



PREVAC B: stratégies de prévention de l'hépatite B en soins primaires

AUBERT Jean-Pierre, DI PUMPO Alexandrine, GERVAIS Anne,
SANTANA Pascale, MAJERHOLC Catherine, MARCELLIN Patrick.

JNI, Marseille, 5 Juin 2008

2 secondes d'épidémiologie

- Dans le monde
 - Portage chronique: prévalence 5%
 - En Afrique subsaharienne et en Asie: prévalences portage 8 à 20%
- En France (assurés sociaux, INVS 2004):
 - Portage chronique
 - 0,85% global
 - 5,25% origine Afrique
 - 0,92% origine Asie
 - Contact:
 - 7,3% global
 - 40% origine Afrique
 - 28% origine Asie
 - Pas de donnée sur les AME ou non couverts

La problématique de la prévention

- La prévention ne se résume pas à la vaccination
- Information nécessaire
- Personnalisation de l'information
 - Patients porteurs VHB
 - Patients indemnes du VHB
 - Patients protégés contre le VHB

La problématique de la prévention

- Classifier les patients AVANT la démarche de prévention
- Trois groupes théoriques
- ... mais 54 situations sérologiques possibles
- Le médecin de soins primaires ne peut raisonnablement pas gérer la prévention
- Logiciel expert

PREVAC B: Objectifs

- Conditions préalables
 - Un logiciel expert INTERNET
 - Des outils (brochures)
- Objectifs Principaux
 - Évaluer la faisabilité de la stratégie préventive recommandée par le logiciel
 - Rechercher les facteurs prédictifs d'une mauvaise prévention
- Objectif Secondaire
 - Prévalence des marqueurs du VHB parmi les populations migrantes consultant les MG

PREVAC B: Protocole (1)

- 4 réseaux Ville-Hôpital d'Ile de France
 - Copilotage GERVIH/ Réseau de santé Paris Nord/DMG Paris 7
 - Financement PRSP
 - 26 investigateurs MG et 8 hospitaliers
- Critères d'inclusion:
 - Tous les patients adultes originaires d'Afrique subsaharienne ou d'Asie consultant les investigateurs entre le 5/11/2007 et le 29/2/2008
- Gel de la base au 31/12/2007: résultats intermédiaires

PREVAC B: Protocole (2)

- Pour chaque patient
 - Recueil données sociales
 - Recueil et saisie des informations sérologiques disponibles
 - Conduite proposée par le logiciel
 - Suivi de la conduite jusqu'à son terme:
 - Complément sérologique si nécessaire
 - Aide au recueil sérologique (rappels)
 - Définition de la stratégie préventive à appliquer
 - Téléchargement de la brochure adaptée
 - Réalisation de la vaccination si opportune
 - Accompagnement dans la procédure vaccinale (rappels)

PREVAC B: Protocole (3)

- Données recueillies
 - Age
 - Sexe
 - Pays de naissance
 - Couverture sociale
 - Niveau d'étude
 - Marqueurs sérologiques: ag HBs AC anti HBs AC anti HBc
 - Statut VIH si jugé opportun et niveau immunitaire
 - Les patients ayant moins de 350 CD4 étaient momentanément exclus

PREVAC B: Le logiciel expert

reseau de sante paris-nord
departement de medecine generale paris 7
gervih

PREVAC B

GESTION DU RISQUE VHB AU SEIN DES POPULATIONS MIGRANTES

Pour tout problème joindre le responsable de l'étude 06 81 13 31 58 ou [cliquez ici pour adresser un mail](#)

Examinez le contenu du dossier de votre patient en cherchant les résultats (les plus récents) dont vous disposez en matière de sérologie d'hépatite B .

Les données ci dessous concernent le patient numéro 999

antigène HBs	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> pas de résultat disponible
date du résultat d'antigène HBs	jour: <input type="text"/> mois: <input type="text"/> année: <input type="text"/>
anticorps anti HBs	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> pas de résultat disponible
date du résultat d'anticorps anti HBs	<input type="radio"/> même date que ci-dessus <input type="radio"/> autre date
anticorps anti HBc	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> pas de résultat disponible
date du résultat d'anticorps anti HBc	<input type="radio"/> même date que ci-dessus <input type="radio"/> autre date

valider

- Langage php

- Base mysql

- Monitoring automatique:

- ouverture de l'étude
- bilan hebdomadaire,
- Inclusion d'un patient
- fin d'étude pour un patient.

PREVAC B: Patients inclus

- 373 en ville dont
 - 61% de femmes
 - 83% originaires d'Afrique subsaharienne (17% Asie)
 - 34% CMU, 23% AME, 1% pas de couverture sociale
 - 50% niveau collège ou moins et 15% non scolarisés
- 113 à l'hôpital dont
 - 56% de femmes
 - 94% originaires d'Afrique subsaharienne (6% Asie)
 - 30% CMU, 9,5% AME, 2,5% pas de couverture sociale
 - 73% niveau collège ou moins et 24% non scolarisés

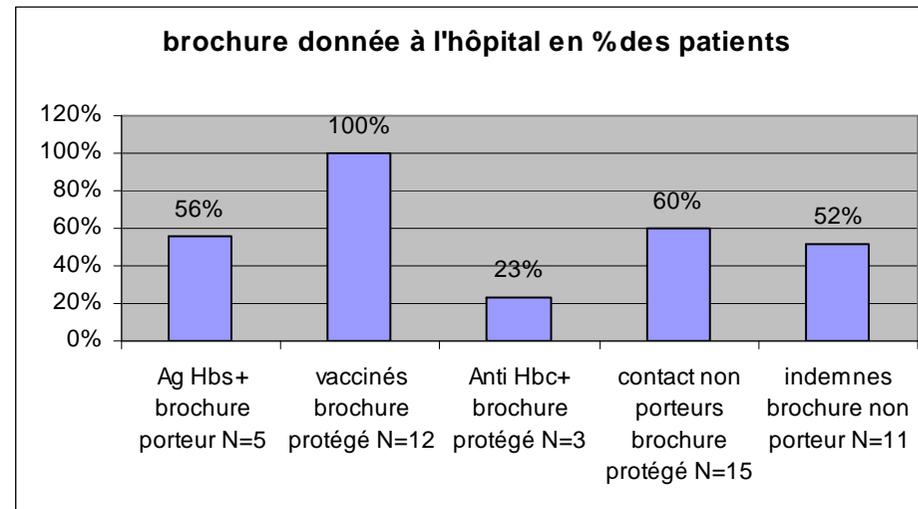
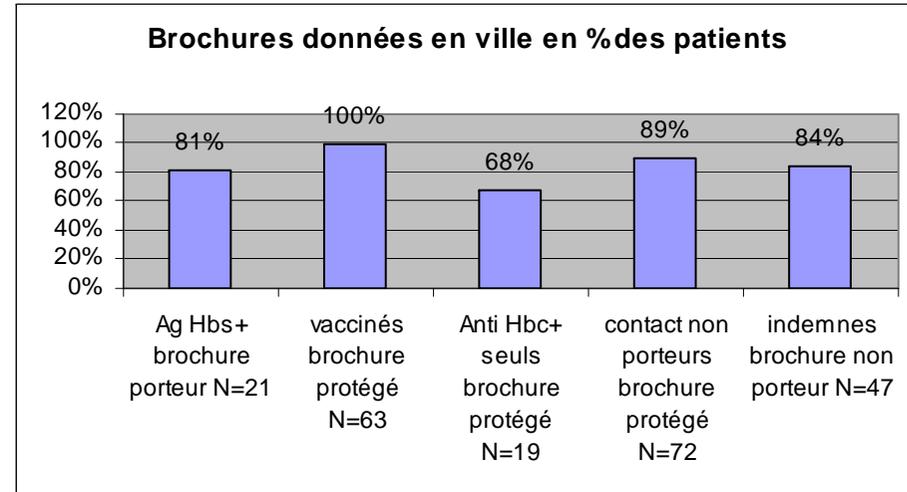
résultats

Pendant l'étude

- Stratégie préventive recommandée
 - Mise en œuvre **63%**
 - **92% hors résultats en attente**

Information

- Brochures d'information reçues
 - **61% des patients**
 - **89% hors résultats en attente**
 - 74% patients porteurs
 - 100% patients vaccinés
 - 54% patients anti Hbc seuls
 - 82% des patients contacts NP
 - 74% patients indemnes



résultats

Vaccination

- 49% des patients qui devaient bénéficier d'une vaccination en avaient bénéficié avant l'étude
- Donc 51% restaient à vacciner....

Pendant l'étude

- Vaccination globalement acceptée
 - Refus 12% en ville,
 - 0% à l'hôpital
- Vaccination initiée pour
 - 75% des patients indemnes
- Facteurs prédictifs d'échec de la stratégie vaccinale
 - La précarité $p=0,02$
- Facteurs prédictifs de succès
 - Les études supérieures $p=0,01$ (ville)

La difficile question de l'anti Hbc isolé

Position du problème

- Un patient est porteur d'une des deux sérologies suivantes
 1. Ag Hbs neg, AC anti HBs neg, AC anti HBc pos
 2. Ag Hbs neg, AC anti HBs non renseigné, AC anti HBc pos

Nature du problème

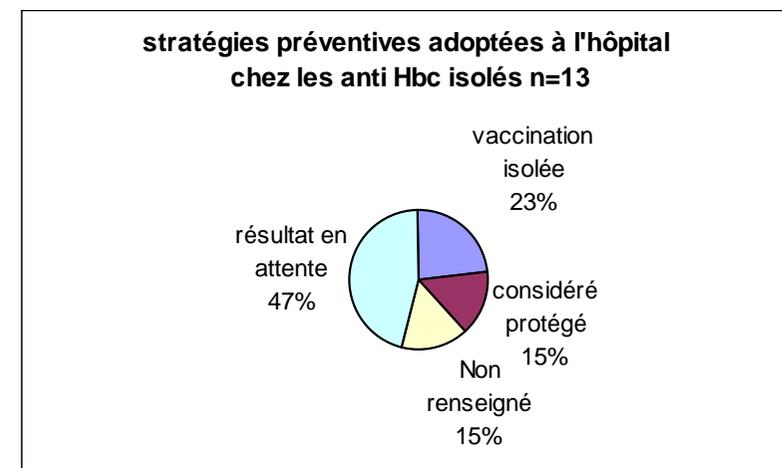
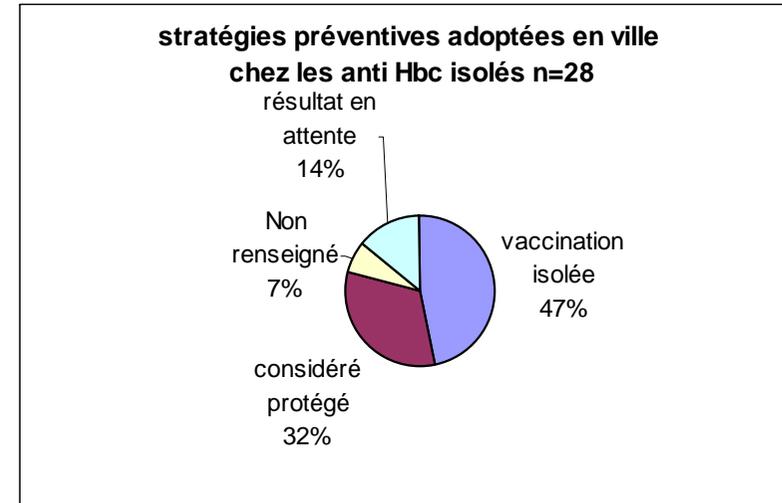
- Les recommandations internationales sont dissensuelles
 - Notamment sur la question de l'opportunité d'une injection vaccinale isolée dans le cas 1, voire dans le cas 2 par extension

Solution du problème

- Etude pragmatique: observation de ce que font les docteurs dans la vraie vie
- Le choix leur a été laissé
- Cas 1 : injection unique ou considérer le patient comme protégé
- Cas 2: compléter la sérologie ou injection unique ou considérer le patient comme protégé

Que font les médecins?

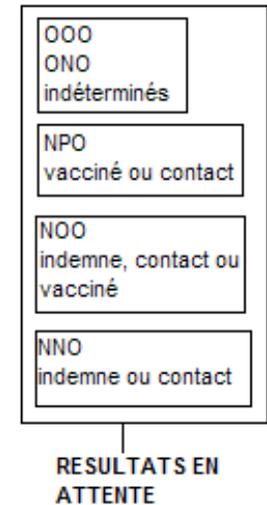
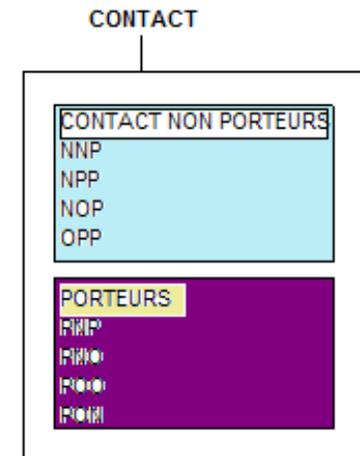
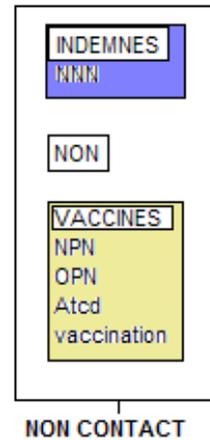
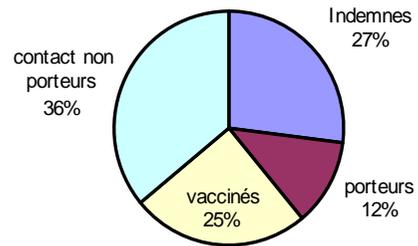
- **Stratégie préventives adoptées chez les patients porteurs d'un Ac anti Hbc isolé (n=41)**
 - 39% vaccination isolée
 - 27% considéré protégés
 - 24% sérologie de confirmation
 - 10% stratégie non renseignée



Prévalences observées

Classification des sérologies:

répartition globale des marqueurs

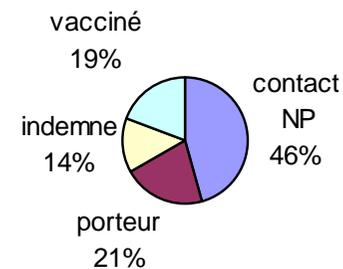


Prévalences observées

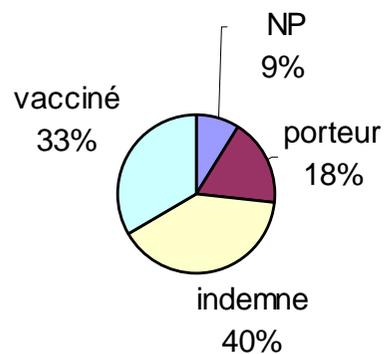
- **Répartition des marqueurs en fonction des origines des patients**

- Prévalence de l'Ag HBs **4 à 21%**
- Prévalence de l'Ac anti HBc **27 à 67%**

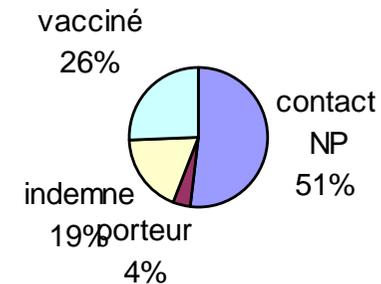
Patients originaires du Mali



Patients originaires d'Asie



Patients originaires du Sénégal



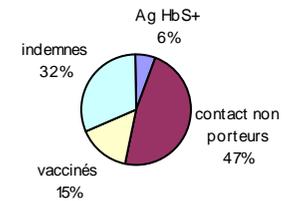
Les facteurs prédictifs de contact

- Origine AFRIQUE/ ASIE $p=0,002$
- Origine MALI, COTE IVOIRE, CONGO/
RESTE DE L'AFRIQUE $p=0,0002$
- Age supérieur à 40 ans $p=0,04$
- Niveau étude inférieur au collège $p=0,01$
(ville seule)

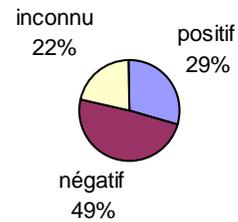
Prévalences observées

- Répartition des marqueurs en fonction du statut VIH

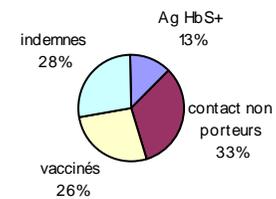
Répartition des marqueurs chez les patients VIH+ Immunocompétents



Statut VIH dans la population étudiée Ville +hôpital



Répartition des marqueurs chez les patients VIH négatif



Quelques points de discussion

- Investigateurs membres de réseaux
- Sur représentation patients VIH et vaccinés
- Pas d'évaluation du niveau de compréhension des brochures
- Le taux d'application des recommandations devrait être compris en fin d'étude entre 63 et 92%
- Résultats plombés par le problème des anti HBc isolés: une recommandation claire est urgente!

Quelques points de discussion

- Prévalence HBs 12%: très supérieur à étude INVS mais
 - Résultats préliminaires
 - Probable sur représentation des porteurs de l'ag HBs dans les résultats initialement disponibles
 - En fin d'études devrait être compris entre 6,3% et 12%
- Prévalence du contact: 48% idem InVS
- Portage de l'ag HBs VIH+ < VIH-: contradiction avec InVS
- Persistance ag HBs plus fréquente chez homme que chez femme (p=0,013): idem InVS

Conclusion

- Faisabilité des stratégies de prévention
- Logiciel utile et efficace
- Résultats intermédiaires à réévaluer.
- Problème des anti HBc isolés.
- Un patient sur 2 qui devrait être vacciné ne l'est pas
- Les prévalences du portage chronique sont plus élevées que dans l'étude de l'InVS
- Nouvelle étude nécessaire sur échantillon non réseau
- Urgence de la sensibilisation des professionnels de santé
-



Merci