci-dessous :

Tableau 2 :

Variables	Fréquence	Proportion	IC95%
En prévision d'un voyage	Jamais/Rarement	19 %	[11.8 ; 28.1]
	Régulièrement	48 %	[37.9 ; 58.2]
	Systematique	33 %	[23.9 ; 43.1]
Homosexuels masculins	Jamais/Rarement	76 %	[66.4 ; 84]
	Régulièrement	16 %	[9.4 ; 24.7]
	Systematique	8 %	[3.5 ; 15.2]
Recommandations professionnelles (environnement)	Jamais/Rarement	61 %	[50.7 ; 70.6]
	Régulièrement	24 %	[16 ; 33.6]
	Systematique	15 %	[8.6 ; 23.5]
Recommandations professionnelles (restauration)	Jamais/Rarement	77 %	[67.5 ; 84.8]
	Régulièrement	15 %	[8.6 ; 23.5]
	Systematique	8 %	[3.5 ; 15.2]
Recommandations professionnelles (service d'accueil)	Jamais/Rarement	77 %	[68.7 ; 85.2]
	Régulièrement	16 %	[12.2 ; 19.8]
	Systematique	7 %	[4.5 ; 9.5]

Interprétation :

Les médecins sont 19% à ne jamais vacciner ou rarement dans la cadre de voyages à risques, **76% à ne jamais vacciner ou rarement la population des HSH**, **77%** à ne pas vacciner dans le cadre des professions telles que la restauration collective et les services d'accueil de l'enfance et du handicap, et **61%** dans les professions de l'environnement/assainissement.

- ⇒ Les IC à 95% restent larges, nous ne pouvons pas affirmer que ces résultats sont significatifs, mais ces résultats nous orientent vers une couverture vaccinale insuffisante en libérale, selon les recommandations actuelles existantes.

33% des médecins vaccinent de façon systématique lors de voyages à risques, 8% vaccinent systématiquement la population des HSH, 7% le font dans les professions de la restauration et des services d'accueil, 15% le font pour les professions de l'environnement/assainissement.

- ⇒ Même observation que précédemment, là encore les résultats tendent vers une couverture vaccinale insuffisante.

La question 17 étudiait les freins à la vaccination (résumé dans le tableau 3) :

Tableau 3 :

Freins	Proportion	IC95%
Le manque d'informations sur les recommandations	50 %	[39.8 ; 60.2]
La méconnaissance de la profession de vos patients	19 %	[11.8 ; 28.1]
Le coût de la vaccination	47 %	[36.9 ; 57.2]
La méconnaissance de l'orientation sexuelle des patients	36 %	[26.6 ; 46.2]
La rareté de la pathologie	30 %	[21.2 ; 40]
Le caractère bénin dans >90% des cas	45 %	[35 ; 55.3]
Carence des vaccins	13 %	[7.1 ; 21.2]

Interprétation :

Les principaux freins à la vaccination anti-VHA, retrouvés chez les médecins généralistes sont : la méconnaissance des recommandations (50%), le coût de la vaccination (47%), son caractère bénin (45%) et la méconnaissance de l'orientation sexuelle des patients (36%).

- ⇒ En somme, l'ensemble des IC à 95% de nos résultats sont larges, ce qui traduit une marge d'erreur par manque de précision. Notre étude manque de puissance, cependant elle nous permet d'observer la tendance de ce à quoi les « vrais » résultats pourraient tendre. Nos résultats nous orientent sur la piste qu'il y aurait une couverture vaccinale insuffisante contre l'hépatite A en médecine libérale selon les recommandations actuelles. Il serait nécessaire d'entreprendre une étude à plus grande échelle avec plus de puissance, qui pourrait nous permettre de confirmer de façon plus précise, ces résultats sur la situation vaccinale de l'Hépatite A en médecine libérale.

5. Etudes similaires / Comparaison aux données de la littérature

Il n'y a pas d'études similaires dans la littérature à celle-ci, nous ne pouvons pas comparer nos données à l'antériorité. L'hépatite A est un sujet récent et d'actualité, les publications sur ce sujet sont récentes et peu nombreuses à ce jour. Un article important dans le Nord a été publié en 2018 « Clinical and virological features of acute hepatitis A during an ongoing outbreak among men who have sex with men in the North of France », démontrant que l'épidémie qui a sévit en 2017/2018 a fortement touché la population des HSH du fait de comportements sexuels à risques et l'analyse des cas a souligné que de nombreuses occasions de se faire vacciner ont été manquées. Cette étude met aussi en lumière que l'estimation du nombre de vaccinations contre l'hépatite A parmi le groupe des HSH s'avère insuffisante et que la majorité des patients a remarqué que la vaccination n'était jamais proposée. C'est à la suite de cela, que m'est venue l'idée d'aller interroger les médecins généralistes sur leurs pratiques vaccinales contre l'hépatite A et leurs

connaissances. Mais cette étude reste une étude précurseure. De futures études plus conséquentes seront probablement amenées à voir le jour, sur ce sujet.

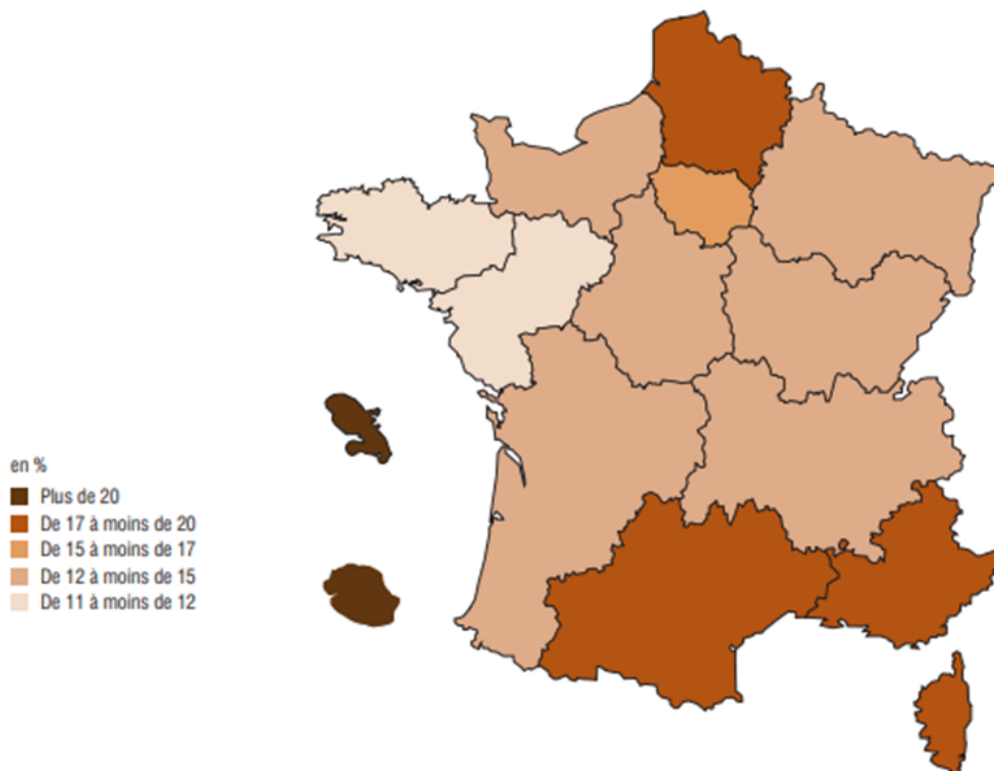
6. Limites à la vaccination et pistes d'amélioration de la couverture vaccinale anti-VHA.

D'après la question 17 du questionnaire, question préliminaire qui visait à faire rapidement un état des lieux des raisons qui limitaient les médecins généralistes à vacciner contre le VHA, on constate que pour 50% d'entre eux, il existe une méconnaissance des recommandations vaccinales.

Il faudrait approfondir le sujet, peut être à l'aide d'une nouvelle étude qui s'intéresserait plus précisément aux freins et aux connaissances des médecins généralistes sur la vaccination anti-VHA, s'ils souhaiteraient être davantage informés sur ce sujet. En pratique il est vrai que l'on n'entend peu parler de ces vaccins, la promotion vaccinale anti VHA est plus discrète que pour les autres vaccins, peu d'informations sont transmises. Après l'épidémie de 2017/2018, l'information a été davantage divulguée, mais on s'aperçoit que l'on en parle une fois l'épidémie installée. On peut dire que hors épidémie d'Hépatite A, il existe une carence d'informations sur ce sujet. Si les informations étaient régulièrement transmises, lors de formations continues, cela pourrait limiter ces épidémies.

Un autre frein important, car concerne également 50% des médecins, est le coût de la vaccination. En effet les vaccins contre le VHA sont non remboursés, il faut compter environ 22 d'euros pour une injection et comme il faut deux doses au total pour assurer une protection à long terme, il faut donc demander aux patients de verser environ 44 euros par personne. Cela peut être un coût important, et qui peut rendre certains patients réticents à le faire. N'oublions pas également que dans la région du Nord-Pas de Calais, il existe un taux de pauvreté élevé comparativement aux autres régions françaises, ce qui pourrait influencer les médecins à ne pas proposer cette vaccination du fait d'une anticipation sur laquelle les patients n'accepteront pas de la faire.

Taux de pauvreté par région en 2015



© IGN – Insee 2015

Champ : France métropolitaine, Martinique et La Réunion, ménages fiscaux (hors ménages en logement collectif et sans abri) dont le revenu disponible est positif ou nul.

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2015.

Insee Références, édition 2018 - Fiches - Revenus

Graphique tiré d'un article de 2015 "1.18 Niveau de vie et pauvreté par région"

Là encore il serait intéressant d'envisager une autre étude qui interrogerait les patients, sur leur connaissance de cette pathologie, de l'existence d'un vaccin efficace, et sur leur motivation éventuelle à le faire malgré le coût. Si on le proposait davantage, y aurait-il une tendance plutôt positive envers ce vaccin ou négative ?

Nous savons depuis les années 2000 que cette pathologie évolue en pic épidémique, on peut même la classer en IST de nos jours, chose qui n'était pas décrite comme telle avant. La transmission de ce virus est oro-fécale, initialement la prévention reposait surtout sur l'hygiène alimentaire lors des voyages en zones de précarité et sur l'hygiène des mains, or ce qui a changé avec le temps, c'est l'évolution des pratiques sexuelles. La sexualité est

devenue moins tabou, on a pu observer l'émergence des pratiques oro-anales qui sont pratiquées dans une grande majorité par les populations homosexuelles masculines (Cf Annexe 5). L'évolution de ces pratiques sexuelles étend le statut de l'Hépatite A, de maladie à transmission oro-fécale à infection sexuellement transmissible.

Alors pourrait-on se demander pourquoi ne pas étendre le remboursement de ces vaccins aux populations ciblées par les recommandations ? Notamment la population homosexuelle masculine ? Rappelons que l'épidémie de l'an 2000 qui a sévit, et qui a contribué à la mise en place des recommandations actuelles, a touché cette population et l'épidémie de 2017/2018 a touché une nouvelle fois cette population-là. Cela pourrait être une perspective d'amélioration de la couverture vaccinale, d'étendre le remboursement dans les populations les plus à risques. A noter que l'ARS a demandé, lors d'une campagne exceptionnelle, la gratuité de la vaccination en période d'épidémie et seulement dans les centres publics de vaccination et les centres CeGIDD. Tiré du REACT-UP hiver 2018 le bulletin, dans la rubrique « vaccinations à faire quand on est gay ». Mais pour autant cela reste une mesure exceptionnelle, temporaire et limitée aux centres destinataires de la campagne.

Un autre point important, 50% des médecins ont déclarés que le caractère bénin dans > 90% des cas de la pathologie, était une limite à la vaccination. Gardons en tête que la complication de l'Hépatite A est l'Hépatite fulminante dont le seul traitement actuel est la greffe hépatique. Nous venons de souligner le fait que les populations les plus touchées lors des épidémies sont les homosexuels masculins, notamment jeunes < 50 ans. Même s'il n'y a pas d'épidémies massives connues dans les professions à risques, il existe quand même quelques crises sanitaires locales. Par définition les personnes exerçant des professions à risques, sont des populations encore en activité professionnelle donc globalement les < 60 ans, ce sont donc les populations jeunes qui sont les plus à risques de contamination.

Enfin un dernier point d'actualité qui est un frein à la vaccination anti-VHA, pour un tiers des médecins, est la méconnaissance de l'orientation sexuelle de leur patient. Ce manque

d'information ne permet pas de cibler les populations à risques concernées par les recommandations vaccinales. C'est un point clef car cela peut rester un sujet délicat à aborder en consultation, et les médecins généralistes sont les mieux et les seuls placés pour aborder le sujet et ainsi connaître l'orientation sexuelle de leurs patients. Cette information est primordiale en prévention primaire car elle nous permettrait non seulement de faire la prévention pour l'Hépatite A mais pas seulement ! Un sujet qui fait débat dans l'actualité médicale à ce jour, est le sujet de la vaccination anti-HPV, qui est recommandée chez les HSH. Notons qu'il est important de savoir, que c'est en février 2016, que le HCSP a recommandé qu'un accès au vaccin anti-HPV soit proposé dans les CeGIDD et dans les centres de vaccination, aux hommes de moins de 26 ans, ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. Je cite un passage de l'article tiré du REACT-UP hiver 2018 le bulletin, dans la rubrique « vaccinations à faire quand on est gay » paragraphe « prévalence du Papillomavirus Humain élevée chez les gays, vaccination recommandée seulement chez les jeunes gays » : « les infections par les HPV au sein de nos minorités, gays, séropositives, séronégatives et trans, sont très présentes. La limitation actuelle de la vaccination aux seules jeunes filles, ne protège en fait les futurs partenaires sexuels que dans un modèle exclusivement hétérosexuel. Elle ne protège pas des condylomes et cancers dus aux HPV, une population non vaccinée qui reste sexuellement isolée. La prévalence d'HPV au niveau anal chez les gays est de 47 à 60%, contre 12% chez les hommes hétérosexuels. Mais l'extension vaccinale mise en place est limitée, car combien d'entre eux peuvent parler de leur orientation sexuelle à leur médecin et se faire vacciner de leur propre initiative ? ».

Là encore une piste pour améliorer la couverture vaccinale anti-VHA serait de prôner le dialogue avec l'ensemble de nos patients sur leurs pratiques sexuelles. Si on ne leur pose pas la question, on ne peut pas avoir la réponse, ne pas avoir peur d'aborder ce sujet, et qui sait là encore, peut être qu'une étude à destination des patients pour avoir une idée de leur ressenti sur l'abord de la sexualité en consultation, pourrait être plus qu'intéressante.

7. Perspectives

La perspective est double, d'une part favoriser l'information dédiée aux professionnels de santé et d'autre part prôner l'information dédiée au grand public.

Afin d'améliorer la couverture vaccinale anti-VHA en prévention primaire, les médecins généralistes doivent être informés, de façon régulière, sur les recommandations. Etant un sujet d'actualité il faut que la divulgation des informations sur les recommandations et sur le vaccin en lui-même soit davantage mise en avant. De nos jours, bon nombre de formations médicales continues, de congrès et séminaires existent auxquels les médecins généralistes peuvent participer. Y aborder l'hépatite A et sa vaccination dans les thèmes sur la vaccination ou sur les IST, permettrait l'amélioration de leurs connaissances sur les recommandations.

Et enfin, ne pas oublier la place primordiale du patient dans son propre suivi, favoriser sa compréhension sur l'hépatite A. Chaque année, l'agence nationale de Santé Publique France publie un « Livre sur les Infections Sexuellement Transmissibles », destiné aux patients dans un but de prévention et d'information. Mais dans ce livre, (dernier en date publié en avril 2019), ne figure pas l'Hépatite A (Cf Annexe 6), or nous savons, du fait des épidémies actuelles, que dans certaines populations telle que les HSH, l'hépatite A est considérée comme une IST. On pourrait alors se dire que rajouter une note sur l'hépatite A permettrait au patient : d'une part de connaître cette pathologie et d'autre part de savoir qu'il existe un vaccin efficace contre celle-ci. On prônerait davantage l'idée que le patient est acteur de sa santé et qu'il est en mesure d'avoir les informations basiques, qu'il pourrait approfondir auprès de son médecin traitant.

Une autre perspective est à souligner : les vaccinations sont soit obligatoires, soit recommandées. Il n'existe pas à l'heure actuelle de gradation des recommandations. Dans l'Hépatite A la vaccination est recommandée dans la population des HSH au même titre que les personnes travaillant dans les professions à risques de contamination (Cf Annexe 4). Or aucune épidémie massive d'Hépatite A n'a été connue dans les milieux professionnels, (seulement quelques crises sanitaires locales parmi lesquelles on peut citer « l'épidémie d'hépatite A dans une école d'Auvergne en novembre 2004, l'épidémie d'hépatite A liée à la fréquentation d'une pataugeoire en 1993 dans plusieurs écoles

maternelles d'Inde et Loire » Etc.). Tandis que chez les HSH on en est à deux épidémies conséquentes (nationale voire européenne) depuis 2000. De plus, comme nous l'avons souligné dans la rubrique « prévention vaccinale » de l'introduction, en tant que salarié, le vaccin est pris en charge par l'employeur. Mais pour les patients homosexuels ? Donc posons-nous cette question : pourquoi ne pas échelonner les recommandations avec les données que nous avons actuellement ?

8. Fiches d'informations

Une fiche d'information existe déjà sur les recommandations vaccinales de l'Hépatite A. (Cf Annexe 4 et 4bis). Tirée du « Calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales de 2019 » ouvrage publié en mars 2019.

À la suite de l'épidémie d'Hépatite A, de nouvelles affiches de campagne d'informations sur la vaccination de l'Hépatite A ont été créées. (Cf Annexe 7).

Malheureusement, ces fiches d'informations ont été distribuées aux centres CeGIDD et aux centres publics de vaccination, mais n'ont pas été transmises aux médecins généralistes exerçant en libéral, de sorte qu'ils puissent les afficher dans leur cabinet. Pourtant le médecin généraliste reste l'acteur principal des soins primaires d'actes thérapeutiques et de prévention, il est en première ligne. Combien de patients connaissent l'existence des CeGIDD ? Ou bien combien d'entre eux vont dans les centres publics de vaccination ? Contre combien qui vont voir leur médecin traitant ?

CONCLUSION

Initialement, nous constatons l'Hépatite A, principalement au cours des voyages par contamination avec les aliments souillés, (du fait des conditions d'hygiène précaire), cependant depuis quelques années, c'est globalement par voie sexuelle que cette infection se transmet. La population homosexuelle masculine est particulièrement touchée, et du fait de l'évolution des mœurs au sein de nos sociétés actuelles, on note une évolution des pratiques sexuelles favorisant les contaminations.

Les recommandations ont été étendues après l'an 2000 aux populations les plus à risques, elles restent néanmoins non obligatoires mais recommandées. Nous avons la chance de posséder un vaccin dont l'efficacité a été prouvée. Malgré tout, d'après notre étude, nous constatons que nos résultats tendent vers une vaccination insuffisante en libérale, et des recommandations peu suivies.

Il paraît indispensable que les populations à risques et concernées par cette vaccination fassent l'objet d'une campagne de vaccination ciblée et personnalisée. D'où l'importance de promouvoir cette campagne dans les endroits les plus fréquentés par les patients, notamment les cabinets des médecins traitants. Récemment ce sont les centres publics de vaccination ainsi que les CeGIDD qui ont été les plus avertis par les campagnes de l'ARS. Toutefois le médecin généraliste, est et reste le pivot central de la prise en charge de la santé du patient, il est son premier contact, il a un rôle majeur d'information, de dépistage et de prévention, il doit donc être placé au cœur des politiques d'amélioration de la couverture vaccinale. Sa formation doit être continue et mise à jour de façon régulière, via des formations médicales continues.

Dans les perspectives d'amélioration de la couverture vaccinale pour l'Hépatite A, nous relevons deux objectifs. Premièrement la mise à jour des connaissances des médecins généralistes sur les recommandations vaccinales ainsi que solliciter l'échange médecin-patient sur les pratiques sexuelles de ce dernier afin de cibler les populations à risques, et deuxièmement l'importance de rendre le patient acteur de sa santé en mettant tous les supports médiatiques d'informations possibles afin qu'il puisse avoir accès aux données concernant l'Hépatite A.

Le remboursement du vaccin, par la CPAM, pour les populations ciblées par les recommandations, n'est pour le moment pas envisagé.

Notre étude manque de puissance. Suite à celle-ci, nous constatons que la couverture vaccinale de l'hépatite A en médecine libérale est insuffisante et que les recommandations ne sont pas suivies. En effet, il serait pertinent d'envisager une étude plus puissante, en élargissant la taille de l'échantillon, afin de confirmer les résultats précurseurs de cette étude.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hépatite A [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
2. Hépatite A [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a>
3. Hépatite A « Centre National de Référence VHA VHE [Internet]. [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.cnrvha-vhe.org/?cat=6>
4. HepatiteA.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.wiv-isp.be/matra/Fiches/HepatiteA.pdf>
5. Évolution de l'hépatite A [Internet]. Hépatites Info Service. 2019 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.hepatites-info-service.org/evolution-de-l-hepatite-a/>
6. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/18/2017_18_2.html
7. Boucher A, Meybeck A, Alidjinou K, Huleux T, Viget N, Baclet V, et al. Clinical and virological features of acute hepatitis A during an ongoing outbreak among men who have sex with men in the North of France. *Sex Transm Infect.* 2019;95(1):75-7.
8. Données épidémiologiques 2006-2007 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/donnees-epidemiologiques-2006-2007>
9. Données épidémiologiques 2009 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a-transmission-hygiene-et-vaccination/donnees-epidemiologiques-2009>
10. Données épidémiologiques 2011 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/donnees-epidemiologiques-2011>
11. Données épidémiologiques 2010 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/donnees-epidemiologiques-2010>
12. Données épidémiologiques 2012 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/donnees-epidemiologiques-2012>
13. Données épidémiologiques 2013 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/donnees-epidemiologiques-2013>

14. Données épidémiologiques 2014 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/donnees-epidemiologiques-2014
15. Données épidémiologiques 2015 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/articles/donnees-epidemiologiques-2015>
16. Données épidémiologiques 2016 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/donnees-epidemiologiques-2016
17. Données épidémiologiques 2017 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/donnees-epidemiologiques-2017
18. Données épidémiologiques 2018 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/documents/donnees/donnees-epidemiologiques-2018
19. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES_2008 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a-transmission-hygiene-et-vaccination/donne-es-e-pide-miologiques_2008
20. Epidémie d'hépatite A en France et en Europe - Point de situation au 13 novembre 2017 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/epidemie-d-hepatite-a-en-france-et-en-europe-point-de-situation-au-13-novembre-2017
21. Hépatite A [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Hepatite-A>
22. Remboursement des vaccins [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Questions-frequentes/Questions-pratiques/Remboursement-des-vaccins>
23. Ichai P, Samuel D. Transplantation hépatique pour hépatite fulminante. /data/revues/03998320/003301P1/08005939/ [Internet]. 22 janv 2009 [cité 8 nov 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/198946>
24. Bachelet R. Analyse & traitement de données : Validité et fiabilité. :27.
25. calendrier_vaccinal_mars_2019.pdf [Internet]. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_mars_2019.pdf
26. Hépatite A : l'ARS met en place un accès gratuit au vaccin pour les personnes exposées [Internet]. [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/hepatite-lars-met-en-place-un-acces-gratuit-au-vaccin-pour-les-personnes-exposees>

27. Hépatite A : symptômes, transmission et diagnostic [Internet]. Hépatites Info Service. 2018 [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.hepatites-info-service.org/hepatite-a/>
28. Hépatite A: la maladie et le vaccin [Internet]. [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.infovac.ch/fr/les-vaccins/par-maladie/hepatite-a>
29. Almont T. Les Biais en Épidémiologie. :2.
30. Les hépatites sont-elles des IST ? [Internet]. Sida Info Service. 2017 [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/les-hepatites-sont-elles-des-ist/>
31. Les inégalités de revenus - L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/les-galit-s-de-revenus>
32. Taux de chômage régional France T2 2019 [Internet]. Statista. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/504301/taux-de-chomage-par-region-france/>
33. Vaccin contre l'hépatite A et l'hépatite B [Internet]. [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/vaccin-hepatite-a-et-hepatite-b/>
34. Reactup | Comportements [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.reactup.fr/?Comportements>
35. ameli.fr - Patientèle [Internet]. [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/patientele/patientele-des-medecins>.

ANNEXES

Annexe 1 :

Mail en réponse à la demande de la liste des coordonnées mail des médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais.

Bonjour,

Suite à votre demande, veuillez trouver ci-joint la liste des généralistes libéraux et mixtes exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais.

Vous en souhaitant bonne réception.

Cordialement,

● ● Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais

Lauriane PAJON

Assistante Statistique

Direction de la Stratégie, des Etudes et de l'Evaluation

Service Statistiques

Téléphone : 03.62.72.86.86

Annexe 2 :

Questionnaire sur l'Hépatite A et sa vaccination

Je suis interne en Médecine Générale, et dans le cadre de ma thèse je réalise une enquête épidémiologique dans la région du Nord-Pas de Calais, sur l'hépatite A et sa vaccination.

Le questionnaire est rapide à compléter (environ 3-4 minutes), se compose de 18 questions, et est complètement anonyme. Il se scinde en 2 parties, questions 1 à 8 : partie enquête épidémiologique, et questions 9 à 18 : partie vaccination.

Je vous remercie par avance pour votre temps et votre participation.

OUVRE Morgane

1.

Exercez-vous :

- En métropole Lilloise
- En milieu urbain (hors métropole Lilloise)
- En milieu rural

2.

Quelle est le nombre de patients dans de votre patientèle ? (Réponse importante pour l'étude statistique, et pour rappel complètement anonyme)

3.

Quel est le milieu socio-économique de votre patientèle ? (Veuillez répartir en pourcentage les 3 catégories)

Élevé (voyages fréquents)

Intermédiaire

Défavorisé (CMU)

Total :

4.

Avez-vous eu des cas d'Hépatite A, durant l'année 2017-2018 ?

- Oui
- Non

5.

Si oui, combien ? (Merci de mettre 0 si vous n'avez eu aucun cas)

6.

Parmi vos patients ayant présenté une hépatite A, est-ce que certains ont nécessité une hospitalisation ?

- Oui
- Non
- Aucun cas

7.

Chez vos patients ayant présenté une hépatite A, avez-vous eu notion du mode de contamination ? (Plusieurs réponses possibles)

- Contamination au décours d'un voyage
- Contamination au décours d'un rapport sexuel à risque
- Contamination dans le cadre du milieu professionnel
- Ne sais pas
- Aucun cas

8.

Quel était le profil du (des) patient(e)s infectés ? (Plusieurs réponses possibles).

- Femmes
- Femmes >50 ans
- Hommes
- Hommes >50 ans
- Aucun cas

9.

Combien de vaccins contre l'Hépatite A avez-vous fait (au cours des 12 derniers mois) ?

- 0
- 1-5
- 6-10
- >10

10.

Dans quelle(s) indication(s) avez-vous fait le(s) vaccin(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

- En prévision de voyage
- Chez les patients homosexuels à risques
- Dans les professions à risques

11.
Avez-vous été gêné par la pénurie récente de vaccins contre l'Hépatite A ?

- Oui
- Non

12.
Dans le cadre des recommandations vaccinales contre l'Hépatite A, appliquez-vous la vaccination pour les voyages :

Jamais
Rarement
Régulièrement
Systématique

13.
Pour les homosexuels masculins :

14.
Pour les métiers de l'environnement/assainissement :

15.
Pour le personnel exerçant dans les services d'accueil de la petite enfance/handicapés :

16.
Pour les métiers dans la restauration collective :

17.

Quels sont vos freins à vacciner contre l'Hépatite A ? (Plusieurs réponses possibles)

- La rareté de la pathologie
- Le caractère bénin dans >90% des cas
- Le manque d'informations sur les recommandations
- Le coût de la vaccination
- Carence (trop fréquente) des vaccins
- La méconnaissance de l'orientation sexuelle de vos patients
- La méconnaissance de la profession de vos patients

18.

Quel vaccin utilisez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- AVAXIM
- HAVRIX
- VAQTA

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Annexe 3 :

Mail de confirmation d'exonération de déclaration auprès de la CNIL du 16.01.2019

Bonjour,

Vous trouverez ci joint votre exonération de déclaration pour votre thèse d'exercice sur l'enquête épidémiologique.

Dans la mesure où, le questionnaire en ligne, ne permet pas d'identifier un répondant et que vous n'êtes à aucun moment en relation avec les médecins généralistes, votre traitement porte sur des données anonymes et vous n'êtes donc pas soumis à une déclaration préalable.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous invite à me contacter dans les plus brefs délais en cas de modification de votre protocole de recherche.

Cordialement

JL Tessier



Jean-Luc Tessier
Délégué à la Protection des Données

Université de Lille
jean-luc.tessier@univ-lille.fr
42, rue Paul Duez - 59000 Lille
Tél. +33 (0)6 17 54 67 31
Tél. +33 (0)3 62 26 92 50

Annexe 4 :

Calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales de 2019. Page 15.
Ouvrage publié en mars 2019. Les recommandations sont publiées dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)

2.6 Hépatite A

Recommandations particulières

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour :

- les jeunes accueillis dans les établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;
- les patients atteints de mucoviscidose et/ou de pathologie hépatobiliaire susceptible d'évoluer vers une hépatopathie chronique (notamment dues au virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou à une consommation excessive d'alcool) ;
- les enfants, à partir de l'âge d'un an, nés de familles dont l'un des membres (au moins) est originaire d'un pays de haute endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner ;
- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).

Recommandations autour d'un cas d'hépatite A

En présence d'un (ou de plusieurs) cas d'hépatite A confirmé, en complément des mesures d'hygiène et de l'information des sujets contacts, la vaccination est recommandée dans :

- l'entourage familial d'un patient atteint d'hépatite A (ou de toute personne vivant sous le même toit que le cas), afin d'éviter une dissémination intrafamiliale¹⁶. Il est recommandé de vacciner le plus tôt possible, sans examen sérologique préalable et dans un délai maximal de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas, les personnes n'ayant jamais été vaccinées contre l'hépatite A, réunissant toutes les conditions suivantes : nées après 1945, sans antécédent connu d'ictère et n'ayant pas séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité. Si l'une au moins des conditions précédentes n'est pas remplie, une sérologie préalable est fortement recommandée, à la recherche d'anticorps témoins d'une immunité ancienne, à condition que sa réalisation soit compatible avec le délai de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas ;
- des communautés de vie en situation d'hygiène précaire. La population exposée, définie par l'investigation épidémiologique, sera vaccinée dès l'apparition du premier cas et dans un délai maximal de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques de ce cas, afin d'éviter une extension épidémique au sein de la communauté et une diffusion hors de la communauté.

Recommandations pour les professionnels

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour les personnels exposés professionnellement à un risque de contamination¹⁷ :

- s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...);
- des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées ;
- chargés du traitement des eaux usées et des égouts.

Elle est également recommandée pour les professionnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective.

Schéma vaccinal (vaccins non combinés)

Population pédiatrique (jusqu'à 15 ans révolus) :

- Avaxim 80® : une dose puis une dose de rappel 6 à 36 mois plus tard, cette dose de rappel pouvant être administrée jusqu'à 7 ans après la première dose.
- Havrix 720® : une dose puis une dose de rappel 6 à 12 mois plus tard, cette dose de rappel pouvant être administrée jusqu'à 5 ans après la première dose.

Population adulte :

- Avaxim 160® : une dose puis une dose de rappel 6 à 12 mois plus tard, cette dose de rappel pouvant être administrée jusqu'à 36 mois après la première dose.
- Havrix 1440® : une dose puis une dose de rappel 6 à 12 mois plus tard, cette dose de rappel pouvant être administrée jusqu'à 5 ans après la première dose.
- Vaqta 50® : une dose puis une dose de rappel 6 à 18 mois après cette première dose.

Adaptation de la stratégie vaccinale en situation de pénurie de vaccin contre l'hépatite A, voir 3.2

¹⁶ Pouvant entraîner notamment des formes potentiellement graves chez l'adulte.
¹⁷ En l'absence de risque majoré d'hépatite A et du fait de l'existence de règles de manipulation des selles dans les laboratoires de biologie médicale, la vaccination contre l'hépatite A n'est pas recommandée pour les personnels y exerçant une activité professionnelle.

Annexe 4 bis :

Calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales de 2019. Chapitre
Adaptation des recommandations vaccinales en situation de pénurie de vaccins. Page 40-
41. Ouvrage publié en mars 2019.

3.2 Vaccin contre l'hépatite A

En situation de tensions sur l'approvisionnement en vaccin contre l'hépatite A, il est recommandé :

- de n'effectuer qu'une seule dose pour les nouvelles vaccinations ;
- de ne pas effectuer de rappel pour les personnes ayant déjà reçu une ou deux doses, même si elles sont à nouveau en situation d'exposition (sauf pour les personnes immunodéprimées) ; l'administration d'une 2^{ème} dose pour ces personnes ne se fera qu'après le retour à la normale de la situation ;
- de vacciner, en priorité :
 - les enfants à partir de l'âge de 1 an, qui vont se rendre dans un pays de haute endémicité,
 - les personnes de l'entourage d'un ou plusieurs cas confirmés conformément aux recommandations inscrites au calendrier vaccinal
 - en milieu familial,
 - en collectivités ;
 - les voyageurs si les conditions de leur séjour les exposent à un risque élevé de contamination. Ceux nés avant 1945 ne seront vaccinés qu'après la pratique d'une sérologie prouvant l'absence d'immunisation ;
 - les personnes immunodéprimées exposées ;
 - les personnes atteintes de mucoviscidose et/ou de pathologies susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique. La pratique préalable d'une sérologie est recommandée chez les personnes adultes ;
 - les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), la pratique d'une sérologie préalable est recommandée.

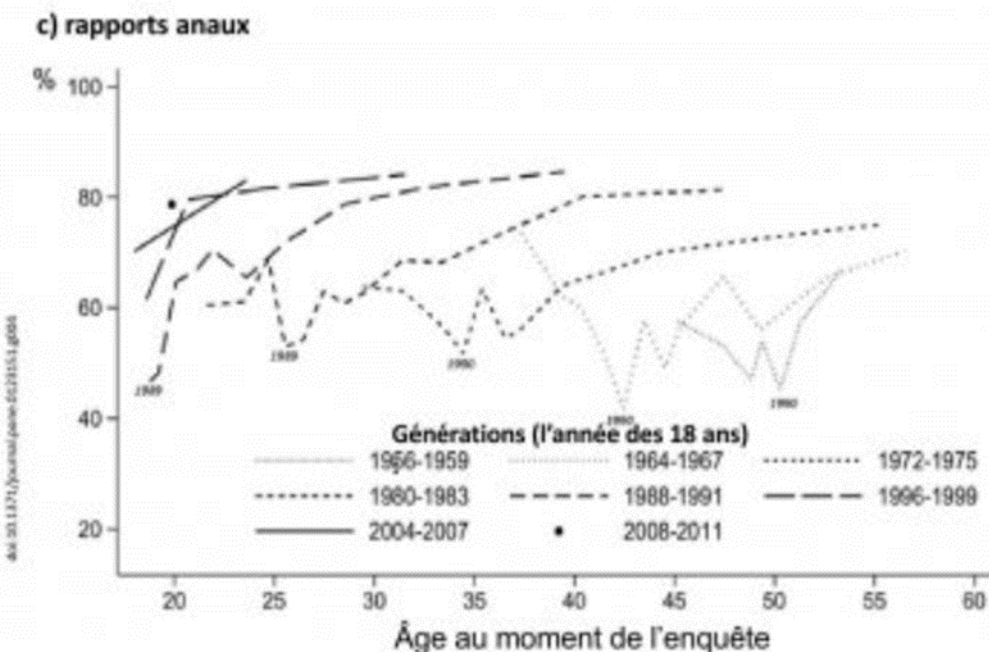
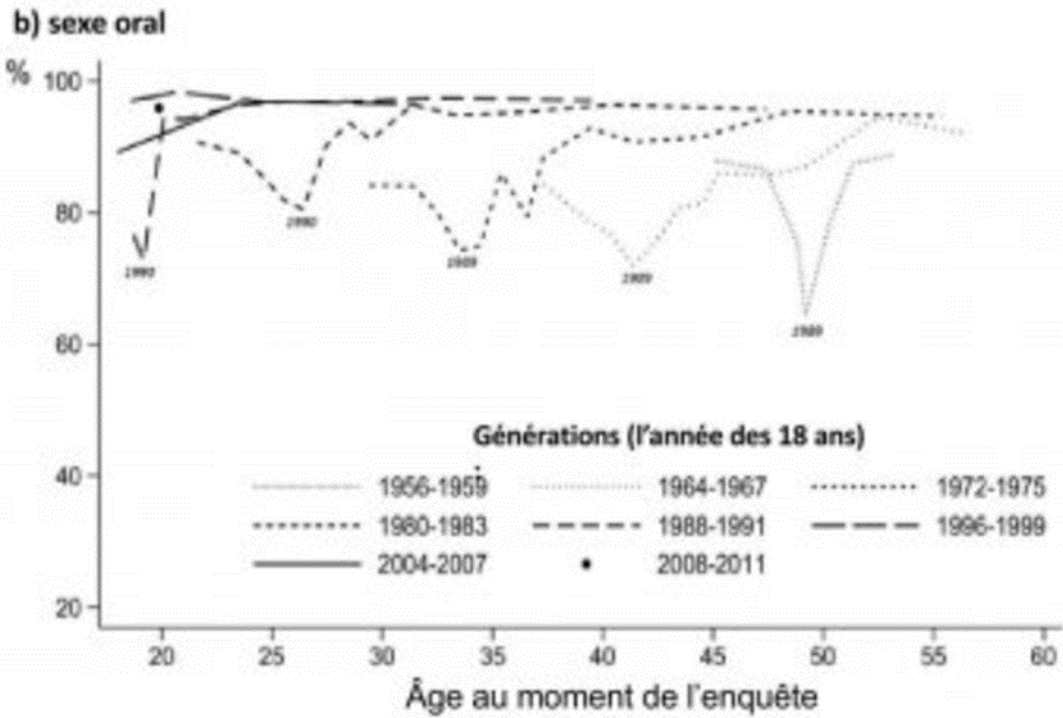
40

En outre il est déconseillé :

- d'utiliser les vaccins combinés hépatite B-hépatite A pour les personnes dont l'indication est un vaccin dirigé uniquement contre l'hépatite A ;
- d'utiliser une double dose de vaccin pédiatrique.

Annexe 5 :

Article « 30 ans d'évolution des comportements des gays en France » par H.Fischer le 24.04.2017. Rubrique « Comportements » du REACTUP.



Pourcentage de participants déclarant a) la masturbation b) le sexe oral c) les rapports anaux comme pratique fréquente Enquêtes de 1991 à 2011; participants de 18 à 59 ans; exemple de lecture : 61,5% des répondants de la génération 1996-1999 déclarent des rapports anaux fréquents lorsque leur âge moyen est de 18,6 ans (lors de l'enquête de 1997). Les lignes ne sont représentées que lorsque les générations comptent au moins 30 participants.

Quel que soit l'âge, la différence la plus marquée entre générations est la fréquence de rapports anaux et dans une moindre mesure le sexe oral. Ils augmentent de génération en génération. Ainsi, à environ 32 ans, les rapports anaux fréquents concernent 60,3% des enquêtés de la génération 1972-1975, 68,6% de la génération 1980-1983, 81,7% de la génération 1988-1991 et 84,1% de la génération 1996-1999. Dans les générations au-delà de 1996-1999, on observe une baisse du nombre de partenaires mais plus de sexe oral et de rapports anaux que dans les générations précédentes. La fréquence du sexe oral a atteint dans ces générations un niveau très élevé (>95%) et les rapports anaux fréquents un niveau élevé (80%), y compris par les plus jeunes au début de leur vie sexuelle.

Annexe 6 :

« Le Livre des Infections Sexuellement Transmissibles » Publié en Avril 2019 par Santé Publique France.



SOMMAIRE

▶ QU'EST-CE QU'UNE IST?	p. 4
■ La gonococcie	p. 6
■ L'infection à chlamydia	p. 8
■ Les papillomavirus (HPV)	p. 10
■ L'hépatite B	p. 12
■ L'herpès génital	p. 14
■ Les mycoplasmes et la trichomonase	p. 16
■ La syphilis	p. 17
■ Le VIH / sida	p. 19
▶ SE PROTÉGER DES IST	P. 23
▶ PRÉSERVATIF : MODE D'EMPLOI	P. 24
■ Le préservatif masculin	p. 24
■ Le préservatif féminin	p. 26
▶ LE DÉPISTAGE DES IST	P. 28
▶ LES CONSEILS	P. 30
▶ OÙ S'INFORMER ?	
▶ OÙ SE FAIRE DÉPISTER ?	P. 32

Annexe 7 :

Affiches créées par l'ARS pour la campagne de vaccination contre l'Hépatite A, à la suite de l'épidémie.

Campagne dans les Hauts de France (publié en mai 2017), et campagne à l'échelle nationale (publiée en septembre 2017).



AUTEUR : OUVRE Morgane

Date de soutenance : 05 mars 2020

Titre de la thèse : Etude quantitative observationnelle sur l'hépatite A et sa vaccination en médecine libérale dans les départements du Nord et du Pas de Calais.

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Vaccination et Médecine

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Hépatite A, Vaccination, Recommandations, Médecins Généralistes.

Contexte : Le médecin généraliste est l'acteur principal des actes de prévention primaire, il a une place de choix dans le domaine de la vaccination et du dépistage. Cependant l'Hépatite A, pour laquelle il existe un vaccin efficace, est malheureusement peu mise en avant, les recommandations vaccinales sont peu connues ce qui peut entraîner des épidémies.

Objectif : Faire un état des lieux des pratiques vaccinales de l'Hépatite A, des médecins généralistes en libéral, selon les recommandations actuelles et discuter des pistes permettant d'améliorer cette couverture vaccinale, afin de limiter de nouvelles épidémies futures.

Méthode : Une étude descriptive observationnelle quantitative par questionnaire anonyme informatisé, auprès de 100 médecins généralistes du 59 et du 62, a été réalisée, entre le 24/01/2019 et le 24/07/2019. Les données recueillies ont été centralisées dans le logiciel Eval and Go et analysées via le logiciel R version 3.6.1.

Résultats : 100 médecins généralistes ont accepté de répondre. La prévalence de l'hépatite A dans l'échantillon est de 0,019%. 2% d'hospitalisation parmi les cas. Le profil patient des cas prédominant, est l'homme < 50 ans. La vaccination est insuffisante et les recommandations sont trop peu suivies. 48% vaccinent de façon régulière lors de voyages à risques contre 16% dans la population des HSH et 20% dans les professions à risques. Les médecins ont mis en avant que pour 50% d'entre eux, il existe une méconnaissance des recommandations, pour 47% le coût de la vaccination est une limite à celle-ci et pour 36% d'entre eux la méconnaissance de l'orientation sexuelle de leur patient est un frein pour cibler les populations à risques.

Conclusion : Les résultats de cette étude tendent vers une vaccination contre l'Hépatite A en libéral, insuffisante. Encourager la vaccination contre l'Hépatite A est indispensable et double : importance de promouvoir les actualités des recommandations auprès des professionnels de santé et les inciter à parler sexualité avec leurs patients afin de cibler les populations à risques. Et importance d'encourager la transmission d'informations auprès des patients afin d'améliorer leur compréhension sur l'hépatite A et leur connaissance sur l'existence d'un vaccin. Divulguer davantage d'informations sur ce sujet, même hors période d'épidémie, permettrait de ne pas en voir apparaître de nouvelle.

Composition du Jury :

Président : Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs : Professeur Denis DELEPLANQUE et Docteur Olivier ROBINEAU

Directeur de thèse : Docteur Jean-Claude HENRY