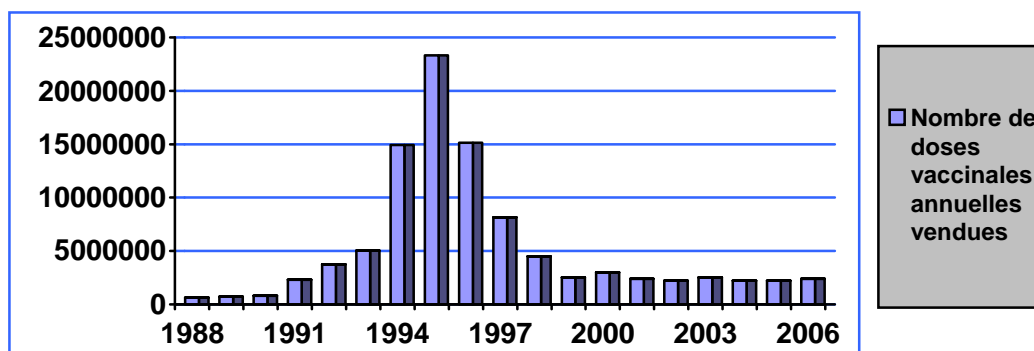


DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE L'HÉPATITE B EN FRANCE

Jusqu'en 1994, la vaccination contre le virus de l'Hépatite B avait pour cible en France les groupes de population à risque, avec en particulier en 1991, l'instauration d'une obligation vaccinale chez les professionnels de santé. Sous l'instigation de l'OMS, le Ministère de la Santé a ensuite modifié sa stratégie en proposant une vaccination systématique à tous les préadolescents scolarisés en classe de sixième, dès la rentrée scolaire 1994. L'indication vaccinale a ensuite été étendue à tous les nourrissons sans distinction l'année suivante.

La généralisation de cette vaccination à toute la population française ne paraît cependant plus faire l'unanimité ni dans le corps médical ni dans le grand public. En effet, la description d'effets secondaires, neurologiques en particulier, apparaissant dans les suites de ce vaccin a fait chuter considérablement la vente de doses vaccinales après l'engouement initial excessif noté lors de la mise en place de ce programme (Tableau 1). La décision brutale d'interrompre la vaccination systématique des collégiens par le Ministre de la Santé de l'époque, fin 1998, a fini de conforter la population dans ses doutes sur l'utilité et l'innocuité de cette vaccination. Selon un sondage Sofres réalisé en 2002 ¹ sur la pratique de cette vaccination, les taux de couverture sont maximum dans la tranche d'âge des 14-24 ans (entre 46 et 47%) mais beaucoup plus faibles chez l'enfant de 2 à 13 ans (entre 20 et 27,5%) et chez le nourrisson avant 2 ans (20%) qui est pourtant en théorie la cible privilégiée de ce programme vaccinal.

TABLEAU 1 : NOMBRE DE DOSES VACCINALES VENDUES EN FRANCE CHAQUE ANNEE



Avant de savoir s'il est souhaitable ou non de vacciner contre une maladie, il est nécessaire d'en connaître la fréquence, le mode de transmission et les complications d'une part, l'efficacité et les inconvénients éventuels du vaccin qui est utilisé pour l'éviter d'autre part.

¹ DENIS F. ABITBOL V. AUFRERE A. Médecine et Maladies Infectieuses. 2004 ; 34 : 149-158
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE L'HÉPATITE B EN FRANCE
Dr Dominique LE HOUÉZEC (REVAHB) 9.05.2009

ÉPIDÉMIOLOGIE GÉNÉRALE DE L'HÉPATITE B

L'hépatite B est une maladie qui sévit de façon très variable suivant la zone géographique où l'on se trouve²:

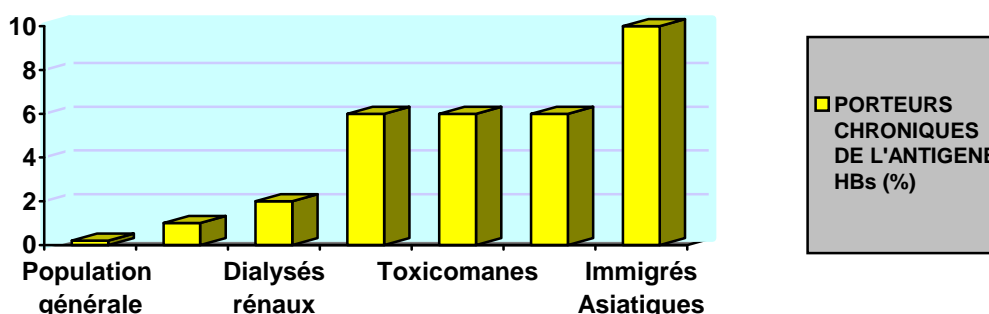
- Il existe des zones hyper-endémiques où le nombre de porteurs chroniques du virus est supérieur à 8%, Extrême-Orient, Océanie et Afrique sub-Saharienne.

- Dans les zones de faible endémie, Amérique du Nord, Australie et pays Occidentaux, le taux de porteurs chroniques est inférieur à 2%. En France, ce chiffre était estimé, avant le début de la campagne vaccinale³, entre 0,2 % et 0,3% de la population générale (soit pour 58 millions d'habitants, entre 110.000 et 170.000 personnes).

- On relève enfin des zones d'endémicité intermédiaire : Proche-Orient et continent Indien Amérique centrale et du Sud, Europe de l'Est, et pays Méditerranéens (en Italie du sud, le pourcentage de porteurs est de l'ordre de 5%).

Dans un même pays, il existe une disparité de fréquence des porteurs chroniques de l'antigène HBs. Le tableau 2 montre aux USA² cette disparité majeure entre la population générale (0,2%) et celle des populations «à risque» où elle est maximum dans la population homosexuelle, chez les toxicomanes, les poly-transfusés (6%) ainsi que dans la population immigrée originaire de zones endémiques du sud-est asiatique (10%).

TABLEAU 2 : PORTEURS CHRONIQUES DU VIRUS HB AUX USA



Le mode de contamination est également différent selon la région à laquelle on fait référence² :

- Dans les pays en voie de développement, la transmission «verticale», de la mère vers son nouveau-né est fréquente, en particulier en Asie, de même que la transmission «horizontale» d'un enfant à l'autre, en Afrique surtout. La maladie est fréquente chez l'enfant, la plupart des adultes ont été infectés. Le risque de voir

² DUSHEIKO G. HOOFNAGLE J.H. Hépatite B in BENHAMOU J.P. et BIRCHER J. Hépatologie Clinique. Flammarion 1993 : 571-592

³ GOUDEAU A. DUBOIS F. Incidence and prevalence of hepatitis B in France. Vaccine 1995 ; 13 (suppl. 1) : S22-S25

survenir l'infection est supérieur à 60 % Les complications de l'infection chronique (cirrhose et cancer du foie) y sont plus fréquentes.

- Dans les régions de prévalence intermédiaire, la contamination peut survenir à tous les âges de la vie. Le risque d'être contaminé est estimé entre 20 et 60%.

- Dans les autres régions, de faible endémie, le cycle de transmission mère-enfant a été cassé, la transmission d'enfant à enfant n'a jamais pu s'établir. L'Hépatite B est une maladie de l'adulte qui s'est infecté par l'intermédiaire d'un produit sanguin contaminé ou par relation sexuelle. Les porteurs chroniques font donc partie d'une « population à risque » très ciblée. Ce sont les professionnels de la santé, les poly-transfusés ou dialysés rénaux, les toxicomanes, les homosexuels mâles, les prostitué(e)s et les « nomades sexuels » ainsi que les populations immigrées issues de zones à forte endémicité.

En France, un enfant ne peut théoriquement plus être contaminé à la naissance depuis la mise en place du dépistage obligatoire de l'Hépatite B chez toutes les femmes enceintes, en 1992. La pratique conjuguée du vaccin et de gammaglobulines spécifiques, dès les premiers jours de vie, empêche le virus de contaminer le nouveau-né lorsque sa mère a été reconnue comme porteuse chronique lors de ce dépistage systématique et obligatoire. Cette mesure n'est cependant pas toujours mise en place.

La transmission par transfusion sanguine a également quasiment disparu grâce aux mesures de sélection des donneurs de sang et aux contrôles virologiques devenus de plus en plus performants.

Dans les pays industrialisés, quelques cas exceptionnels de transmission « horizontale », en dehors de toute relation sexuelle, ont été décrits mais toujours dans des circonstances particulières:

- Lors de contacts répétés intrafamiliaux lorsque l'un des membres (père, mère ou enfant adopté) est porteur chronique du virus⁴.
- Dans des instituts pour enfants ou adolescents handicapés⁵.
- Enfin dans des communautés d'immigrés (réfugiés du sud-est Asiatique) conservant des coutumes à risques (acupuncture, scarification)⁶

Le mode exact de cette transmission « horizontale » est inconnu. Il est possible que la transmission salivaire joue un rôle mais de façon très particulière,

⁴ ANDREANI T. BUFFET C. ATTALI P. PELLETIER G. ETIENNE J.P Etude des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B dans l'entourage familial des porteurs chroniques de l'antigène HBs. Gastroenterol. Clin. Biol. 1986 ; 10 : 364-370

⁵ CORRARD F. L'hépatite B dans un externat de jeunes handicapés mentaux. Rev. Péd. 1989 ; 25 (3) : 145-148

⁶ HURIE M.B. MAST E.E. DAVIS J.P. Horizontal transmission of hepatitis B virus infection to United States-born children of Hmong refugees. Pediatrics 1992 ; 89 (2) : 269-273

LEICHTNER A.M. Horizontal non parenteral spread of hepatitis B among children. Ann.Intern.Med. 1981 ; 94 : 346-349

infectant le sang par l'intermédiaire de plaies mal soignées, de profondes morsures (faisant saigner) ou encore de blessures buccales (échanges de brosses à dents, rasoirs, soins dentaires) et probablement après des contacts répétés⁷. Dans les pays du Tiers-monde, on invoque une hygiène rudimentaire (plaies et ulcères cutanés suintants) ou des rites coutumiers sanglants à risque (tatouages, piercing, acupuncture, scarifications...). Quoiqu'il en soit, il faut retenir que dans les pays industrialisés, à niveau d'hygiène correcte, ce mode de contamination est uniquement anecdotique. Même si on peut observer des particules virales dans la salive de porteurs chroniques, celle-ci en contient des taux cent à mille fois inférieurs aux taux sanguins⁸. C'est surtout le statut virologique de l'individu (sujets HBe positifs et/ou porteurs de l'ADN viral) qui va déterminer sa charge virale et partant sa contagiosité. L'hépatite B (comme le virus HIV) ne peut donc pas être transmise par le toucher, les étreintes, les baisers, les échanges d'aliments, de couverts ou de vêtements².

Les expériences animales, chez le chimpanzé, ont bien montré ce fait⁹. Ceux à qui on injecte de la salive en sous-cutané développent une infection mais aucun de ceux qui ont reçu de la salive infectée dans la bouche, le nez ou sur la peau. Chez l'homme, lorsque des étudiants en médecine ont partagé le même mannequin de réanimation, aucun d'eux n'a été contaminé par l'un de leurs condisciples porteur chronique du virus¹⁰.

Ainsi, en France, la transmission continue de se faire essentiellement par voie sexuelle ou par toxicomanie (intraveineuse et/ou per-nasale) malgré les campagnes d'information et de prévention de transmission des maladies virales sexuellement transmissibles. La transmission nosocomiale (soignant/soigné), difficile à chiffrer ne doit pas non plus être oubliée. Dans les enquêtes portant sur la voie de contamination virale, celle-ci reste inconnue dans environ 30% des cas d'hépatites aiguës¹¹. (Tableau 3). Une proportion non négligeable pourrait être d'origine nosocomiale. Par ailleurs d'autres modes de contamination, tel le tatouage et le piercing, pourraient jouer un rôle notable dans la frange de population la plus jeune¹².

⁷ GRAY DAVIS L. WEBER D.J. LEMON S.M. Horizontal transmission of hepatitis B virus. Lancet 1989; *i* : 889-893

⁸ HEATHCOTE J. CAMERON C.H. DANE D.S. Hepatitis-B antigen in saliva and semen. Lancet. 1974 ; *i* : 71-73

⁹ BANCROFT W.H. SNITBHAN R. Mc NAIR SCOTT R. TINGPALAPONG M. WATSON W.T. et coll. Transmission of hepatitis B virus to gibbons by exposure to human saliva containing hepatitis B surface antigen. J Infect.Dis. 1977 ; 135 (1) : 79-85

SCOTT R.M. Experimental transmission of hepatitis B virus by semen and saliva. J.Infect.Dis. 1980 ; 142 (1) : 67

¹⁰ OSTERHOLM M.T. Lack of transmission of viral hepatitis type B after oral exposure to HBsAg positive saliva. Br.Med.J. 1979; *ii* : 1263-1264

¹¹ ANTONA D. BEH 2005; 31 :157-160

¹² LUMINET B. Sécurité sanitaire, tatouage et piercing, des pratiques professionnelles à risques. BEH 2002, 4 : 15-17

FACTEURS DE RISQUES	NOMBRE	POURCENTAGE
Profession exposée	4	2,7
Usage de drogues	9	6,2
Soins invasifs (transfusion, chirurgie, dialyse, endoscopie)	15	10,3
Soins dentaires	15	10,3
Autres(mésothérapie, pédicure)	3	2,1
Tatouages, piercing	5	3,4
Risque sexuel	59	40,6
Exposition familiale	14	9,7
Risque périnatal	2	1,4
Vie en institution	11	7,6
Voyage en pays endémique	21	14,5
Aucun	43	29,6

**TABLEAU 3 : FACTEURS DE RISQUES DANS LES 6 MOIS PRÉCÉDENTS
145 CAS D'HÉPATITE B AIGUE RECENSÉS DE MARS 2003 A FÉVRIER 2004 ¹¹**

A partir de ces situations épidémiologiques totalement différentes, il paraît donc logique de proposer des stratégies distinctes ¹³ :

- La vaccination de masse du nourrisson est tout à fait défendable pour tenter de rompre la chaîne précoce de contamination dans les zones hyper-endémiques (Asie et Afrique noire) ou endémiques.

- Proposer cette même vaccination systématique en France est par contre tout à fait illogique puisque le risque pour un enfant de contracter cette Hépatite est nul (mis à part les très rares exceptions vues auparavant).

- Soumettre tous les adolescents à cette prévention est également discutable. Un adolescent ayant des rapports sexuels multiples avec un ou des partenaires à risque, homosexuel, toxicomane, prostitué(e)s, est à protéger effectivement en priorité. Mais l'adolescent hétérosexuel, n'ayant aucun goût pour le « nomadisme sexuel » a un risque nul surtout s'il utilise un autre moyen de prévention des maladies sexuellement transmissibles, tel le préservatif. Proposer ce vaccin à tous les adolescents risque de leur faire croire que le vaccin est une «assurance tous risques» contre toutes les maladies sexuellement transmissibles. C'est dévaloriser et sous-estimer l'impact du préservatif dans cette lutte contre ces affections alors que le message de son utilisation a été très bien capté par les adolescents qui l'utilisent pour plus de 80 % d'entre eux ¹⁴. Cette attitude systématique court-circuite les autres messages personnalisés de prévention et empêche de discuter d'amour et de sexualité avec les adolescents.

¹³ **GOUDEAU A.** and the European Regional Study Group. Epidemiology and eradication strategy for hepatitis B in Europe. Vaccine 1990 ; 8 (supp I) : S113-S115

¹⁴ **SCHULLER P.H.** Comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans. Concours Méd 1996 ; 118 : 2118

PARTICULARITÉS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE L'HÉPATITE B EN FRANCE

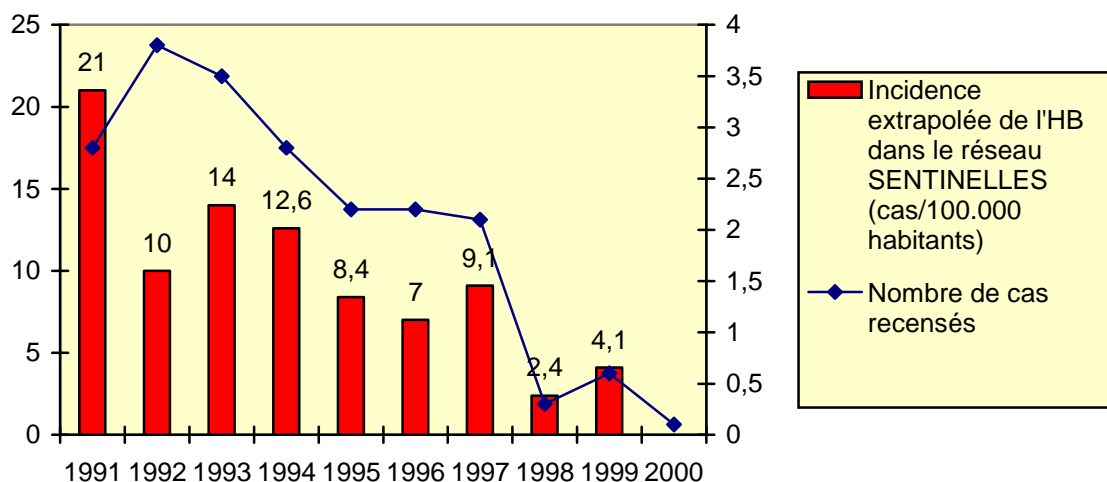
Il n'existait pas en France, lors de la décision de recourir à une vaccination universelle de la population infantile, de relevé épidémiologique exact de l'Hépatite B qui n'était plus alors une maladie à déclaration obligatoire depuis 1985. Le Pr.J.F.GIRARD, directeur général de la Santé de l'époque, pour justifier la généralisation de la vaccination, affirmait que l'épidémie avait tendance à s'étendre et que cette affection représentait un problème majeur de santé publique¹⁵. Le Ministère de la Santé, par la voie du CFES (« La vaccination un geste pour la vie », novembre 1995) annonçait « 300.000 porteurs chroniques et entre 30.000 et 100.000 nouveaux cas chaque année » et que la stratégie de prévention sélective ne parvenait pas à réduire l'incidence annuelle de cette affection. Ces affirmations de promotion du geste vaccinal étaient en contradiction avec les quelques chiffres objectifs dont on disposait alors.

INCIDENCE DU VIRUS DE L'HB

Les données de l'OMS pour toute l'Europe de l'Ouest¹⁶ estimaient avant 1995 l'incidence de l'hépatite B symptomatique à 5 cas /100.000 habitants, ce qui donnait pour la France un chiffre de 2800 formes aiguës annuelles. L'incidence totale d'infections nouvelles, symptomatiques et non apparentes, serait selon ces mêmes données de 29 cas /100.000, soit donc environ 16.500 nouveaux cas annuels.

La première source de données nationales de l'époque était représentée par le réseau «Sentinelles», composé d'environ 500 médecins généralistes répartis sur tout

TABEAU 4 : DONNEES DU RESEAU SENTINELLE



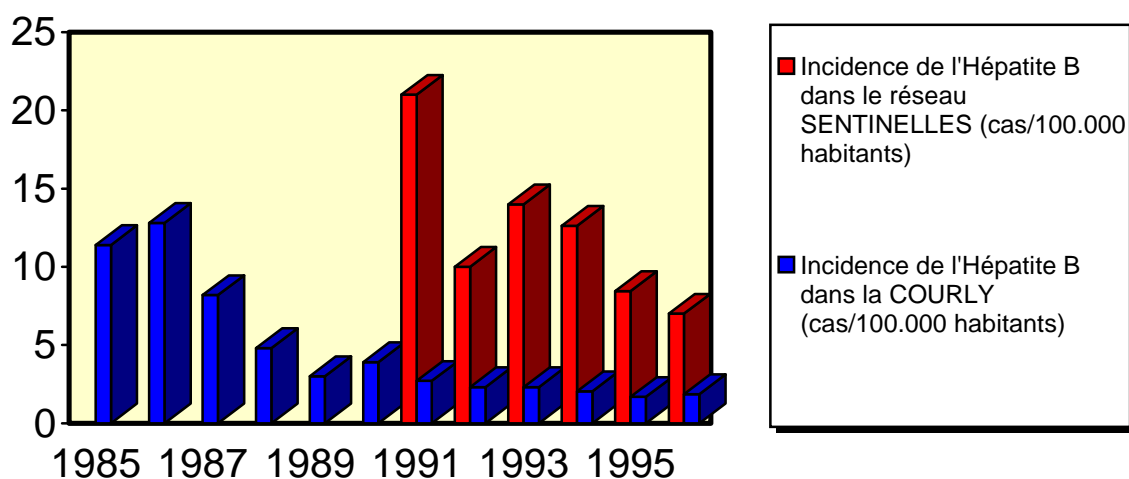
¹⁵ GEIDEL G. Questions autour d'une campagne de vaccinations. *Le Généraliste*. 1995.1643: 12-16

¹⁶ VAN DAMME P. TORMANS G. BEUTELS P. VAN DOORSLAER E. Hepatitis B prevention in Europe : a preliminary economic evaluation. *Vaccine* 1995 ; 13 (suppl.) : S54-S57

le territoire national et travaillant pour l'INSERM (Unité 144). Les chiffres d'hépatite B aiguë symptomatique recensés chaque année étaient en constante diminution. L'incidence (nombre de cas pour 100.000 habitants) de l'affection en France extrapolée d'après ces chiffres démontrait également la décroissance de cet indicateur (Tableaux 4 et 5). Le nombre estimé d'hépatites B aiguës en France se situait pour les années 90 entre 3000 et 6000 cas annuels d'après les données de ce réseau « Sentinelles ».

La seconde source était un suivi épidémiologique effectué sur les sérums prélevés dans environ 70 laboratoires d'analyses biologiques de ville de la région lyonnaise (La Courly)¹⁷. Là aussi, l'incidence de l'hépatite B diminuait, les chiffres qui se situaient autour de 12/100.000 habitants en 1985 et 1986 avaient nettement régressé dès 1987 pour se stabiliser en dessous de 3/100.000 habitants depuis 1991. Ces données faisaient estimer, dans les années 90, le nombre de nouveaux cas symptomatiques d'hépatites B extrapolés pour toute la France à 1500 nouveaux cas par an¹⁸.

**TABLEAU 5 : INCIDENCE ESTIMÉE DE L'HB,
CALCULÉE À PARTIR DE DEUX SOURCES DIFFÉRENTES**



Cette diminution était le résultat conjugué de plusieurs mesures préventives : vaccination obligatoire des groupes professionnels à risque (1981), dépistage et sélection des dons de sang, dépistage obligatoire chez toute femme enceinte couplé à la vaccination de leur nouveau-né (1992). La campagne de prévention et de sensibilisation réalisée dans le cadre de la lutte contre le SIDA, virus de transmission similaire et touchant pratiquement les mêmes populations, a sûrement joué aussi auparavant un rôle prédominant.

Le registre des hépatites virales du département de la Côte d'Or a enregistré tous les nouveaux cas d'antigènes HBs diagnostiqués durant les années 1994

¹⁷ **SEPETJAN M.** Hépatites virales. Surveillance épidémiologique effectuée dans la région lyonnaise par le laboratoire de médecine préventive, santé publique et hygiène de la faculté de médecine Lyon-nord domaine Rockefeller. 1996 : 68-76

¹⁸ **Expertise Collective de l'INSERM.** Hépatites Virales. Dépistage, prévention, traitement. Les Editions INSERM 1997, 265 pages

et 1995 dans cette région. L'incidence des formes symptomatiques d'hépatites B a été de 1,4 cas / 100.000 habitants, ce qui donnait une incidence de nouvelles infections de 4,7 cas / 100.000 habitants ou 2800 nouveaux cas annuels pour l'ensemble de notre pays avec l'hypothèse où 30% des formes des infections aiguës seraient symptomatiques. Un facteur multiplicateur de 1,5 à 2 pourrait être appliqué aux chiffres de ce département si on veut les extrapoler à toute la métropole dans la mesure où il s'agit d'une zone à faible risque d'hépatite B ¹⁹ .

Après l'année 1997, le petit nombre de cas d'hépatites B aiguës recensées par les médecins généralistes du réseau « Sentinelles » ne pouvait plus permettre d'estimer de façon fiable l'incidence de l'infection. Il a alors été décidé de revenir à une déclaration obligatoire des formes symptomatiques d'hépatite B, ce qui a commencé à être opérationnel à partir de mars 2003. L'étude des trois premières années pleines de recensement (2004, 2005 et 2006)²⁰ a permis de recueillir respectivement 140, 147 puis 182 cas d'hépatites B aiguës documentées. La sous notification manifeste de ces données a fait pratiquer une étude d'exhaustivité qui a calculé pour l'année 2005 un nombre de cas estimé à 628 (au lieu des 147 officiels), soit donc une incidence de 1 cas / 100.000 habitants.

PREVALENCE DE L'ANTIGENE HBS

Les chiffres connus concernant le nombre de porteurs chroniques de l'antigène HBs permettent de classer depuis de nombreuses années notre pays de façon certaine dans une région de faible endémie (moins de 2% de porteurs chroniques du virus).

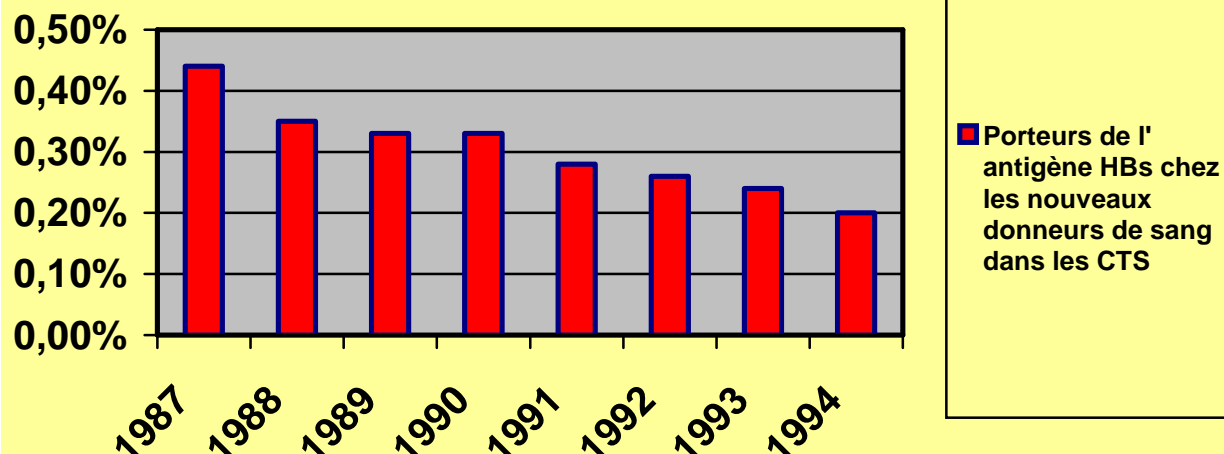
Le dépistage des porteurs chroniques chez les nouveaux donneurs de sang dans les Centres de Transfusion ²¹ montrait en 1994 une décroissance régulière de leur taux en France. Ce chiffre est cependant manifestement biaisé du fait du recrutement des populations dépistées. Un interrogatoire exclu en effet dans les CTS du don volontaire les personnes à risque (toxicomanes, homosexuels et bisexuels, personnes à partenaires multiples, population carcérale...) et ne concerne que la population adulte de 18 à 65 ans. On peut donc considérer que les chiffres de porteurs de l'antigène HBs reflète grossièrement une population qui a été susceptible de contracter une hépatite B uniquement ou presque par voie hétérosexuelle. On voit très nettement que ce chiffre des porteurs de l'antigène HBs était en décroissance constante dans les années 90 (Tableau 7).

¹⁹ **Ministère du Travail et des Affaires Sociales.** Communiqué de Presse « Point sur la vaccination contre l'Hépatite B » Jeudi 1^{er} octobre 1998

²⁰ **ANTONA D.** BEH 2007 N°51-52 :426-428

²¹ **PILLONEL J. SAURA C. COUROUCE A.M.** Dépistage des marqueurs d'une infection par le VIH, l'HTLV et les virus des hépatites B et C chez les donneurs de sang en France. BEH 1996 ; 3 : 9-11

**TABLEAU 7 : PORTEURS DE L'ANTIGÈNE HBs CHEZ LES
DONNEURS DE SANG**



Le dépistage dans une population de 21.476 femmes enceintes ²² prises en charge dans 12 CHU répartis sur tout le territoire montrait en 1992-1993 un taux global de 0,72% de porteurs chroniques. Cependant ce chiffre était bien sûr hétérogène selon que l'on s'intéressait aux femmes nées en métropole (0,15%) ou à celles nées à l'étranger dans des régions de plus forte endémie d'hépatite B (2,56%).

Une enquête menée en 1991 dans la région Centre-Ouest de la France ²³ sur une population de 5641 personnes âgées de 6 à 60 ans retrouvait un chiffre de 0,2% de porteurs de cet antigène HBs, avec une différence entre la population masculine (0,3%) et la population féminine (0,1%).

En 2004, une réévaluation de la prévalence des porteurs chroniques des virus des hépatites B et C a été réalisée par l'INVS et la CNAM²⁴. A partir d'une population de 14 416 personnes âgées de 18 à 80 ans à qui un dépistage gratuit était proposé, la prévalence globale du portage de l'hépatite B a été retrouvée à un taux de 0,65%, ce qui correspondrait à un nombre total de porteurs chroniques de 280 821. Cette prévalence doit cependant être nuancée en fonction du sexe : 1,19% pour les hommes et 0,16% pour les femmes. Egalement en fonction de la zone de résidence : 1,20% dans le quart Nord-Est de la France contre 0,16% dans le quart Nord-Ouest. Des critères sociaux économiques sont aussi notés puisque dans la population bénéficiant de la prise en charge par la CMU, l'incidence est plus élevée, 2,06%, que chez les non bénéficiaires, 0,61%.

²² DENIS F, TABASTE J.L.RANGER-ROGER S. et le groupe multicentrique. Prévalence de l'antigène HBs chez près de 21.476 femmes enceintes. Enquête de douze CHU français. BEH 1994 ; 12 : 53-54

²³ GOUDEAU A. DUBOIS F. Incidence and prevalence of hepatitis B in France. Vaccine 1995 ; 13 (suppl 1) : S22-S25

²⁴ INVS Prévalence des hépatites B et C en France en 2004

Les données de cette dernière étude doivent être sérieusement nuancées car une surévaluation de la prévalence retrouvée sur notre territoire est certaine. On peut en effet s'étonner d'assister à un doublement du chiffre du nombre estimé de porteurs du virus en une dizaine d'années alors que depuis 1994, plus de 30 millions de français ont été vaccinés contre cette infection.

- L'exclusion de la fraction des moins de 18 ans ne comptabilise pas une frange de la population (23%) pratiquement non concernée par l'hépatite B dans notre pays.
- Une surreprésentation volontaire des personnes bénéficiant d'une Couverture Maladie Universelle (CMU) de la part de la CNAM a été décidée afin d'évaluer plus spécifiquement cette part de la population. Ce choix fausse bien évidemment aussi les résultats globaux puisque ces personnes souffrent par définition de précarité, de chômage, de pathologies multiples et comportent une fort pourcentage de population immigrée sans revenus.
- La population française de naissance est sous-représentée. Elle n'est d'ailleurs même pas précisément quantifiée puisqu'elle est englobée dans un « pool Européen » où l'on sait que les populations originaires de certains pays de l'Europe de l'Est sont plus à risque d'être séropositifs pour le virus de l'HB. Il existe par voie de conséquence une surreprésentation (près de 12%) de la population issue de zones endémiques pour ce virus (Afrique et Asie).

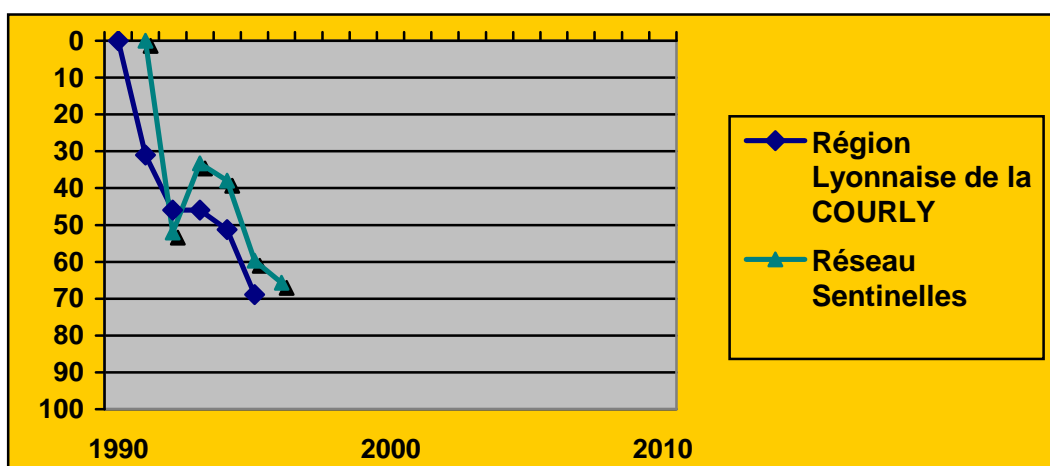
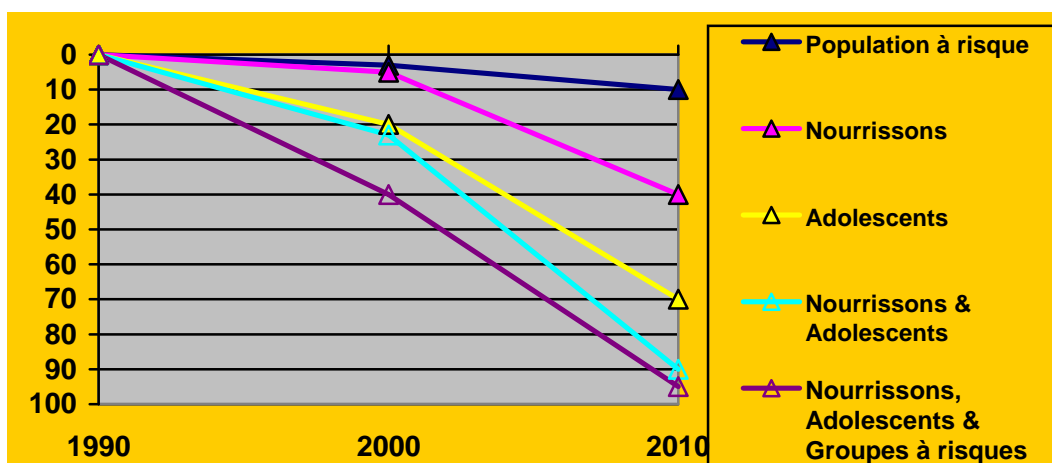
CONCLUSIONS PROVISOIRES

Pourquoi a-t-on parlé aussi hâtivement en 1994 d'échec de la vaccination de la population à risque alors que les indicateurs épidémiologiques chiffrés dont nous disposions montraient plutôt le contraire ?

L'une des raisons théoriques invoquée habituellement pour justifier l'instauration de cette vaccination généralisée a été l'utilisation d'un modèle mathématique proposé en 1991 par le CDC (Center for Diseases Control) américain²⁵. Ce modèle mathématique ne retrouvait par le calcul qu'une diminution d'incidence sur 20 ans de l'hépatite B de seulement 10 % en ne continuant à vacciner que les groupes à risque. La vaccination généralisée des seuls nourrissons faisait passer ce chiffre à 40%. La vaccination universelle des adolescents permettait une baisse d'incidence de 70%, voire de 90% en vaccinant à la fois adolescents et nourrissons et même de 95% en protégeant adolescents, nourrissons et population à risque.

²⁵ MARGOLIS H., ALTER M., KRUGMAN S. Strategies for controlling hepatitis B in the United States. In : HOLLINGER F.B., LEMON S.M., MARGOLIS H., Viral hepatitis and liver diseases. Baltimore : Williams and Wilkins, 1991 : 720-722

Or si l'on reporte sur un graphique similaire²⁶, les données chiffrées disponibles en France (Réseau «Sentinelles» et données de la « Courly »), la réalité vient démentir de façon évidente ces calculs mathématiques théoriques (Tableaux 8 et 9). L'incidence de l'hépatite B a en effet diminué de 85% dans la région Lyonnaise de la Courly entre les années 1985 et 1995, sans l'intervention d'aucune vaccination de masse.



TABLEAUX 8 et 9

Ceci démontre formellement que la stratégie antérieure (vaccination de la population à risque associée au dépistage de l'antigène HBs chez les donneurs de sang et toutes les femmes enceintes ainsi que l'incitation aux pratiques sexuelles protégées) a

²⁶ POIRRIEZ J. Is the strategy of universal hepatitis B vaccination necessary in low-endemic countries ? Scand J Gastroenterol. 1998 ; 33 : 897-899

été et reste efficace. Ces mesures restent essentielles dans la lutte contre l'Hépatite B dans un pays de basse endémie comme le nôtre.

Une stratégie de vaccination généralisée risque de faire oublier les mesures de prévention des maladies sexuellement transmissibles et le dépistage des populations à risque. Elle risque de donner une fausse sécurité à une partie de la population non répondeuse qui se croira à tort protégée. Elle risque de faire vacciner des porteurs chroniques de virus qui n'auront pas été dépistés, penseront être également protégés et risqueront de contaminer leur entourage proche

L'argument de santé publique utilisé également par les responsables du Ministère de la Santé est que cette vaccination universelle chez l'enfant est prônée par l'OMS pour l'ensemble de la population mondiale dans le but d'éradiquer les infections par le virus de l'hépatite B. On entend des propos comme quoi La France « est à la traîne » en matière de protection vaccinale. C'est le pays européen où le pourcentage d'enfants vaccinés contre l'hépatite B serait le plus faible (de l'ordre de 30%). Ceci est absolument faux puisque certains de nos voisins (Grande-Bretagne, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Danemark, pays Scandinaves), n'ont pas suivi les recommandations de vaccination généralisée de l'OMS et se contentent, comme nous le faisons avant 1994, de cibler leurs efforts vaccinaux sur les populations à risque de contracter cette infection alors qu'ils ont une épidémiologie similaire à la nôtre.