



HAL
open science

Évaluation des connaissances des patients sur l'hépatite B, se présentant aux urgences pour un AEV sexuel

Cécile Bérard-Garrigue

► **To cite this version:**

Cécile Bérard-Garrigue. Évaluation des connaissances des patients sur l'hépatite B, se présentant aux urgences pour un AEV sexuel. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01452640

HAL Id: dumas-01452640

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01452640>

Submitted on 2 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

Année 2016

Thèse n° 175

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
Le 16 novembre 2016
Par MADAME Cécile BERARD-GARRIGUE
Née le 05 octobre 1987 à TALENCE

TITRE : Evaluation des connaissances des patients sur
l'hépatite B, se présentant aux urgences pour un AEV sexuel.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Matthieu YALI

Composition du Jury :

Monsieur le Professeur Didier NEAU	Président du jury
Monsieur le Professeur Fabrice BONNET	Rapporteur extérieur du jury
Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE	Membre du jury
Monsieur le Docteur Guillaume VALDENNAIRE	Membre du jury

Remerciements

A notre Président, Monsieur le Professeur Didier Neau, de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse. L'enseignement que vous m'avez prodigué au sein de votre service, ainsi qu'à l'université m'a été précieux.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance,

A notre Rapporteur, Monsieur le Professeur Fabrice Bonnet, pour avoir accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance,

A Monsieur le Professeur Charles Cazanave, d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Votre enseignement dans votre service, lors de vos cours de sémiologie m'a beaucoup appris.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance,

A Monsieur le Docteur Guillaume Valdenaire, d'avoir eu la gentillesse d'accepter d'être membre de ce jury. Pour son soutien sans faille qui nous est très précieux.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance,

A notre Directeur, Monsieur le Docteur Matthieu Yali, d'avoir dirigé ce travail de thèse, pour son aide et ses conseils avisés.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A Adrien mon mari, pour me soutenir depuis tant d'années. Merci pour ta patience, c'est aussi grâce à toi si j'en suis là aujourd'hui,

A mon père, à son soutien indéfectible depuis le début. Merci de m'avoir encouragé à faire ce métier formidable,

A ma mère, à son soutien inconditionnel depuis toujours,

A ma famille, soudée, et toujours présente lors des étapes importantes de ma vie,

A ma meilleure amie Aurélie, qui a passé du temps à corriger ce travail,

A mes amis, qui m'ont accompagnée, et pour tous nos bons moments partagés.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Objectif : L'hépatite B reste un problème de santé publique mondial et la transmission par voie sexuelle en est le principal mode de contamination. Cette étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances sur l'hépatite B des patients se présentant pour un AEV sexuel aux urgences. Les objectifs secondaires étaient d'étudier la prévalence de l'utilisation du préservatif, la prévalence de la vaccination contre le VHB au sein de cette population, ainsi que le taux de patients ayant bénéficié d'une information antérieure, afin de pouvoir améliorer la prévention si nécessaire.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective observationnelle du 1^{er} septembre au 30 juin 2016 aux urgences du CHU de Bordeaux. Ont été inclus tous les patients majeurs se présentant pour un AEV sexuel. Un questionnaire à choix multiples a été remis à chaque patient lors de son passage aux urgences. Un score de connaissances sur 16 points a été établi ; nous avons défini par conventions usuelles que les connaissances étaient suffisantes lorsqu'il était supérieur ou égal au troisième quartile, soit ≥ 12 .

Résultats : 77 patients ont été inclus dans notre étude. Le score moyen était de 10. 27% des patients avaient un bon score de connaissances. On retrouvait une différence significative en fonction du niveau d'études ($p = 0.002$) : le groupe « bac+2 » avait un meilleur niveau de connaissances. Les patients vaccinés contre l'hépatite B, avaient également un meilleur niveau de connaissances ($p = 0.02$), ainsi que les patients ayant bénéficié d'informations antérieures ($p = 0.0001$). 55% des patients pensaient que le VIH était l'IST la plus transmissible. 45% des patients seulement, étaient vaccinés contre l'hépatite B. Nous avons constaté que 42% de notre population d'étude n'utilisaient pas de préservatif. 65% des patients souhaitaient bénéficier d'une information lors de leur passage aux urgences. La majorité souhaitant une information sous forme de brochure.

Conclusion : Notre population d'étude avait un faible niveau de connaissances sur l'hépatite B. Son risque de transmission était sous-estimé notamment par rapport au VIH. La majorité des patients n'étaient pas vaccinés contre l'hépatite B. De plus, le préservatif semblait être peu utilisé. Il semble donc important de renouveler les campagnes d'information, de prévention et de vaccination. Au terme de notre étude, nous allons mettre au point une brochure d'information, que nous remettrons à chaque patient venant pour un AEV aux urgences.

Abstract

Objective: Hepatitis B remains a global public health problem and the sexual transmission is the main mode of transmission. This study aimed to assess the knowledge on hepatitis B patients presenting for sexual AEV emergencies. Secondary objectives were to study the prevalence of condom use, the prevalence of vaccination against HBV in this population, and the rate of patients who have received prior information, in order to improve prevention if necessary.

Materials and Methods: We conducted a prospective observational study from September 1 to June 30, 2016 emergency of the CHU of Bordeaux. Were included all patients presenting for major sexual AEV. A multiple-choice questionnaire was given to each patient during his visit to emergencies. A knowledge score of 16 points was established; we defined usual conventions that knowledge was sufficient when he was at or above the third quartile, or ≥ 12 .

Results: 77 patients were included in our study. The average score was 10. 27% of patients had a good score of knowledge. We found a significant difference in the level of education ($p = 0.002$): the "bac + 2" group had a higher level of knowledge. Patients vaccinated against hepatitis B, also had a higher level of knowledge ($p = 0.02$) and patients who received prior information ($p = 0.0001$). 55% of patients thought HIV was transmissible IST most. Only 45% of patients were vaccinated against hepatitis B. We found that 42% of our study population did not use a condom. 65% of patients wanted to receive information when passing emergency. Most want an information brochure.

Conclusion: Our study population had a low level of knowledge about hepatitis B. The risk of transmission was underestimated especially in relation to HIV. The majority of patients were not vaccinated against hepatitis B. In addition, condoms appeared to be little used. So it seems important to renew the information campaigns, prevention and vaccination. At the end of our study, we will develop an information brochure that we will give every patient coming to an AEV emergencies.

Table des matières

Remerciements	3
Serment d'Hippocrate	5
Résumé.....	6
Abstract	7
Table des matières	8
Table des illustrations.....	11
Liste des abréviations	12
Introduction.....	13
Première partie : pré-requis	14
1. L'hépatite B : un problème de santé publique mondial.....	14
1.1 Epidémiologie	14
1.2 Une surmortalité importante	15
1.3 Mode de transmission.....	16
1.4 Evolution.....	16
1.4.1 Hépatite B aiguë	16
1.4.2 Hépatite B fulminante	17
1.4.3 Hépatite B chronique	17
1.5 La vaccination où on est-on ?.....	18
2. Les AEV : un motif de consultation aux urgences en hausse	20
2.1 Définition	20
2.2 Épidémiologie	20
2.3 Mode de contamination.....	20
2.4 Urgences et structures extra hospitalières	21
2.5 Prise en charge des AEV aux urgences	21
2.5.1 Examen biologique	22
2.5.2 Modalités de prescription du TPE	22
2.5.2.1 VHB	22
2.5.2.2 VIH	23
2.5.2.3 VHC	23
2.5.2.4 Autres IST : gonocoque, chlamydia trachomatis, syphilis	24
2.5.2.5 Contraception.....	24
2.6 Contextualisation de l'étude	24

Deuxième partie : notre étude	26
1. MATERIELS ET METHODES	26
1.1 Lieu et durée de l'étude	26
1.2 Population de l'étude	26
1.3 Critères de jugement principal et secondaires.....	26
1.4 Déroulement de l'étude	27
1.5 Recueil de données	27
1.6 Analyse statistique	27
2. RESULTATS.....	28
2.1 Prévalence des AEV aux urgences	29
2.2 Population étudiée	29
2.3 Score de connaissances sur l'hépatite B	30
2.3.1 Résultats du score global.....	30
2.3.2 Question sur le vaccin de l'hépatite B.....	31
2.3.3 Question sur la maladie la plus sexuellement transmissible	32
2.3.4 Question sur la microbiologie	33
2.3.5 Questions sur la transmission de l'hépatite B.....	33
2.3.6 Question sur le dépistage.....	34
2.3.7 Questions relatives aux complications et la gravité de la maladie	35
2.3.8 Question sur l'existence de signes extérieurs de la maladie	36
2.4 Prévalence de l'utilisation du préservatif.....	36
2.4.1 Prévalence selon l'âge	36
2.4.2 Prévalence selon le niveau d'étude.....	37
2.4.3 Prévalence selon l'orientation sexuelle.....	37
2.4.4 Prévalence selon premier rapport à risque.....	37
2.4.5 Prévalence selon le score de connaissances	37
2.5 Moyens de prévention de l'hépatite B : la vaccination.....	38
2.6 Moyens d'information de l'hépatite B	38
3. DISCUSSION	40
3.1 Validité de l'étude	40
3.1.1 Les forces de l'étude.....	40
3.1.2 Les limites et les biais de l'étude.....	40
3.2 Population étudiée	41
3.3 Score de connaissances.....	42

3.3.1 Question sur l'efficacité du vaccin contre l'hépatite B	42
3.3.2 Question sur la maladie la plus sexuellement transmissible	43
3.3.3 Question sur la microbiologie	43
3.3.4 Questions sur la transmission	43
3.3.5 Question sur le dépistage	44
3.3.6 Questions sur les complications	44
3.3.7 Question sur la différence entre patient sain et atteint	44
3.4 Le VHB moins bien connu que le VIH ?	44
3.5 Prévalence de l'utilisation du préservatif.....	45
3.6 Statut vaccinal	46
3.7 Renforcer les campagnes d'informations et améliorer la prévention	46
Conclusion	48
Bibliographie.....	49
Annexes	53

Table des illustrations

Figure 1: diagramme de flux	28
Figure 2 : âge de notre population d'étude	29
Figure 3 : répartition des notes du score de connaissances	30
Figure 4 : Pourcentage de patients pensant qu'il existe un vaccin efficace contre le VHB	31
Figure 5 : IST la plus transmissible	32
Figure 6 : question sur la microbiologie	33
Figure 7 : La transmission du VHB.....	34
Figure 8 : pourcentage de patients pensant qu'un mineur peut se faire dépister sans autorisation parentale.....	34
Figure 9 : gravité de la maladie	35
Figure 10 : pourcentage de patients pensant pouvoir faire la différence entre un patient sain ou atteint.....	36
Figure 11 : pourcentage de patients vaccinés.....	38
Figure 12 : bénéfice d'une information antérieure sur le niveau de connaissances.....	39
Tableau 1 : Score de connaissances en fonction du niveau d'étude	31
Tableau 2 : Score de connaissances en fonction des patients vaccinés	31
Tableau 3 : Prévalence de l'utilisation du préservatif selon l'âge.....	36
Tableau 4 : Informations antérieures.....	38

Liste des abréviations

VHB : Virus de l'hépatite B

CHC : Carcinome hépatocellulaire

Ag HBs : Antigène de surface du virus de l'hépatite B

LBM : Laboratoire de Biologie Médicale

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

SAU : Service d'Accueil des Urgences

TPE : Traitement Post Exposition

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CIDDIST : Centre d'Informations et de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

TROD : Test Rapide à Orientation Diagnostique

USCA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

ETP : Equivalent Temps Plein

IOA : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

Introduction

L'hépatite B est une maladie grave et très répandue dans le monde. Elle demeure un problème majeur de santé publique : deux milliards de personnes ont été ou sont infectées dans le monde. Environ 350 millions seraient porteuses d'une hépatite B chronique : plus de 686 000 personnes meurent chaque année de complications de l'hépatite B, notamment de cirrhose ou de cancer du foie (1).

En France, on estime que l'hépatite B chronique touche environ 0,65 % des adultes âgés de 18 à 80 ans, soit environ 280 000 personnes (2).

Le virus de l'hépatite B (VHB) se transmet par voie sexuelle, par le sang ou à la naissance de la mère à l'enfant, si elle est porteuse chronique.

Depuis 1982, on dispose d'un vaccin contre l'hépatite B. Ce vaccin est efficace à 95% dans la prévention de l'infection et du développement d'une hépatite chronique (3).

Cependant en France, la vaccination a été marquée par la polémique concernant le vaccin anti-VHB mettant en avant un éventuel lien avec certaines maladies démyélinisantes, (4) notamment la sclérose en plaques, ce qui n'a pas été sans effet sur la couverture vaccinale (5).

La contamination par voie sexuelle est la plus fréquente, et le VHB est environ 100 fois plus contagieux que le VIH. En effet, lors d'un Accident d'Exposition au Virus (AEV) d'origine sexuelle, le taux de séroconversion pour le VIH est estimé à 1 % après un rapport anal réceptif, et à 0,1 % après un rapport vaginal insertif, alors que pour le VHB le risque de séroconversion est d'environ 40%. Pour le VHC, le risque est significatif seulement si le rapport est traumatique (6).

Ce risque tend à être sous-estimé en France, et l'hépatite B reste une infection moins bien connue que le VIH (7).

Les accidents d'exposition à un risque viral (AEV) sexuels représentent une part importante aux urgences, et sont un motif de consultation de plus en plus fréquent. (8)

Dans ce contexte, il nous a semblé intéressant d'étudier les connaissances des patients se présentant aux urgences pour un AEV sexuel concernant l'hépatite B, afin d'évaluer leur niveau de connaissances notamment à propos de sa transmission, de ses complications, ainsi que sur l'efficacité du vaccin.

Le but de notre étude est d'évaluer le niveau de connaissance des patients se présentant aux urgences pour un AEV sexuel. Pour cela, nous avons réalisé une enquête prospective à partir d'un questionnaire à choix multiples.

Les objectifs secondaires sont d'étudier la prévalence de l'utilisation du préservatif, la prévalence de la vaccination contre le VHB au sein de cette population, ainsi que le taux de patients ayant bénéficié d'une information antérieure, afin de pouvoir améliorer la prévention si nécessaire.

Première partie : pré-requis

1. L'hépatite B : un problème de santé publique mondial

1.1 Epidémiologie

On estime à deux milliards le nombre de personnes dans le monde ayant été infectées par l'hépatite B au cours de leur vie (9).

Avec plus de 350 millions de porteurs chroniques du virus dans le monde, (8,5% de la population mondiale), l'hépatite B représente l'un des principaux problèmes de santé publique, en raison de son évolution possible vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire (CHC).

L'antigène de surface du virus de l'hépatite B (Ag HBs), est le premier marqueur de l'hépatite B aigue, et permet l'identification des patients avant l'apparition des symptômes (10).

Il existe trois zones de prévalence du portage de l'Ag HBs :

- zones de forte endémie avec une prévalence $\geq 8\%$ (Afrique subsaharienne, Asie du Sud-Est, Chine méridionale, Bassin amazonien),
- zones d'endémie moyenne avec une prévalence comprise entre 2 et 7% (Proche-Orient, Amérique Centrale et du Sud, Asie Centrale, sous-continent Indien, certains pays de l'Europe du Sud et de l'Est),
- zone de faible endémie avec une prévalence $< 2\%$ (Europe de l'Ouest et du Nord, Amérique du Nord, Australie).

La France appartient aux pays de faible endémie.

Cependant, une enquête transversale réalisée en 2004 montrait une prévalence de Ag HBs en France beaucoup plus importante que prévue estimée à 0,65% (IC à 95% : de 0,45 à 0,93) par rapport aux années 90 (11).

D'après les dernières données de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), la prévalence de l'Ag HBs serait estimée à 0,69%, l'Île de France étant la région où le taux est le plus élevé : 1,15%. En Aquitaine, la prévalence est de 0,25% (12).

L'enquête LaboHEP est une enquête transversale réalisée tous les 3 ans, auprès d'un échantillon aléatoire de laboratoires de biologie médicale (LBM) publics et privés. La dernière édition a été réalisée en 2013 auprès d'un échantillon de 1 504 LBM (13).

Elle estime le nombre de tests Ag HBs confirmés positifs pour la première fois à 32 101 [IC 95% : 27 773-36 430].

Rapporté à la population française, le nombre de tests positifs est estimé à 49 pour 100 000 habitants, en augmentation par rapport à 2010 (34/100 000).

Mayotte présente un nombre de tests confirmés positifs par nombre d'habitants particulièrement important (242/100 000). Dans les autres départements français d'Outre-mer (DROM), il est également élevé, notamment en Guyane (101/100 000) et en Guadeloupe (92/100 000).

En métropole, l'Île-de-France (133/100 000) reste la région pour laquelle le nombre de tests confirmés positifs pour l'Ag HBs était le plus important.

Le taux de positivité Ag HBs est estimé à 0,80% [IC95% : 0,7-0,9] pour l'ensemble des LBM français (vs. 0,70% en 2010).

Les personnes confirmées Ag HBs positives pour la première fois en 2013 étaient plus fréquemment des hommes (52%), leur moyenne d'âge était de 43 ans (médiane à 40 ans). Les classes d'âges les plus représentées chez les hommes étaient les 30-39 ans (28%) et les 40-49 ans (24%). La moyenne d'âge des femmes confirmées Ag HBs positives était de 41 ans (médiane à 35 ans). Les classes d'âges 30-39 ans et 20-29 ans étaient les plus représentées (respectivement 30% et 22%).

L'infection par le VHB est à déclaration obligatoire (DO) depuis le 1^{er} mars 2003.

1.2 Une surmortalité importante

La mortalité liée au VHB n'est pas bien connue dans les pays développés.

Souhaitant évaluer les risques de décès prématurés chez les patients porteurs d'une hépatite B chronique, par rapport à la population générale en France, une équipe de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a constitué entre 1994 et 2009 une étude de cohorte 1 117 patients (56% d'hommes et 44% de femmes, âgés en moyenne de 38 ans) (14).

En termes de mortalité, il est apparu que les personnes infectées par le VHB ont un risque de décès accru de 70% par rapport à la population générale, une augmentation importante largement liée aux complications de l'infection.

La mortalité toute cause était de 8,6% à 5 ans, 12,6% à 10 ans et 18,5% à 15 ans (15).

Si le risque de décès par accident cardiovasculaire de ces patients est semblable à celui de la population générale, leur risque de décès par maladie hépatique, carcinome hépatocellulaire et lymphome non Hodgkinien est respectivement multiplié par 10, 16 et 9. L'incidence du lymphome non Hodgkinien augmente dans cette population de patients en raison du rôle oncogène du VHB sur les lymphocytes (14).

Les auteurs ont par ailleurs identifié après une analyse multivariée plusieurs facteurs de risque de décès précoce chez ces patients (15) :

- une consommation d'alcool importante,
- une forte charge virale,
- des complications déjà existantes au moment du diagnostic,
- un âge supérieur à 45 ans,
- le sexe masculin (peut-être associé la consommation d'alcool, plus importante que chez les femmes),
- l'exposition importante aux infections nosocomiales, par exemple en cas de séjour prolongé en service de réanimation.

1.3 Mode de transmission

Le VHB est un virus à ADN circulaire partiellement bicaténaire de 3200 paires de bases, appartenant à la famille des Hepadnaviridae et au genre Orthohépadnavirus. La région S de l'ADN, code pour la protéine d'enveloppe (Ag HBs). Les virions complets sont constitués par le génome viral enfermé dans la capsid (ou core), elle-même recouverte par l'enveloppe (10). Son réservoir est humain (16).

L'infectiosité du VHB s'explique par sa présence et sa concentration élevée dans la plupart des liquides biologiques des personnes infectées : 10^8 à 10^9 virions par ml dans le sang, 10^6 à 10^7 /ml dans le sperme et les sécrétions vaginales, 10^5 à 10^7 /ml dans la salive.

Il existe quatre principaux modes de transmission :

- la transmission sexuelle,
- la transmission percutanée,
- la transmission de la mère à l'enfant,
- la transmission lors de contacts proches non sexuels essentiellement intrafamiliaux sur une longue période de temps (16).

La voie sexuelle représente un mode de transmission fréquent (plus de 35% des cas notifiés d'hépatites aiguës B symptomatiques), et reste préoccupante.

En effet, une étude menée aux Pays-Bas en 2004 montrait que la transmission sexuelle du VHB, chez les homosexuels notamment, était la principale voie de transmission (17).

Dans les pays industrialisés, où l'incidence la plus élevée est observée chez les jeunes adultes, les comportements sexuels à risque, en particulier le multipartenariat et les relations homosexuelles ou bisexuelles, sont responsables d'au moins un tiers des nouveaux cas (16).

1.4 Evolution

1.4.1 Hépatite B aiguë

L'infection par l'hépatite B, se caractérise par une hépatite aiguë, le plus souvent asymptomatique surtout dans la petite enfance (18).

L'hépatite aiguë ne donne pas de manifestations apparentes dans la majorité des cas.

Seules 40 % des infections aiguës par VHB s'accompagnent de symptômes non spécifiques : asthénie, anorexie, douleurs abdominales, nausées et vomissements, syndrome grippal, ...

Elle est associée à une augmentation des transaminases.

L'hépatite aiguë guérit spontanément en quelques semaines dans 90 % des cas chez l'adulte, et les éventuels symptômes disparaissent progressivement.

La protection donnée par la maladie dure toute la vie (2).

1.4.2 Hépatite B fulminante

L'hépatite fulminante exceptionnelle (moins de 1% des cas) est une nécrose massive ou submassive du parenchyme hépatique.

Les virus de l'hépatite B et A en sont les causes les plus fréquentes.

Le foie, dans la grande majorité des cas, est préalablement indemne de toute maladie sous-jacente. La conséquence directe de cette destruction est l'impossibilité pour le foie d'assurer sa fonction de synthèse et de détoxication.

Le tableau clinico-biologique est celui de la survenue d'une insuffisance hépatique sévère (défaut de synthèse de facteurs de la coagulation) associée à des troubles neurologiques (encéphalopathie hépatique, coma) (19).

L'évolution peut se faire vers l'amélioration spontanée (avec ou non une phase d'aggravation), ou bien vers l'aggravation irréversible, pouvant entraîner le décès du patient. Le seul traitement, à ce stade, est la transplantation hépatique (19).

1.4.3 Hépatite B chronique

Le risque de passage à la chronicité est majeur en cas de contamination avant l'âge de 5 ans (18), mais existe toujours à l'âge adulte (2 à 10% des cas) (20).

L'hépatite B chronique est définie par un Ag HBs positif persistant plus de 6 mois. Elle est en règle générale asymptomatique (jusqu'au stade de complication : cirrhose décompensée, CHC).

Elle est caractérisée par trois phases (Annexe 1), dont la durée est très variable selon les individus (21):

- une première phase dite de « tolérance immunitaire » définie par une forte réplication du VHB (ADN VHB supérieur à 8 log UI/mL, antigène HBe détectable, anticorps anti-HBe indétectables) et une faible activité de l'hépatite chronique (transaminases normales et lésions histologiques absentes ou minimales).

- une deuxième phase dite de « clairance immunitaire » définie par une réplication d'un VHB sauvage (ADN VHB inférieur à 8 log UI/mL, antigène HBe détectable (Ag HBe : protéine virale retrouvée dans le sang seulement lorsque les particules virales sont présentes), anticorps anti-HBe indétectables (Ac anti-HBe) et une forte activité de l'hépatite chronique (transaminases élevées et activité histologique prononcée, fibrose hépatique dont la sévérité dépend de la durée de cette phase). La proportion de patients passant à la phase suivante est de l'ordre de 10 % par an.

- une troisième phase dite « non répliquative » définie par une faible réplication du virus (Ag HBe indétectable, Ac anti-HBe détectables, ADN VHB inférieur à 2 000 UI/mL stable dans le temps) et l'absence d'activité de l'hépatite chronique (transaminases normales et absence de lésions d'activité histologique). Le degré de fibrose hépatique résiduelle dépend de la

durée de la deuxième phase. Les patients avec une fibrose hépatique extensive ou une cirrhose séquellaire sont à risque de développer des complications. Cette troisième phase se termine par une perte de l'Ag HBs (la fréquence est de l'ordre de 1 % par an) puis une apparition d'anticorps anti-HBs (séroconversion HBs).

1.5 La vaccination où on est-on ?

La prévention de l'hépatite B repose principalement sur la vaccination anti-VHB. Le fait que l'homme soit l'unique réservoir du virus permet d'envisager une prévention très efficace de cette infection par la vaccination.

Elle est obligatoire chez les personnes exerçant une activité professionnelle les exposant à des risques de contamination. La vaccination anti-VHB est recommandée, depuis les années 1980, pour les personnes à risque élevé d'exposition au VHB et, depuis 1995, pour l'ensemble des nourrissons avec un rattrapage chez les adolescents âgés de 11 à 15 ans révolus (22).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une vaccination de tous les nourrissons, en raison du bénéfice individuel à long terme (la durée de la protection immunitaire obtenue en vaccinant à cet âge permet d'éviter ultérieurement la maladie) et du bénéfice collectif attendu avec le contrôle de l'épidémie.

Elle consiste en deux injections à 1 mois d'intervalle puis rappel à 6 mois.

Le vaccin est disponible en association avec d'autres vaccins: vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux (acellulaire, multicomposé), poliomyélitique (inactivé) et de l'*Haemophilus influenzae* type b conjugué (21). Sa tolérance est bonne, et il est efficace à plus de 95% (23) (24). Le calendrier vaccinal 2016 est détaillé en Annexe 2.

Cependant la France, il y a maintenant près d'une vingtaine d'années, a été marquée par une violente polémique déclenchée par les médias, sur la vaccination contre l'hépatite B, accusée de déclencher des cas de sclérose en plaques. La vaccination anti-VHB a été constamment contestée en France depuis 1995.

Il a fallu attendre 2004, pour qu'une enquête nationale de prévalence du portage de l'Ag HBs soit réalisée, permettant d'estimer celle-ci à 0,65 % dans la population adulte métropolitaine, soit 281 000 adultes porteurs chroniques du virus.

Ainsi, le poids réel de l'hépatite B en France métropolitaine était près de trois fois plus important que la valeur estimée, lors du lancement de la campagne de vaccination (25).

Depuis, si la couverture vaccinale anti-VHB a fortement progressé chez les jeunes enfants, passant de 27,5% en 1998 à 83,1% en 2014 pour la couverture vaccinale trois doses à l'âge de 24 mois, elle reste très insuffisante et sans progression chez les adolescents, dont moins de la moitié sont vaccinés (22).

Les dernières études, notamment une étude de cohorte menée en Californie du Sud par Langer-Gould *et al.* (26) de 2008 à 2011, montrent qu'il n'y a aucune association entre la

vaccination contre l'hépatite B et le risque d'affections démyélinisantes jusqu'à 3 ans plus tard (Odds Ratio [OR] : 1.12; IC 95% : 0.72-1.73).

Ainsi en mars 2016, la justice a rendu un non-lieu concernant le vaccin anti-VHB après dix-sept ans d'instruction (27).

Les auteurs de l'étude de l'INSERM, réaffirment l'intérêt de la vaccination contre l'hépatite B (15) : "La vaccination protège des infections aiguës, du cancer du foie et plus généralement d'une surmortalité imputable au VHB chez des adultes assez jeunes".

2. Les AEV : un motif de consultation aux urgences en hausse

2.1 Définition

On entend par AEV :

- les accidents d'exposition au sang (AES), et/ou à un liquide biologique (LCR, sécrétions inflammatoires, ...), survenant le plus souvent chez un professionnel de santé,
- les accidents d'exposition sexuelle,
- les accidents d'exposition survenant chez les usagers de drogues, par partage de matériel d'injection.

Ils exposent à un risque de transmission du VIH, mais aussi à des virus des hépatites B et C, et à d'autres infections sexuellement transmissibles (syphilis, infections à gonocoque, chlamydia trachomatis).

2.2 Épidémiologie

Les AEV sexuels représentent une part importante des AEV aux urgences, notamment en milieu urbain et leur nombre ne cesse de croître.

Une étude suisse menée de 1998 à 2007 par Tissot *et al.* (28) montre une augmentation de 850% du nombre de consultations annuelles pour AEV en 10 ans.

Les données du Service d'Accueil des Urgences (SAU) de l'hôpital Bichat-Claude Bernard à Paris sur le suivi des AEV aux urgences, permettent de constater une augmentation du nombre des AEV entre 2003 et 2012 : 203 vs. 615 (+303 %).

Parmi les AEV sexuels, la part des rapports hétérosexuels semble augmenter, ils représentent actuellement un peu moins de deux tiers des consultations (29).

2.3 Mode de contamination

Le principal mode de transmission du VHB est la transmission sexuelle, et son risque de transmission est le plus élevé parmi les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : il est estimé entre 30 et 40%.

Concernant le VIH, il existe un gradient dans le risque de transmission en fonction de la pratique sexuelle, allant d'un risque faible en cas de fellation à un risque maximum en cas de rapport anal réceptif. Les rapports sexuels peuvent être classés par niveau de risque décroissant : acte anal réceptif avec éjaculation, vaginal réceptif avec éjaculation, anal insertif, vaginal insertif, fellation réceptive, pratique de fellation (6).

2.4 Urgences et structures extra hospitalières

Le dispositif de prise en charge des AEV a reposé, dès sa mise en place, sur les SAU (Service d'Accueil des Urgences) pour la prise en charge initiale et l'orientation vers des services de spécialité ou la médecine du travail si nécessaire pour la réévaluation de la prescription initiale et le suivi ultérieur (29).

Le rapport « Morlat » 2013 (29) met en avant la possibilité d'impliquer des structures extra-hospitalières pour l'initiation du Traitement Post Exposition (TPE).

L'élargissement du dispositif pourrait concerner les CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit), les CIDDIST (Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles) et des cabinets de médecine générale.

« L'évolution probable dans les années à venir des CDAG et CIDDIST vers des « centres de santé sexuelle », ainsi que la création de tels centres par des structures associatives, devront intégrer d'emblée une réflexion sur la prise en charge des personnes exposées aux AEV et les circuits de médicaments et de soins adaptés pour y répondre. »

Dans ce contexte, le rôle du médecin généraliste dans le suivi de la tolérance du TPE et des sérologies post exposition pourrait être renforcé.

L'accès au Test Rapide à Orientation Diagnostique (TROD) du VIH devrait être possible dans toutes les structures de dépistage, y compris non hospitalières, qui pourraient accueillir des personnes consultant pour un AEV (29).

Il faut cependant garder en tête que la sensibilité de ces tests pour le diagnostic de primo-infection n'atteint pas celle des tests classiques. Il conviendra donc de les utiliser avec prudence si le contexte épidémiologique fait craindre une possible primo-infection chez la personne exposée (29).

2.5 Prise en charge des AEV aux urgences

La prise en charge des AEV sexuels aux urgences doit être organisée. Elle doit garantir avec la confidentialité de l'entretien, le respect de la dignité et la nécessaire empathie envers le patient.

Si l'AEV sexuel a eu lieu il y a plus de 48h, le patient sera adressé directement vers un CDAG. Si l'AEV sexuel a eu lieu il y a moins de 48h, le patient sera orienté vers le secteur des consultations aux urgences. Le protocole des AEV aux urgences de Pellegrin est présenté en Annexe 3.

Les médecins urgentistes doivent être formés :

- aux indications du TPE et à ses effets indésirables,
- à l'évaluation du risque de transmission des autres maladies liées à l'AEV, et au risque de grossesse après un rapport non protégé,
- à la proposition au sujet-source d'un dépistage du VIH, du VHB, du VHC et des autres IST,
- à l'accès aux TROD aux urgences, qui sont des tests fiables, avec une sensibilité est comprise entre 86,5 % et 99 % (30),
- à assurer la continuité du suivi de tous les patients,

- au délai entre la prescription et l'administration des anti-rétroviraux qui doit être inférieur à 1 heure,

- à la rédaction de procédures d'accueil et de prise en charge, de traçabilité du suivi et de l'articulation avec la pharmacie, les services de maladies infectieuses, la médecine du travail et la médecine de ville.

A savoir qu'un médecin référent peut intervenir (déplacement ou par téléphone) 24 h/24 pour donner conseil au médecin assurant la prise en charge initiale des personnes exposées et des sujets source.

2.5.1 Examen biologique

Il est conseillé de prélever aux urgences si le TPE est recommandé :

-chez le sujet exposé : sérologie VIH 1 et 2, sérologie VHC, pour le VHB : Ag HBS, Ac anti HBs et Ac anti HBc, TPHA-VDRL.

On prélèvera également : Numération Formule Sanguine (NFS), les transaminases, créatinine et Bêta HCG sanguine chez des femmes en âge de procréer.

Le suivi à trois mois doit être organisé et pré-établi.

-si possible chez le sujet source : sérologie VIH 1 et 2 (le TROD doit en plus être réalisé en urgence), AgP24, sérologie VHB (Ag HBs, Ac anti HBs, Ac anti HBc) et sérologie VHC.

Si le TPE est non recommandé, le bilan biologique sera réalisé en externe, à savoir : sérologies VIH 1 et 2, Ag HBs, Ac anti HBs, Ac anti HBc et TPHA VRDL.

2.5.2 Modalités de prescription du TPE

Les indications du TPE sont relatées en Annexe 4.

Il doit être accessible dans chaque service d'accueil des urgences et dans les sites hospitaliers en charge des populations exposées, dont en particulier les UCSA (Unité de consultation et de soins ambulatoires).

2.5.2.1 VHB

Le risque de transmission du VHB, lors d'un AEV sexuel, est nettement plus élevé que celui du VIH. Chez les patients non vaccinés et vaccinés non répondeurs (anticorps HBs (Ac HBs) < 10 UI/l), une sérovaccination par immunoglobulines anti-HBs et une injection d'une dose de vaccin sont recommandées.

La vaccination anti-VHB doit être débutée au mieux dans les 72 heures suivant l'exposition, éventuellement jusqu'à J7.

Elle comporte une première injection intra-musculaire (dans le deltoïde) d'une dose de 20 µg de vaccin, complétée par deux injections de 20 µg à M1 et M6.

Les immunoglobulines (Ig) spécifiques doivent être administrées dans les 72 heures suivant l'exposition, par voie IM, à la posologie de 500 UI.

Leur délivrance est exclusivement hospitalière. La survenue possible de réactions d'hypersensibilité après l'injection, même si elle est rare, nécessite une surveillance après l'injection.

L'association d'immunoglobulines et du vaccin a une efficacité préventive contre le VHB, supérieure à celle du vaccin seul (31).

La plupart des TPE comportent maintenant une association de ténofovir et d'emtricitabine, molécules actives sur le VHB. Même si une diminution des contaminations par le VHB a été observée dans le suivi de patients infectés par le VIH et recevant des ARV incluant des anti-VHB (32), il s'agissait au mieux d'une efficacité préventive partielle, ce traitement ne saurait représenter une alternative à la vaccination.

2.5.2.2 VIH

Le traitement post exposition antirétroviral le plus utilisé, en raison de sa meilleure tolérance est : tenofovir (inhibiteur nucléotidique) et emtricitabine (inhibiteur nucléosidique) : TRUVADA. Il peut être associé à un inhibiteur de protéase : darunavir (PREZISTA), lopinavir ou atazanavir, ou à un inhibiteur de l'intégrase (33) (29) (6).

On peut citer comme exemple le STRIBILD qui comporte un inhibiteur de l'intégrase (elvitégavir potentialisé par cobicistat), associé au ténofovir et emtricitabine : TRUVADA.

Le STRIBILD est le TPE utilisé aux urgences Pellegrin.

En cas de grossesse ou d'insuffisance rénale préalable, le TRUVADA peut être remplacé par le COMBIVIR (lamivudine)(8) (29).

Le TPE doit être proposé idéalement dans les 4 heures qui suivent l'AEV, et au plus tard dans les 48 heures.

Sa délivrance est exclusivement hospitalière, il est prescrit initialement pour une durée de 5 jours et sera renouvelé lors de la consultation de réévaluation, pour une durée de 28 jours au total.

2.5.2.3 VHC

Concernant le VHC, le traitement post exposition n'est pas indiqué quel que soit le statut du sujet source, aucune étude n'ayant démontré son efficacité.

De plus, l'arrivée de molécules antivirales d'action directe représente un tournant majeur dans le traitement de l'hépatite C, aboutissant à la guérison pour plus de 90% des patients traités (34).

2.5.2.4 Autres IST : gonocoque, chlamydia trachomatis, syphilis

L'efficacité et l'innocuité d'une antibiothérapie prophylactique, par azithromycine notamment, n'ont pas été suffisamment établies et l'antibioprophylaxie n'est pas recommandée (35).

2.5.2.5 Contraception

Il est important d'aborder la contraception chez toute femme se présentant pour un AEV sexuel.

En effet, il paraît indispensable d'éviter tout risque de grossesse dans un contexte de risque d'infection par le VIH, ou le VHB, et de toxicité potentielle du TPE lors de la fécondation.

La contraception mécanique (préservatif) reste la plus sûre dans ce contexte, et est donc recommandée durant 4 mois.

En cas d'exposition sexuelle survenant chez une femme n'ayant pas de moyen efficace de contraception, il faut proposer une contraception d'urgence, dans les 72 heures au plus tard, basée sur le levonorgestrel (NORLEVO).

Dans tous les cas, les patients consultant pour un AEV sexuel doivent être orientés en consultation spécialisée par un médecin référent infectiologue dans les 48h afin de réévaluer l'indication du TPE et d'assurer le suivi.

Le suivi biologique du patient dans le cadre d'un AEV sexuel est résumé dans l'Annexe 5.

La qualité de la prescription du TPE aux urgences a été évaluée : 30 % à 70 % des prescriptions ne sont pas en accord avec les recommandations, aussi bien par excès que par défaut. Un critère habituellement respecté est la non-prescription du TPE après 48 heures de l'accident (8).

2.6 Contextualisation de l'étude

La tendance actuelle est à l'augmentation du nombre d'AEV sexuels. La meilleure connaissance du TPE par la population générale et par les populations les plus exposées pourrait être une explication (36), (37), même si la connaissance du dispositif reste probablement modeste dans de nombreux contextes, et ce même chez des populations fortement exposées (38). Une augmentation des conduites ou des pratiques à risque peut également expliquer un recours plus important vers le dispositif d'accès au TPE en dernier recours.

Peu de données sont disponibles concernant la typologie des patients consultant pour des AEV sexuels dans les services d'urgences (8).

Dans ce contexte où le nombre de motifs de consultation pour AEV sexuel augmente, il nous a semblé intéressant de réaliser cette étude, afin d'évaluer le niveau de connaissances de cette population concernant les risques que peut présenter le VHB, et au besoin, de pouvoir renforcer les campagnes de prévention.

Deuxième partie : notre étude

1. MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une enquête prospective, observationnelle et monocentrique.

1.1 Lieu et durée de l'étude

L'étude s'est déroulée du 01 septembre 2015 au 30 juin 2016 au sein des urgences de Pellegrin du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Bordeaux.

Le CHU de Bordeaux a une capacité totale de 3 110 lits, il constitue le complexe hospitalier principal de l'agglomération bordelaise et du quart Sud-Ouest de la France.

Il a une mission universitaire avec un rôle de formation initiale des médecins (des externes et des internes) et un devoir de formation continue des praticiens hospitaliers.

Le service des urgences de Pellegrin de Bordeaux accueille environ 55 000 patients chaque année, on comptabilise 54 203 passages exactement en 2015 : 47% étaient des consultations, et 49% ont mené à des hospitalisations dans l'établissement.

Il est composé de 8 box de soins d'urgences, une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) composée de 3 lits, une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de 19 lits et une partie dédiée aux consultations comprenant 4 box.

27 médecins urgentistes y sont employés dont 14.5 ETP (équivalent temps plein).

1.2 Population de l'étude

Ont été inclus tous les patients majeurs se présentant aux urgences adultes du CHU de Bordeaux pour un AEV sexuel.

Ont été exclus les patients ayant répondu au questionnaire de manière incomplète.

1.3 Critères de jugement principal et secondaires

Le critère de jugement principal était le niveau de connaissances des patients.

Pour cela un score sur 16 points a été établi.

Nous avons par la suite établi 2 niveaux de connaissances :

- connaissances insuffisantes : score inférieur au 3^{ième} quartile (par conventions usuelles), c'est-à-dire une note inférieure à 12,
- bonnes connaissances : score supérieur ou égal au 3^{ième} quartile (par conventions usuelles), c'est-à-dire une note supérieure ou égale à 12.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- la prévalence de l'utilisation du préservatif
- la prévalence de la vaccination contre le VHB chez cette population
- le nombre de patients ayant bénéficié d'une information antérieure

1.4 Déroulement de l'étude

Tous les patients venant aux urgences pour un AEV sexuel sont pris en charge initialement par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences. Les patients sont ensuite orientés vers les box de consultation où leur est remis un questionnaire par l'aide soignant des consultations, qu'ils remplissent sur la base du volontariat. Si les patients ne souhaitent pas le remplir, le questionnaire est quand même comptabilisé dans notre étude.

Les conditions de l'étude leur sont expliquées à la remise du questionnaire, à savoir que ce travail est réalisé dans le cadre d'une thèse.

L'étude est réalisée de manière anonyme.

1.5 Recueil de données

Un questionnaire à choix multiples a été élaboré, facilitant le recueil des données et l'analyse statistique. Il est divisé en 3 parties. (Annexe 6)

La première partie est composée de 8 questions et permet d'analyser le profil du patient selon leur sexe, leur âge, leur niveau d'étude et la nature de leur rapport à risque.

La deuxième partie permet d'évaluer les connaissances du patient grâce à 9 questions concernant la microbiologie, la façon de faire le diagnostic de l'hépatite B, les complications possibles et les modes de transmission.

La troisième partie de ce questionnaire s'intéresse plus particulièrement à la prévention : nous demandons aux patients s'ils sont vaccinés contre le VHB et s'ils ont déjà bénéficié d'informations concernant le VHB.

1.6 Analyse statistique

Les données du questionnaire ont été saisies grâce au logiciel Excel, puis elles ont été analysées avec le logiciel de statistique SAS (v 9.4, SAS institute inc©).

Les variables ont par la suite été décrites au moyen de fréquences et comparées avec un test du Chi-2. Lorsque les conditions d'application du Chi-2 n'étaient pas remplies, celles-ci étaient comparées avec un test de Fisher.

2. RESULTATS

78 patients ont été inclus du 01 septembre au 30 juin 2016. Aucun patient n'a refusé de répondre au questionnaire. 1 patient a été exclu n'ayant répondu qu'à la première page du questionnaire.

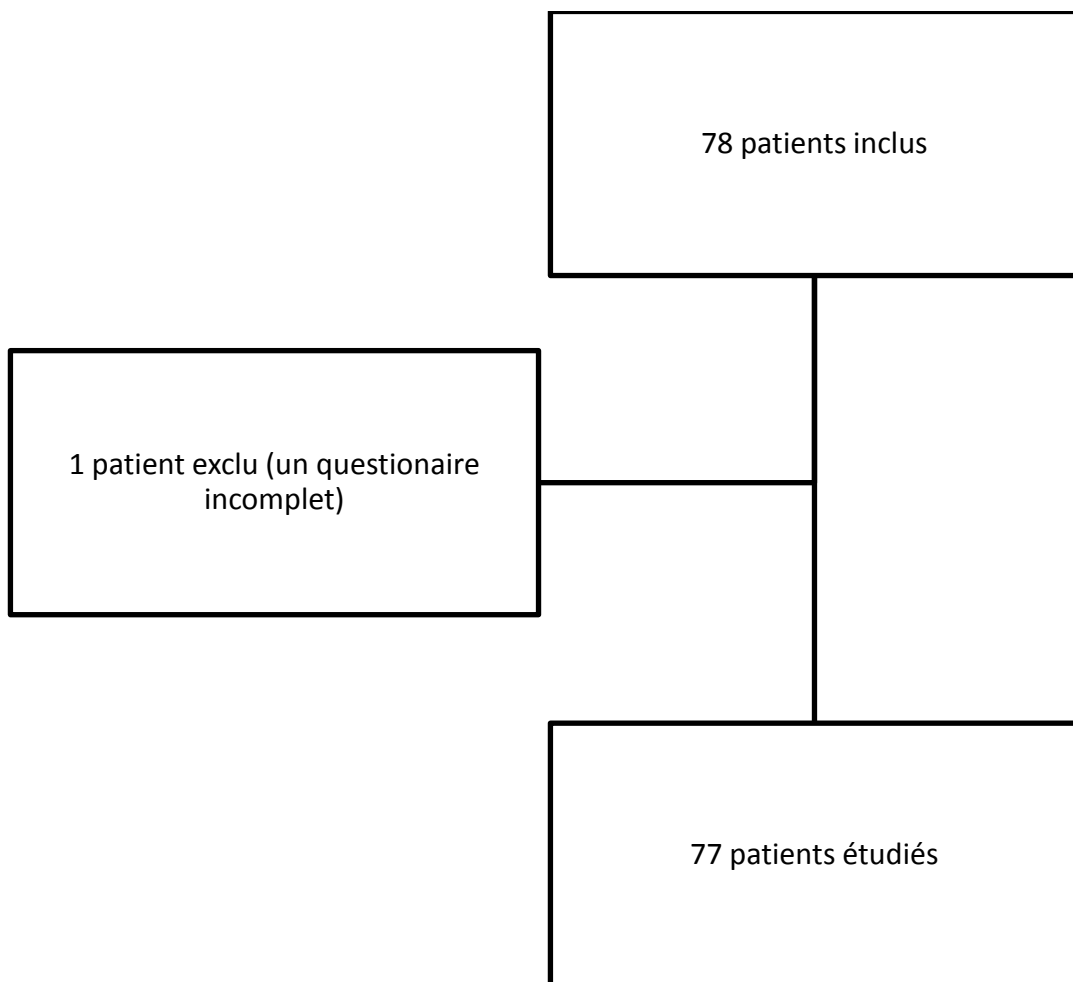


Figure 1: diagramme de flux

2.1 Prévalence des AEV aux urgences

Durant notre période d'inclusion de 10 mois, 226 patients ont consulté pour un AEV, dont 126 pour un AEV d'origine sexuel.

2.2 Population étudiée

Parmi les 126 patients, 77 patients ont été étudiés soit 62%. Parmi la population d'étude, on retrouve 51 hommes (66%) et 26 femmes (34%).

29% des rapports sont homosexuels masculins uniquement (aucune femme homosexuelle n'ayant consulté lors de notre étude), 69% des rapports sont hétérosexuels

La répartition des âges est montrée dans la figure 1. 48 patients ont entre 18 et 30 ans (62%), 24 ont entre 30 et 40 ans (31%) et 5 ont entre 40 et 50 ans (6,5%). Il n'y avait aucun patient âgé de plus de 50 ans.

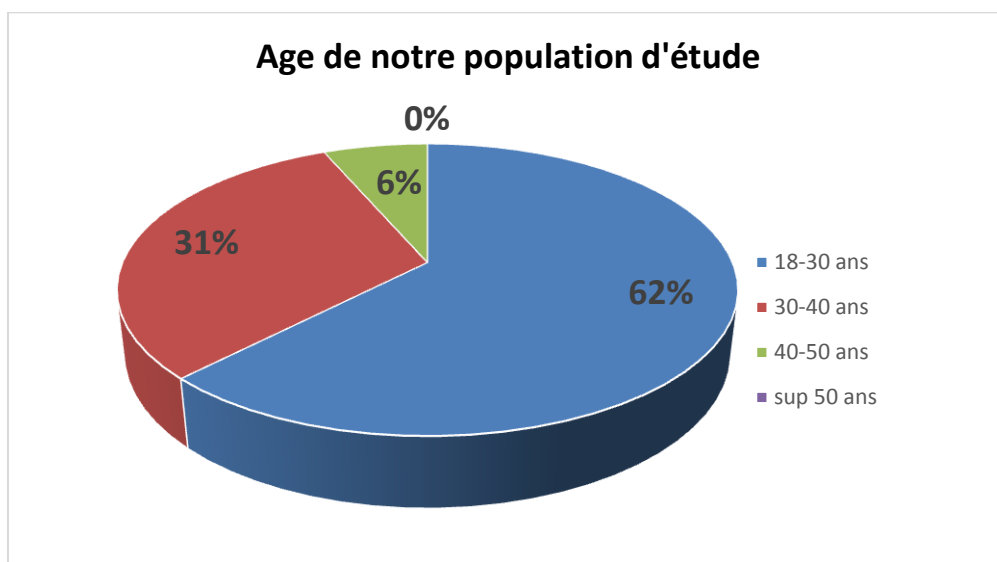


Figure 2 : âge de notre population d'étude

Concernant le niveau d'étude, 11 (15%) ont un niveau d'étude inférieur au bac, 11 (15%) ont un niveau équivalent au baccalauréat, 18 (23%) ont un niveau d'étude équivalent à Bac+2, et 36 (47%) ont un niveau supérieur à Bac+2.

52% d'entre eux se sont présentés pour un premier rapport à risque.

46% ont déjà eu un rapport à risque : il est à noter le pourcentage important de récidivistes.

7 d'entre eux (parmi 35 patients) seulement, avaient bénéficiés d'informations antérieures sur l'hépatite B.

Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre le fait d'avoir déjà eu un rapport à risque et d'avoir eu des informations sur le sujet ($p = 0,48$).

2.3 Score de connaissances sur l'hépatite B

2.3.1 Résultats du score global

Le score d'évaluation des connaissances est un score sur 16 points. Il a été établi sur 9 questions concernant la microbiologie, le mode de transmission, les complications possibles, la vaccination.

Nous avons choisi d'attribuer 2 points aux questions qui nous semblaient les plus importantes, à savoir la vaccination, la contamination, le mode de transmission et la gravité de la maladie.

La répartition des notes est relatée sur la figure 3.

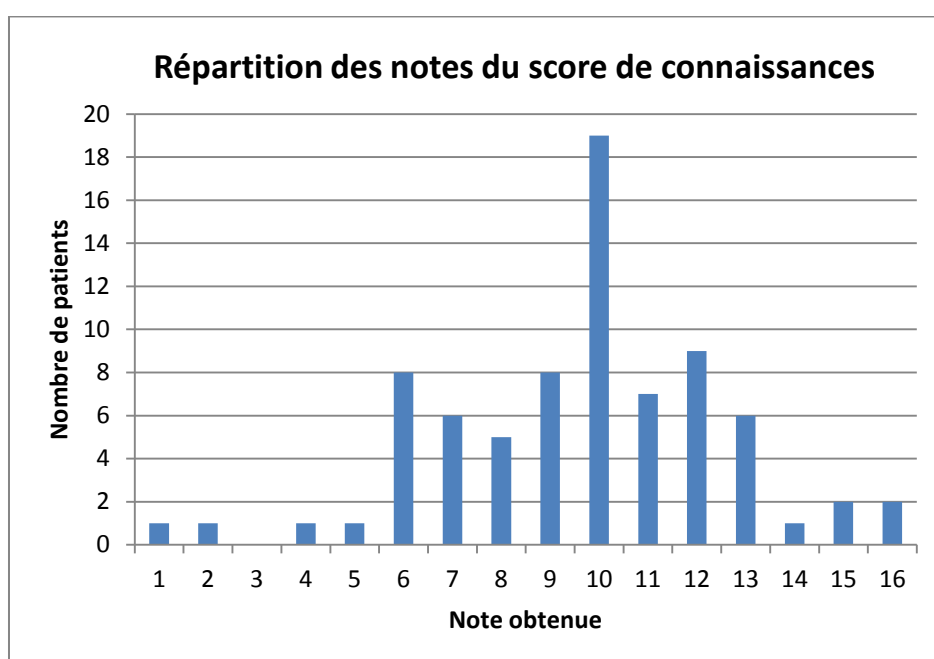


Figure 3 : répartition des notes du score de connaissances

La moyenne du score de notre population étudiée est de 10. Les notes vont de 1 à 16.

21 patients soit 27% ont un score supérieur ou égal à 12 et donc de bonnes connaissances. 56 soit 73% patients ont un score inférieur à 12 et donc un niveau insuffisant de connaissance sur l'hépatite B.

Lorsque nous comparons le résultat de ce score en fonction du sexe des patients il n'y a pas de différence significative ($p = 0,62$).

Lorsque nous analysons le score de connaissances en fonction de l'âge des patients il n'y a pas de différence significative ($p = 0,08$).

Il n'y a pas de différence non plus qu'il s'agisse de leur premier rapport à risque ($p = 0,82$) ou qu'ils aient déjà réalisé un dépistage ultérieurement ($p = 0,99$).

En revanche il existe une différence significative en fonction du niveau d'étude ($p = 0.002^*$) Cette différence tend à montrer que le groupe « bac+2 » à un meilleur niveau de connaissance que les autres (Tableau 1).

Niveau d'études	Score moyen < 12	Bon score ≥ 12	Valeur de p
BEP/CAP	10 (91%)	1 (9%)	0,002*
Baccalauréat (Bac)	7 (64%)	4 (36%)	
Bac+2	15 (83%)	31 (7%)	
>Bac+2	23 (63%)	13 (37%)	

Tableau 1 : Score de connaissances en fonction du niveau d'étude

Il existe également une différence significative en fonction des patients vaccinés ou non (Tableau 2). Les patients vaccinés ont un meilleur score de connaissance ($p = 0,02^*$).

Patients vaccinés	Score < 12	Score ≥ 12	Valeur de p
non	24 (83%)	5 (17%)	0,02*
oui	20 (57%)	15 (43%)	

Tableau 2 : Score de connaissances en fonction des patients vaccinés

2.3.2 Question sur le vaccin de l'hépatite B

70% des patients pensent qu'il existe un vaccin efficace contre l'hépatite B, contre 26% qui pensent que non. 4% ne savent pas. Nous avons attribué 2 points à la bonne réponse « oui ». Nous remarquons qu'un quart de notre population ne sait pas qu'il existe un vaccin efficace. Les résultats sont présentés sur la figure 4.

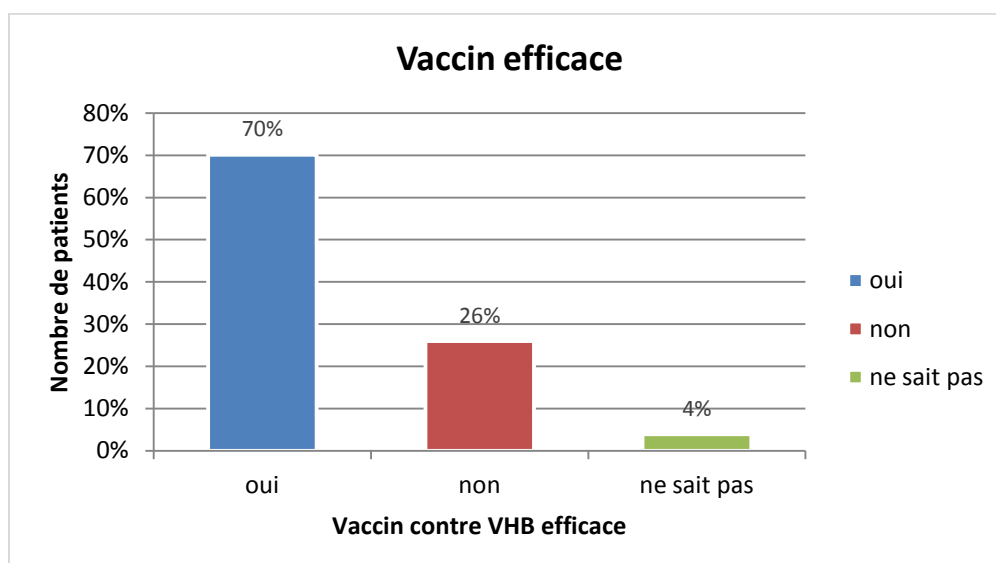


Figure 4 : Pourcentage de patients pensant qu'il existe un vaccin efficace contre le VHB

2.3.3 Question sur la maladie la plus sexuellement transmissible

La question concernait la maladie sexuellement transmissible la plus contaminante lors d'un rapport sexuel entre le VIH, le VHB et le VHC.

55% des patients pensent encore que le VIH est le plus contaminant, l'hépatite B arrive loin derrière en seconde position à 26%. 9% pensent que le VHC est le plus contaminant, et 10% ne savent pas.

Nous avons attribué 2 points à la bonne réponse « VHB ».

Nous remarquons que plus de la moitié de notre population pense que le VIH est le plus contaminant.

Les résultats sont présentés sur la figure 5.

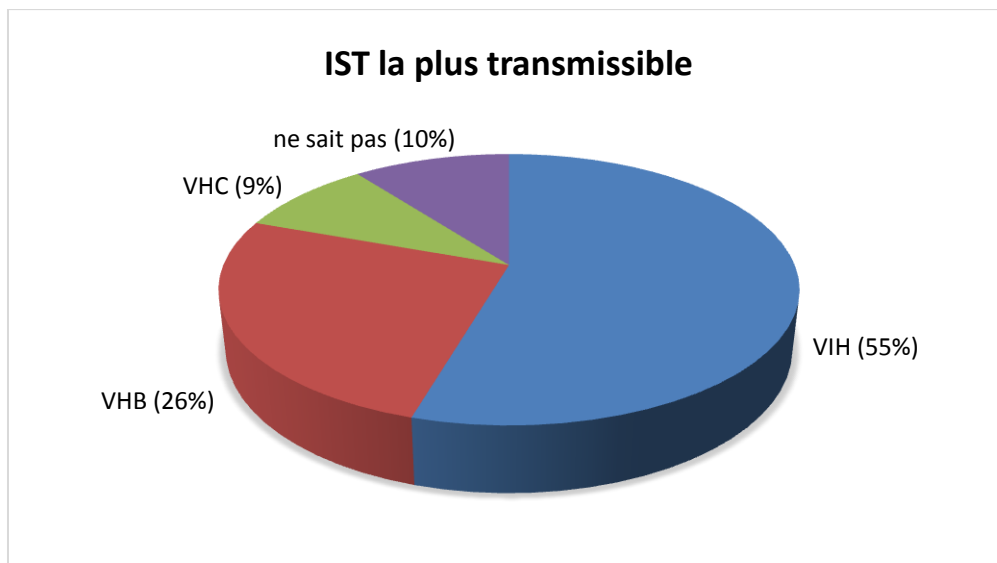


Figure 5 : IST la plus transmissible

2.3.4 Question sur la microbiologie

Il était demandé si l'hépatite B est une maladie virale, bactérienne ou parasitaire. Nous avons attribué 1 point pour la bonne réponse « virus ».

71% savaient qu'il s'agit d'une maladie virale.

Globalement la majorité de nos patients ont acquis le fait que le VHB soit une maladie virale. Les résultats sont présentés sur la figure 6.

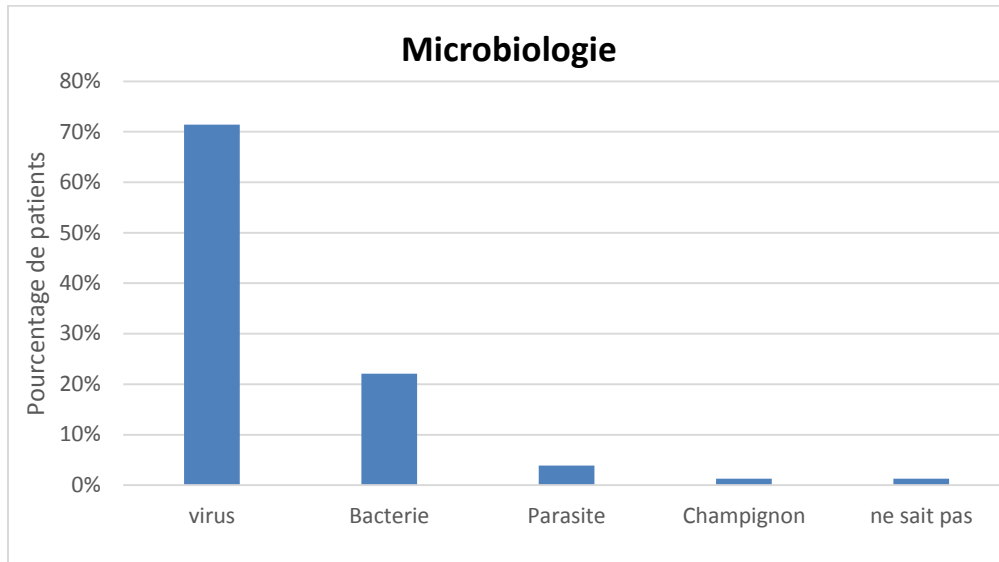


Figure 6 : question sur la microbiologie

2.3.5 Questions sur la transmission de l'hépatite B

Nous avons demandé si l'hépatite B pouvait se transmettre par le sang, durant la grossesse, par la salive, ou par l'urine. Nous avons compté un point pour « le sang » et « de la mère à l'enfant ».

La majorité des patients (81%) sait que l'hépatite B peut se transmettre par le sang, 41% seulement savent qu'elle peut se transmettre de la mère à l'enfant lors de la grossesse, et 25% ont répondu les 2.

Globalement la plupart de nos patients savent que le VHB se transmet par le sang, mais seulement 25% ont eu la totalité des points.

Nous avons également demandé dans quels cas le VHB ne pouvait pas se transmettre : si le garçon se retire avant éjaculation, si il y a sodomie sans préservatif, si la fille prend une contraception orale, si le patient est vierge ou aucune de ces réponses. Nous avons attribué 2 points pour la réponse « aucune ».

La majorité des patients soit 85% connaissent la bonne réponse.

4% pensent que l'on ne peut pas contracter l'hépatite B si c'est un premier rapport.

Enfin, 1% pensent qu'il n'y a pas de transmission s'ils pratiquent la sodomie sans préservatif, ou si le partenaire se retire avant l'éjaculation.

Tous les patients savent que prendre une contraception orale n'évite pas le risque de transmission.

Les résultats sont présentés sur la figure 7.

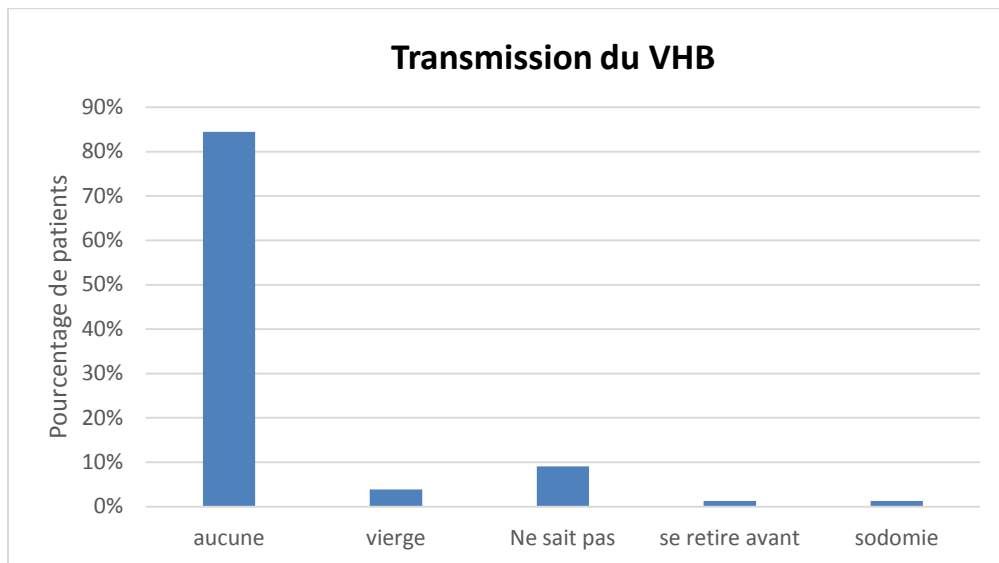


Figure 7 : La transmission du VHB

2.3.6 Question sur le dépistage

Nous avons demandé si un mineur pouvait se faire dépister sans l'autorisation de ses parents. Nous avons attribué un point pour la réponse « oui ».

70% des patients ont bien répondu.

La majorité des patients connaissent la bonne réponse.

Les résultats sont présentés figure 8.

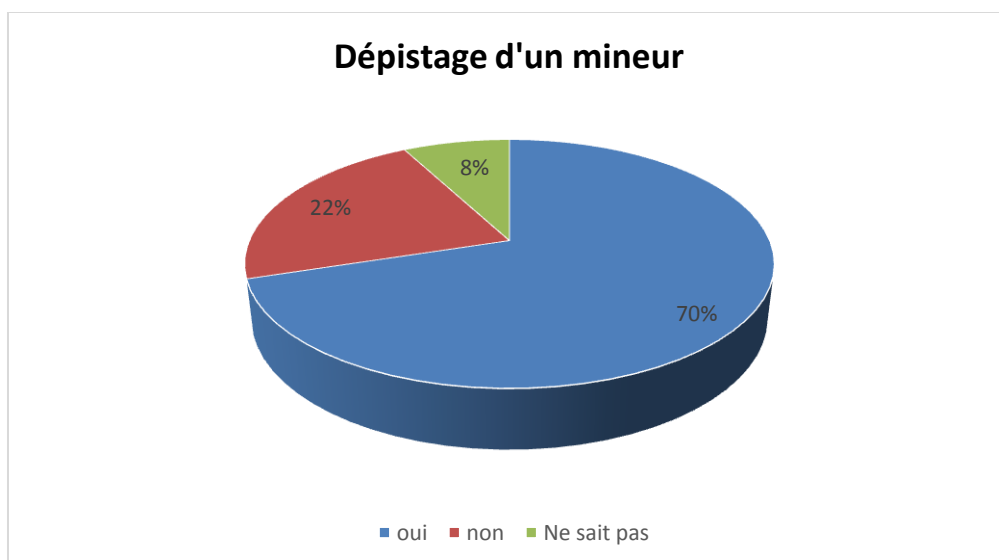


Figure 8 : pourcentage de patients pensant qu'un mineur peut se faire dépister sans autorisation parentale

2.3.7 Questions relatives aux complications et la gravité de la maladie

Nous avons interrogé les patients sur les complications du VHB : plusieurs réponses étaient possibles : maladie du foie, cancer du foie, cancer du sang, décès, aucune.

Nous avons attribué un point par bonne réponse soit « cancer du foie », « maladie du foie » et « décès ».

56% ont acquis le fait que l'hépatite B est liée à une « maladie du foie », 31% savent que cela peut évoluer vers le cancer du foie et 36% mener au décès.

13% d'entre eux pensent que cela peut donner des cancers du sang.

Quand nous interrogeons les patients sur la gravité de la maladie, seulement 35% ont répondu « mortelle ».

35% pensent qu'elle est « grave », 24% qu'elle est « très grave » et 2,6% pensent qu'elle est non grave.

Nous avons attribué 2 points pour la réponse « mortelle » et un point pour la réponse « grave » ou « très grave ».

Les résultats sont présentés figure 9.

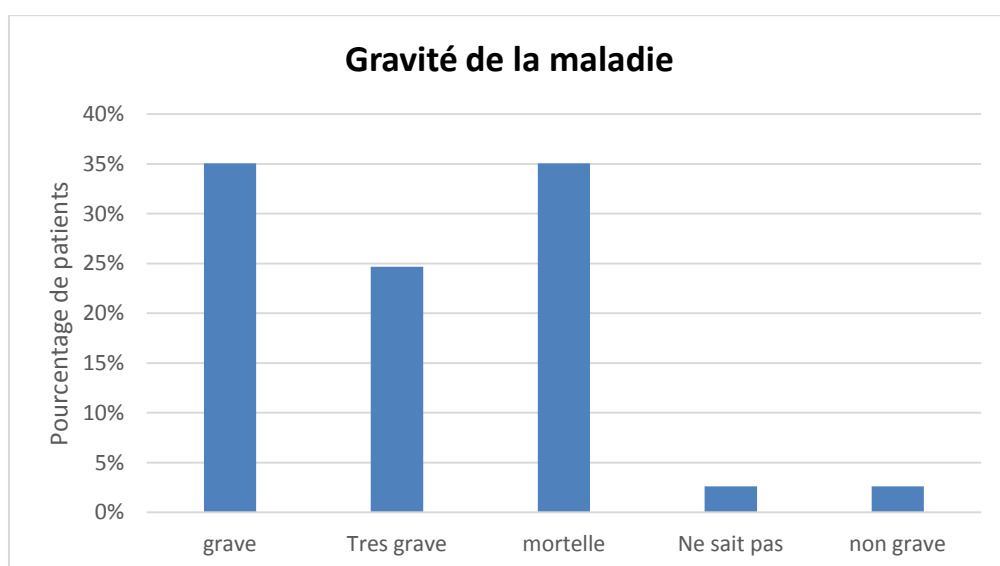


Figure 9 : gravité de la maladie

2.3.8 Question sur l'existence de signes extérieurs de la maladie

Il était demandé s'il était possible, en observant simplement une personne, de savoir si elle était atteinte de l'hépatite B. Nous avons compté un point pour la bonne réponse « non ». 86 % savent qu'on ne peut pas faire la différence. Les résultats sont présentés figure 10.

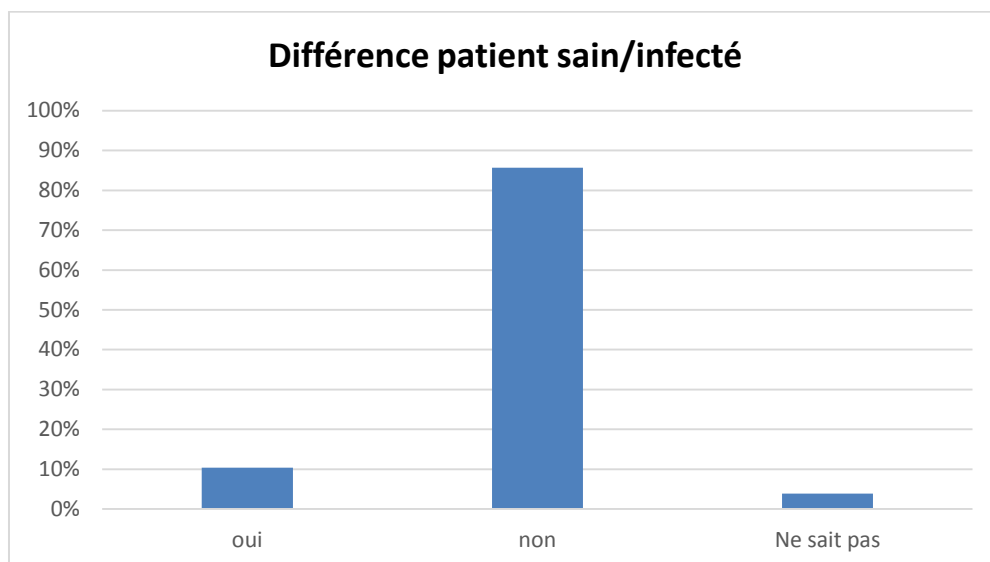


Figure 10 : pourcentage de patients pensant pouvoir faire la différence entre un patient sain ou atteint

2.4 Prévalence de l'utilisation du préservatif

43 patients soit 56% ont utilisé un préservatif et 32 patients soit 42% n'en ont pas utilisé. 2 patients n'ont pas répondu à la question.

On remarque que quasiment la moitié de notre population n'en ont pas utilisé pour cet AEV.

2.4.1 Prévalence selon l'âge

Parmi les 18-30 ans, 29 patients soit 40% n'ont pas utilisé de préservatif.

Parmi les 30-40 ans, 12 patients soit 50% déclarent ne pas avoir mis de préservatif.

Parmi les plus de 40 ans 60% n'utilisent pas le préservatif

Une analyse statistique par un test de Fisher a montré une différence significative entre ces 3 groupes ($p = 0,03^*$) (Tableau 3).

Les 18-30 ans semblent se protéger davantage plus que leurs aînés.

Classe d'âge	Rapport non protégé	Rapport protégé	Valeur de p
18-30 ans	17 (37%)	29 (63%)	0,03*
30-40 ans	12 (50%)	12 (50%)	
40-50 ans	3 (60%)	2 (40%)	

Tableau 3 : Prévalence de l'utilisation du préservatif selon l'âge

2.4.2 Prévalence selon le niveau d'étude

Parmi les patients ayant un niveau supérieur à Bac+2, 16 patients (44%) n'ont pas mis de préservatif contre 16 patients (42%) ayant un niveau inférieur à Bac+2. 20 patients, soit 56% des patients, ayant un niveau d'études supérieur à Bac+2 ont mis un préservatif contre 22 patients soit 58% ayant un niveau d'études inférieur à Bac+2.

Il n'y pas de différence significative entre ces 2 groupes.

Le niveau d'étude n'influe donc pas sur le port du préservatif.

2.4.3 Prévalence selon l'orientation sexuelle

Parmi la population homosexuelle, 10 patients sur 22 soit 45% ont utilisé un préservatif.

Parmi la population hétérosexuelle, 33 patients sur 53 soit 62% ont utilisé un préservatif.

On remarque que moins de la moitié des patients homosexuels mettent un préservatif.

Une analyse statistique par un test du Khi-2 n'a pas prouvé de différence significative entre les 2 groupes ($p = 0,18$).

2.4.4 Prévalence selon premier rapport à risque

Parmi les 40 patients consultant pour un premier rapport à risque, 25 patients soit 62% ont utilisé un préservatif.

Parmi les 35 patients pour qui ce n'était pas le premier rapport à risque, 18 soit 51% ont utilisé un préservatif.

La moitié des patients ayant déjà eu des rapports à risque ne se protège pas.

Une analyse statistique par un test du Khi-2 n'a pas montré de différence significative entre ces 2 groupes ($p = 0,33$).

2.4.5 Prévalence selon le score de connaissances

Sur les 21 patients ayant un bon score de connaissance, 9 patients soit 42% ont utilisé un préservatif.

Parmi les 54 patients ayant des connaissances insuffisantes, 34 soit 63% ont utilisé un préservatif.

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes ($p = 0,11$).

Le fait de connaître les risques ne semble pas influencer sur l'utilisation du préservatif.

2.5 Moyens de prévention de l'hépatite B : la vaccination

Dans notre population étudiée se présentant pour un AEV sexuel, 45 % seulement sont vaccinés contre l'hépatite B et 17% ne savent pas.

Parmi les 29 patients non vaccinés soit 38%, 18 (62%) ont répondu qu'on ne leur avait jamais proposé, 5 (17%) ont peur d'éventuels effets secondaires.

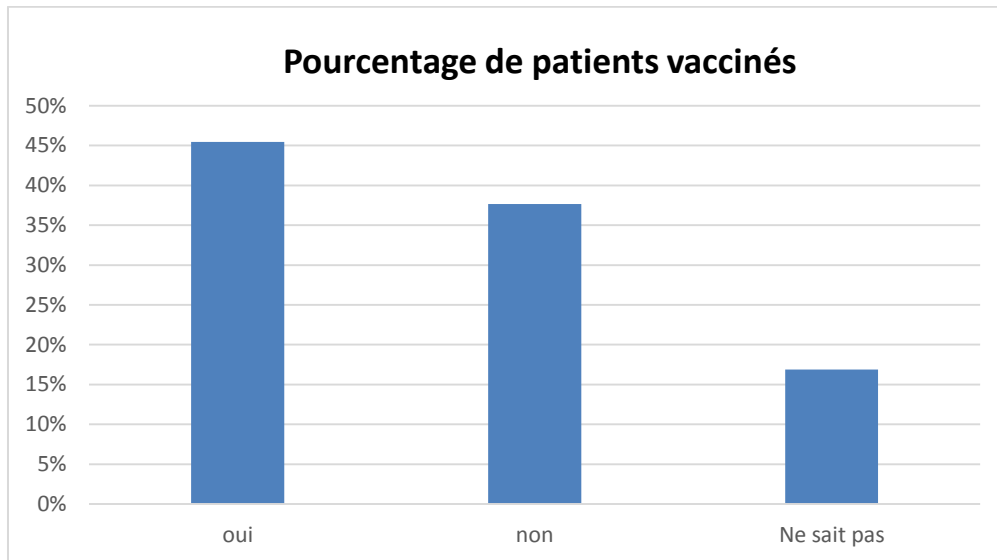


Figure 11 : pourcentage de patients vaccinés

Beaucoup ne connaissent pas leur statut vaccinal, presque 20%.
On note que moins de la moitié de notre population est vaccinée.

2.6 Moyens d'information de l'hépatite B

Nous avons demandé aux patients s'ils avaient déjà bénéficié d'informations sur l'hépatite B. Sur 77 patients, seulement 19 (25%) en avaient déjà bénéficié, contre 57 (74%) qui n'en avaient jamais eu. 1 patient ne savait pas.

On retrouve une différence significative entre les patients ayant bénéficié d'informations antérieures et ceux n'en ayant pas eu ($p = 0,0001^*$).

Ceux ayant déjà bénéficié d'informations sur l'hépatite B ont un meilleur score de connaissances que les autres (Tableau 4).

Infos antérieures	Score < 12	Score > ou = à 12	Valeur de p
non	48 (84%)	9 (16%)	0,0001*
oui	7 (37%)	12 (63%)	

Tableau 4 : Informations antérieures

Ce graphique (figure 11) nous montre l'impact de l'information sur le niveau de connaissances des patients.

En effet, moins de 20% des patients n'ayant pas eu d'informations antérieures sur le VHB ont un bon score de connaissance.

A contrario, plus de 60% des patients en ayant déjà bénéficié, ont un bon score de connaissances.

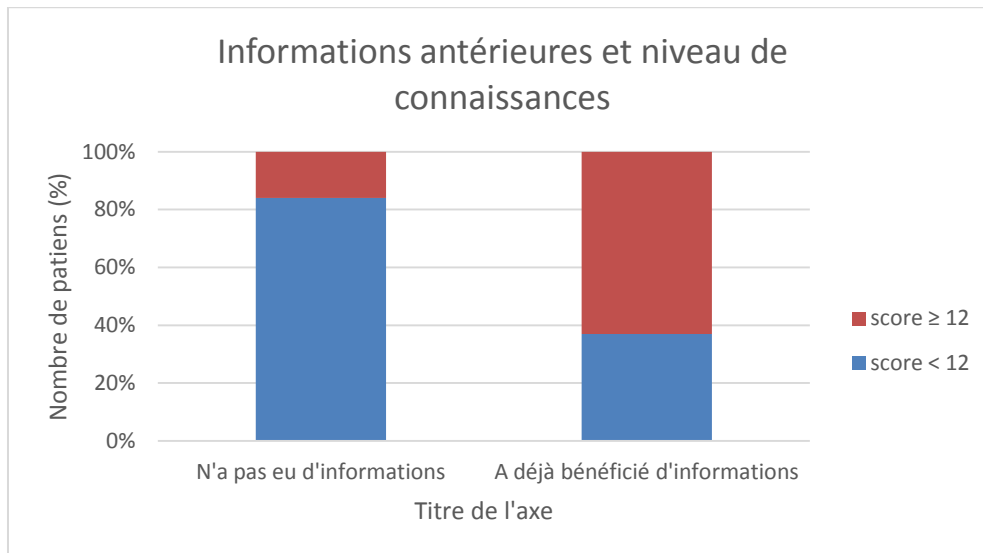


Figure 12 : bénéfice d'une information antérieure sur le niveau de connaissances

On leur a demandé par la suite s'ils souhaitaient un complément d'information lors de leur passage aux urgences.

50 patients (65%) ont répondu « oui » et 26 (34%) ont répondu « non ». 1 patient n'a pas répondu.

Sur les 57 patients (74%) n'ayant jamais eu d'informations, 16 (28%) ne souhaitaient quand même pas en avoir lors de leur passage aux urgences.

Parmi les 50 patients souhaitant un complément d'information, 38 patients soit 76% le préfèrent sous forme de brochure, contre seulement 8 patients soit 16% le préférant sous forme de consultation avec un professionnel de santé.

3. DISCUSSION

3.1 Validité de l'étude

3.1.1 Les forces de l'étude

Peu d'études de ce type concernant le VHB ont été réalisées. Nous nous sommes approchés au plus près des populations exposées aux risques de contracter cette maladie.

Le questionnaire était standardisé selon un protocole bien défini. Il a été difficile d'établir des critères objectifs d'évaluation pour estimer le niveau de connaissances des patients.

Pour cela, nous nous sommes inspirés des enquêtes KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) (39) étudiant les connaissances, attitudes, croyances et comportements des patients face au VIH.

La plupart de nos questionnaires étaient complets, ce qui montre qu'ils étaient accessibles à notre population d'étude.

Le fait que notre étude soit observationnelle est un atout. En effet, elle ne nécessite pas d'échantillon de grande taille, elle est peu coûteuse et des résultats sont faciles à obtenir.

Même si les AEV sexuels aux urgences sont peu nombreux, ils concernent une population jeune avec une maladie potentiellement grave, pouvant impliquer un coût important étant donné que l'hépatite B peut devenir une maladie chronique.

Elle nous a permis de mettre en avant le peu d'intérêt des patients concernant le VHB, ce qui a un intérêt pour les campagnes de prévention.

Il serait possible de poursuivre notre étude à plus grande échelle et multicentrique, ainsi que de réaliser d'autres études sur par exemple le suivi des patients post AES aux urgences (nombre de contaminations par exemple, observance du TPE...)

3.1.2 Les limites et les biais de l'étude

Malgré une période de recrutement assez longue sur 10 mois, le nombre de patients inclus est peu élevé, la puissance statistique de notre étude reste donc faible. En effet, sur les 126 patients ayant consulté durant notre période d'inclusion, 62% ont été inclus. Cela peut s'expliquer par le fait que les équipes ne soient pas les mêmes la nuit et les week-ends. Le poste en journée tourne avec les trois mêmes aides-soignants, la nuit ils sont tous différents. De plus les externes et les internes de garde ne sont pas toujours en stage aux urgences et ne sont pas au courant des études en cours.

Nos résultats ne peuvent pas être généralisés à la population générale.

De plus le fait que notre étude soit basée sur le volontariat implique un biais de sélection.

Enfin, un questionnaire à choix multiples ne peut écarter une certaine part du hasard dans les réponses, en effet la majorité des patients déclarent ne jamais avoir eu d'informations

concernant l'hépatite B auparavant, mais proposent quand même des réponses aux questions.

3.2 Population étudiée

Dans notre population étudiée, il y a deux tiers d'hommes et un tiers de femmes. Il semblerait que les hommes consultent plus que les femmes. L'enquête Labo Hep réalisée en 2013 montrait qu'il y avait plus d'hommes confirmés Ag HBs positifs, et la classe d'âge la plus représentée était celle des 30-40 ans (13).

Les hommes sont-ils plus à risque que les femmes ?

Quand on regarde les résultats d'un peu plus près, quasiment la moitié (43%) des hommes consulte pour des rapports homosexuels.

Il y a donc environ un tiers d'AEV hétérosexuels masculins, un tiers d'AEV hétérosexuels féminins et un tiers d'AEV homosexuels. Les femmes ne consultent donc pas moins que les hommes hétérosexuels, cependant les hommes en général sont plus à risque de part la population homosexuelle.

Il faut donc sensibiliser davantage la population masculine notamment homosexuelle aux risques encourus.

De plus aucune femme n'a consulté pour des rapports homosexuels, peut-on penser que les femmes hétérosexuelles prennent plus de risques que les autres ? Ou que les femmes homosexuelles se sentent moins concernées ou moins en danger ?

La majorité de nos patients ont entre 18 et 30 ans, il semble que ce soit la population la plus à risque. Cependant nos résultats montrent que ce sont ceux qui se protègent le plus. En effet 60% d'entre eux utilisent un préservatif. Sont-ils plus conscients des risques encourus ? Les résultats de notre étude tendent à prouver que non. En effet, ils n'ont pas de meilleures connaissances que les autres.

L'enquête KABP réalisée en 2010 montre que les jeunes de cette tranche d'âge perçoivent le préservatif comme moins efficace qu'avant pour se protéger du VIH (39).

Serait-ce pour cela qu'ils prennent plus de risques qu'avant ? Le VIH ayant été très médiatisé, les autres IST ont-elles été sous-estimées ?

La tendance actuelle en France montrerait un moindre intérêt concernant le VIH. En effet, il ne serait plus l'enjeu principal des moyens de prévention.

Un autre point important à souligner : 46% des patients de notre population d'étude ont déjà eu un rapport à risque. Parmi eux seulement 20% avaient bénéficié d'informations antérieures.

Il serait donc intéressant de sensibiliser tous les patients venant la première fois pour un AEV sexuel, aux risques encourus afin de limiter les récives.

Néanmoins, notre étude ne nous dit pas si les patients ayant des antécédents d'AEV avaient consulté initialement.

3.3 Score de connaissances

Seulement un quart de notre population d'étude, a obtenu un score de connaissances supérieur ou égal à 12. On observe un manque de connaissance certain chez nos patients.

Une étude américaine réalisée en 2005 chez 96 adolescents et jeunes adultes par Slonim et al. (40) va dans ce sens. Elle étudie au moyen d'entretiens individuels leurs connaissances sur l'hépatite B.

Elle montre qu'ils savent très peu de choses sur l'hépatite B en elle-même, ou sa vaccination ; et la plupart se livrent, à des comportements à risques, notamment sexuels. De plus, ils ne se considèrent pas particulièrement à risque de contracter le virus. Cette étude appelait déjà à mettre en place des efforts éducatifs importants.

Nous allons maintenant discuter les résultats aux différentes questions du score de connaissances.

3.3.1 Question sur l'efficacité du vaccin contre l'hépatite B

Nous remarquons qu'un quart de notre population ne pense toujours pas qu'il existe un vaccin efficace.

Nous pouvons penser que la polémique contre le vaccin de l'hépatite B en est en partie la cause. En effet, de part l'impact croissant des médias dans cette affaire, le ministre de la santé avait même demandé en 1998 de suspendre la vaccination contre le VHB par les médecins scolaires.

Depuis, les études ont prouvées qu'il n'y avait pas de lien entre la vaccination et les maladies démyélinisantes (26).

Une thèse de médecine réalisée en 2014 concernant l'opinion et les pratiques des médecins généralistes du Cher, concernant la vaccination et le dépistage de l'hépatite B, montre que 45% des médecins ne connaissaient pas ou sous-estimaient le nombre de porteurs chroniques du VHB en France. (41).

Des réticences de la part des patients concernant le vaccin étaient retrouvées dans 93% des cas, ce que 59% des médecins trouvaient difficile à vaincre.

Il est donc important d'améliorer l'information des patients à ce niveau.

Il serait intéressant de renforcer la prévention dans les cabinets de médecine générale, auprès des patients eux-mêmes mais aussi des parents, afin de bannir les a priori qu'ils peuvent encore avoir par rapport au vaccin.

3.3.2 Question sur la maladie la plus sexuellement transmissible

Nous remarquons que plus de la moitié de notre population pense encore que le VIH est le plus contaminant.

La contagiosité du VHB reste sous-estimée. Dans une population où quasiment la moitié des patients ne sont pas vaccinés ou ne connaissent pas leur statut vaccinal, il semble important d'améliorer leurs connaissances à ce sujet.

Il serait intéressant de renforcer les campagnes de préventions et d'informations sur ce point, notamment dans les collèges et lycées, car c'est à cette période que les jeunes commencent leur sexualité.

3.3.3 Question sur la microbiologie

Quasiment les trois quarts de notre population savent que l'infection par l'hépatite B est causée par un virus.

Cette notion est donc bien acquise dans notre population d'étude.

Bien que ce soit une question de culture générale, cette information n'est pas très importante à connaître pour limiter les conduites à risques.

3.3.4 Questions sur la transmission

Globalement, la plupart de nos patients savent que le VHB se transmet par le sang, mais seulement 25% ont eu la totalité des points.

La transmission mère-enfant semble moins bien connue.

Une étude visant à étudier les connaissances des adolescents suivis en ville, sur l'hépatite B montre que les pourcentages de réponse correcte sont comparables avec la nôtre (42).

Elle montre aussi que la transmission par voie sexuelle reste sous-estimée chez cette population alors qu'elle y est le principal mode de contamination.

Dans notre questionnaire d'étude, nous n'avons pas cité ce mode de transmission pensant que le résultat serait biaisé par le motif de consultation.

A contrario la majorité de nos patients est consciente des risques de transmission, si le garçon se retire avant éjaculation, s'il y a sodomie sans préservatif ou si la personne est vierge. Ils sont également conscients du fait que la prise d'une contraception orale n'empêche pas le risque de transmission.

3.3.5 Question sur le dépistage

Quasiment les trois quarts de notre population savent qu'un mineur peut se faire dépister sans autorisation parentale.

Il semble donc que l'information soit acquise dans notre échantillon. Néanmoins aucun mineur n'a été inclus dans notre étude, on ne peut donc pas savoir si la population concernée sait qu'elle peut se faire dépister.

3.3.6 Questions sur les complications

Seulement un tiers des patients pensent que l'infection par le VHB peut conduire au décès. Et un tiers seulement la considèrent comme mortelle, ce qui est concordant avec la question précédente.

Ce résultat souligne la sous-estimation importante du risque que représente l'hépatite B. Les deux tiers restants ne sont pas conscients qu'elle peut être mortelle, mais la plupart la considère comme grave ou très grave.

La majorité fait le lien entre le VHB et une « maladie du foie », qui est la principale complication.

3.3.7 Question sur la différence entre patient sain et atteint

La majorité de nos patients sait qu'on ne pas savoir si son partenaire est infecté simplement en le regardant.

On peut donc penser qu'ils auront tendance à se protéger, ne connaissant pas le statut sérologique de leur partenaire.

Seulement, encore faudrait-il qu'ils soient conscients des risques de contracter la maladie par voie sexuelle, et qu'ils la considèrent comme une maladie grave en l'absence d'une vaccination efficace. Notre étude tend malheureusement à prouver le contraire.

3.4 Le VHB moins bien connu que le VIH ?

L'enquête KABP réalisée en 2010 montre que les français ont de bonnes connaissances concernant le VIH. Par exemple 99% savent qu'il peut se transmettre « lors de rapports sexuels sans préservatif ». Ils maîtrisent bien les modes de transmission et de protection du VIH (39).

Plus ils sont diplômés, meilleur est leur niveau de connaissances, ce que nous retrouvons également dans notre étude.

En effet, les patients ayant un Bac+2 sont ceux qui ont un meilleur niveau de connaissance sur l'hépatite B.

Nous pouvons penser par notre présente étude, qu'il existe une différence, entre les connaissances concernant le VIH et le VHB dans la population générale.

Le VIH à l'époque, a suscité la crainte dans la population générale de par l'effet médiatique, et les campagnes de prévention et d'informations le concernant ont eu un impact sur la population générale.

L'effet médiatique concernant la vaccination contre le VHB a initialement ralenti les campagnes de prévention et de vaccination, ce qui pourrait expliquer la différence que l'on note entre les deux.

3.5 Prévalence de l'utilisation du préservatif

Quasiment la moitié de nos patients n'en utilise pas, ce qui très préoccupant.

L'enquête KABP de 2010 tend à prouver que le préservatif est moins utilisé qu'avant (39). Même si un peu moins de la moitié de nos patients ne l'utilisent pas, notre étude montre que les jeunes entre 18 et 30 ans sont ceux qui se protègent le plus. Chez cette population la plus à risque, il est donc important d'encourager ce comportement.

Si le niveau d'étude influe sur les connaissances des patients concernant l'hépatite B, il ne semble pas influencer sur le port du préservatif, ce qui est inquiétant également.

De plus, les patients ayant un bon score de connaissances n'utilisent pas plus le préservatif que les autres.

Malgré les connaissances sur le sujet, les patients se sentiraient-ils non concernés par les risques encourus ?

Considèrent-ils le préservatif comme peu fiable et ne s'embarrassent-ils pas à le mettre pour cette raison ?

Il est également important de souligner que moins de la moitié des patients homosexuels mettent un préservatif, alors que c'est la population la plus à risque de contamination.

Il est nécessaire de renforcer l'utilisation du préservatif auprès de cette population.

Dans notre étude, aucune femme homosexuelle n'a consulté.

Pourtant le risque de transmission ne serait pas nul. En effet, dans de rares cas le VIH peut se transmettre lors d'un rapport oro-génital ou lors de l'utilisation de sextoys sans préservatif, les risques étant plus grands en période de règles (43).

Si le risque de contamination par le VIH dans ce contexte existe, il en est de même pour le VHB. Comment sensibiliser ces femmes si elles ne viennent pas consulter ?

Un autre point à soulever : la moitié de notre population ne se protège pas, alors que ce n'est pas leur premier rapport à risque, ce qui paraît assez alarmant.

Cependant, nous ne savons pas s'ils avaient déjà consulté lors de leur précédent AEV sexuel. En revanche la majorité d'entre eux, soit 80%, déclare n'avoir jamais eu d'informations.

D'après nos résultats, il semble important de revaloriser l'utilisation du préservatif, mettre en avant son effet protecteur et indispensable contre la transmission du virus.

3.6 Statut vaccinal

Il est à noter que les patients vaccinés, ont un meilleur score de connaissances.

Presque la moitié des patients n'est pas vaccinée. Pour la plupart, on ne leur aurait jamais proposé.

Il apparaît donc impératif, en France, d'améliorer l'application des recommandations vaccinales, non seulement la vaccination des nourrissons et des préadolescents, mais aussi la vaccination des personnes avec un risque accru de contracter l'hépatite B (16).

Une amélioration de la couverture vaccinale des nourrissons contre l'hépatite B devrait pouvoir être observée dans un avenir proche. Elle semble s'être amorcée en 2007, puisque leur couverture a été évaluée à 42% (contre 29% à 35% au cours des deux années antérieures); de plus, le remboursement du vaccin hexavalent intervenu en mars 2008 devrait en permettre une amélioration importante (16). Les données de remboursement des vaccins ont permis d'estimer que 60% des enfants nés en 2008 ont reçu au moins une dose de vaccin hexavalent avant l'âge de 6 mois.

Il apparaît d'après notre étude, qu'une campagne de sensibilisation auprès des médecins généralistes s'impose.

Par ailleurs, il est nécessaire que la population générale ait une meilleure connaissance de son statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B.

En effet, un cinquième de notre population ne connaît pas son statut vaccinal. La vaccination multiple pourrait être une des raisons.

Le carnet de santé en ligne : mesvaccins.net pourrait être une solution. Encore faut-il sensibiliser les médecins généralistes à l'utiliser.

3.7 Renforcer les campagnes d'informations et améliorer la prévention

Les patients ayant déjà bénéficié d'informations sur l'hépatite B ont un meilleur score de connaissances que les autres : l'information à ce sujet paraît donc utile.

Il est par conséquent important de multiplier les campagnes de prévention et d'information en ce sens.

Cependant, dans notre étude, il semble qu'il y ait « un rejet » des patients face à l'information. En effet, un tiers de notre population ne souhaite pas en avoir lors de leur passage aux urgences.

Il est curieux de noter que parmi les patients qui n'avaient jamais eu d'informations concernant l'hépatite B, avant cette consultation (c'est-à-dire les trois quarts de notre population), plus d'un quart n'en veulent pas malgré tout.

Serait-ce parce qu'ils ne sont pas conscients des risques, et donc ne se sentent pas concernés ?

Parmi les patients souhaitant un complément d'information (ce qui correspond à la majorité de notre population : les deux tiers), il apparaît que la majorité ne souhaite pas avoir d'information directement par l'équipe médicale ou paramédicale, mais plutôt sous forme de brochure.

Cela est-il dû au fait que le sujet soit gênant à aborder ?

Dans ce contexte, il serait donc intéressant de mettre au point une brochure dans nos services d'urgences, à disposition des patients consultant pour un AEV sexuel, afin qu'ils puissent bénéficier d'informations sur l'hépatite B.

Il pourrait être également intéressant de mettre des brochures d'information dans les cabinets de médecine de ville et dans les collèges et lycées, afin de sensibiliser la population générale, et d'éviter au maximum un premier AEV sexuel.

Conclusion

Le but de notre étude était d'évaluer le niveau de connaissances des patients se présentant aux urgences pour un AEV sexuel.

Le nombre de patients ayant un bon niveau de connaissances reste trop faible (environ un quart de notre population), son risque est sous-évalué, notamment par rapport au VIH.

L'utilisation du préservatif est loin d'être systématique, alors que la transmission par voie sexuelle est le principal mode de transmission de l'hépatite B.

Notre étude montre que la population interrogée semble bien connaître la gravité du VHB mais sous-estime dangereusement la voie de contamination sexuelle.

De plus, la couverture vaccinale est insuffisante : moins de la moitié se disent vaccinés.

Des études menées dans de nombreux pays à forte endémie ont montré une diminution spectaculaire des prévalences des porteurs de l'Ag HBs après les campagnes de vaccination (44).

Il semble donc primordial de renforcer les campagnes d'information, de prévention et de vaccination à ce sujet.

Paradoxalement, les personnes consultées ne souhaitent pas d'informations personnalisées sur les risques que représente l'hépatite B après AEV.

Les sujets de cette étude seraient en revanche sensibles à la prise d'information par le biais d'une brochure.

Nous pensons donc mettre au point dans notre service d'urgences, une brochure qui sera remise aux patients se présentant pour un AEV sexuel, afin de leur offrir une information sur le risque que représente le VHB, l'importance de l'utilisation du préservatif, ainsi que le bénéfice considérable que représente le vaccin contre cette maladie.

Bibliographie

1. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Lond Engl.* 10 janv 2015;385(9963):117-71.
2. INPES, Institut National de Prévention et D'éducation pour la Santé. L'hépatite B [Internet]. [cité 6 juill 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/hepatites/hepatite-B.asp>
3. OMS, Organisation mondiale de la Santé. Hépatite B : prévalence [Internet]. [cité 6 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr/>
4. Lavnay O, Floret D. Vaccination against hepatitis B : what's up? *Rev Prat.* sept 2015;65(7):953-61.
5. Masson E. Vaccination des nourrissons contre l'hépatite B : connaissances, opinions et pratiques des médecins généralistes de l'Est parisien en 2009 [Internet]. EM-Consulte. [cité 26 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/690645/alertePM>
6. ECN.PILLY Maladies infectieuses et tropicales. 25 ème édition 2016 ; 319-22 [Internet]. [cité 18 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecnpilly/ecnpilly2016-ue11-362-web.pdf>
7. Brouard C, Gautier A, Saboni L, Jestin C, Semaille C, Beltzer N. Hepatitis B knowledge, perceptions and practices in the French general population: the room for improvement. *BMC Public Health.* 2013;13:576.
8. Casolino E, Choquet C, Fadel S. Prise en charge chez l'adulte des AEV dans les services d'urgences. *SFMU.* 2011;463-75.
9. Antona D. L'hépatite B aiguë en France : aspects épidémiologiques. *Hépatogastro Oncol Dig.* 1 janv 2006;13(1):51-61.
10. Ouzan D. Quantification de l'antigène HBs : un témoin du statut du patient et de la réponse au traitement [Internet]. FMC-HGE. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: <http://www.fmcgastro.org/textes-postus/postu-2014/quantification-de-lantigene-hbs-un-temoin-du-statut-du-patient-et-de-la-reponse-au-traitement/>
11. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson J-M, et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol.* avr 2010;82(4):546-55.

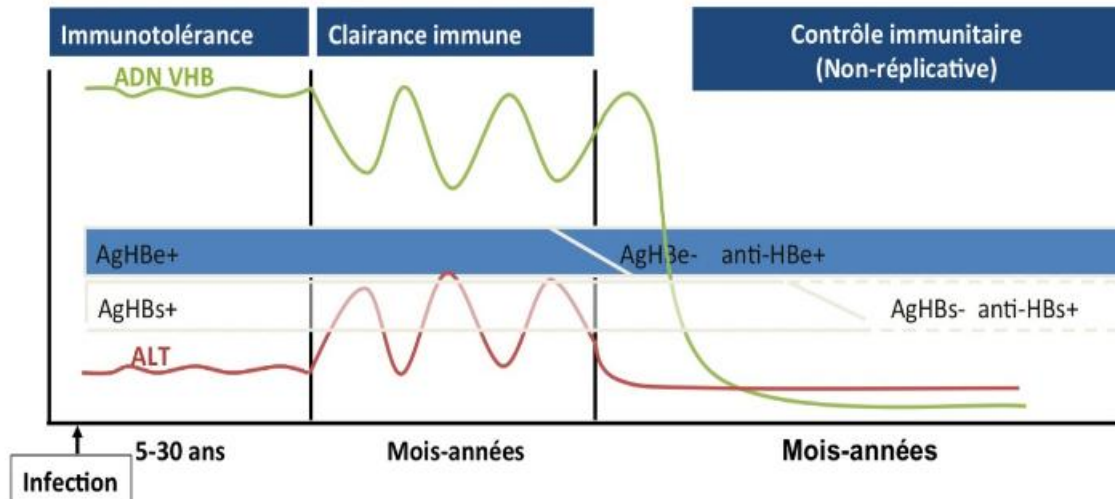
12. INVS, Institut de Veille Sanitaire. Indicateurs régionaux de dépistage et de prévalence des hépatites B et C / 2014 [Internet]. [cité 12 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2014/Indicateurs-regionaux-de-depistage-et-de-prevalence-des-hepatites-B-et-C>
13. Pioche C, Léon L, Larsen C, Lot F, Pillonel J, Brouard C. Dépistage des hépatites B et C en France en 2013, enquête LaboHep. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(26-27):478-84.
14. INSERM, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Hépatite B, une mortalité accrue en raison des complications [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/hepatite-b-une-mortalite-accrue-en-raison-des-complications>
15. Montuclard C, Hamza S, Rollot F, Evrard P, Faivre J, Hillon P, et al. Causes of death in people with chronic HBV infection: A population-based cohort study. J Hepatol. juin 2015;62(6):1265-71.
16. Antona D. L'infection par le virus de l'hépatite B : une maladie sexuellement transmissible. BEH Bull Épidémiologique Hebd. juill 2011;(N°26-27-28):307-10.
17. Van Houdt R, Bruisten SM, Koedijk FDH, Dukers NHTM, Op de Coul ELM, Mostert MC, et al. Molecular epidemiology of acute hepatitis B in the Netherlands in 2004: nationwide survey. J Med Virol. juill 2007;79(7):895-901.
18. EASL Jury. Proceedings of the European Association for the Study of the Liver (EASL) International Consensus Conference on Hepatitis B. September 14-16, 2002. Geneva, Switzerland. J Hepatol. 2003;39 Suppl 1:S1-235.
19. Ichaï P, Saliba F. Hépatite fulminante et sub-fulminante : étiologie et traitement. Presse Médicale. sept 2009;38(9):1290-8.
20. HAS, Haute Autorité de Santé. Hépatite chronique B 2006. [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-007_hepatite_b_internet_sans_liste.pdf
21. Collège des Universitaires en Hépatogastroentérologie (CDU-HGE). Hépatites virales. sept 2015;(chapitre2):5-7.
22. Brouard C, Pioche C, Léon L, Lot F, Pillonel J. Incidence et modes de transmission de l'hépatite B aiguë diagnostiquée en France, 2012-2014. BEH Bull Épidémiologique Hebd. 2016;(13-14):237-43.
23. Reinert P, Fiquet A, Thomas S, Schuyleman A, Watson M, HEXALIS Study Group. Fever as a marker of reactogenicity of an acellular pertussis-containing hexavalent vaccine (HEXAVAC) in a large-scale, open, randomized safety study in healthy French infants. Hum Vaccin. oct 2006;2(5):215-21.

24. Tichmann-Schumann I, Soemantri P, Behre U, Disselhoff J, Mahler H, Maechler G, et al. Immunogenicity and reactogenicity of four doses of diphtheria-tetanus-three-component acellular pertussis-hepatitis B-inactivated polio virus-Haemophilus influenzae type b vaccine coadministered with 7-valent pneumococcal conjugate Vaccine. *Pediatr Infect Dis J.* janv 2005;24(1):70-7.
25. Koeck J.L. Vaccination contre l'hépatite B : retour sur la polémique. [Internet]. mes vaccins.net. 2014 [cité 25 août 2016]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/5096-vaccination-contre-l-hepatite-b-retour-sur-la-polemique>
26. Langer-Gould A, Qian L, Tartof SY, Brara SM, Jacobsen SJ, Beaber BE, et al. Vaccines and the risk of multiple sclerosis and other central nervous system demyelinating diseases. *JAMA Neurol.* déc 2014;71(12):1506-13.
27. Le Monde. Non-lieu dans l'enquête sur le vaccin contre l'hépatite B [Internet]. 2016 [cité 18 juill 2016]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2016/03/14/non-lieu-dans-l-enquete-sur-le-vaccin-contre-l-hepatite-b_4882671_1651302.html
28. Tissot F, Erard V, Dang T, Cavassini M. Nonoccupational HIV post-exposure prophylaxis: a 10-year retrospective analysis. *HIV Med.* 1 oct 2010;11(9):584-92.
29. Rapport « Morlat » 2013. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. [Internet]. [cité 5 juill 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf
30. Pavie J, Rachline A, Loze B, Niedbalski L, Delaugerre C, Laforgerie E, et al. Sensitivity of five rapid HIV tests on oral fluid or finger-stick whole blood: a real-time comparison in a healthcare setting. *PLoS One.* 2010;5(7):e11581.
31. Lee C, Gong Y, Brok J, Boxall EH, Gluud C. Effect of hepatitis B immunisation in newborn infants of mothers positive for hepatitis B surface antigen: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 11 févr 2006;332(7537):328-36.
32. Gatanaga H, Hayashida T, Tanuma J, Oka S. Prophylactic effect of antiretroviral therapy on hepatitis B virus infection. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* juin 2013;56(12):1812-9.
33. Prise en charge d'un Accident d'Exposition au risque Viral - protocole AEV document final site internet mise à jour le 20 04 2012.pdf [Internet]. [cité 31 août 2016]. Disponible sur: <http://www.corevih-haute-normandie.fr/medias/File/commission%20de%20travail/documents%20information/protocole%20AEV%20document%20final%20site%20internet%20mise%20%C3%A0%20jour%20le%2020%2004%202012.pdf>
34. European Association for Study of Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol.* févr 2014;60(2):392-420.

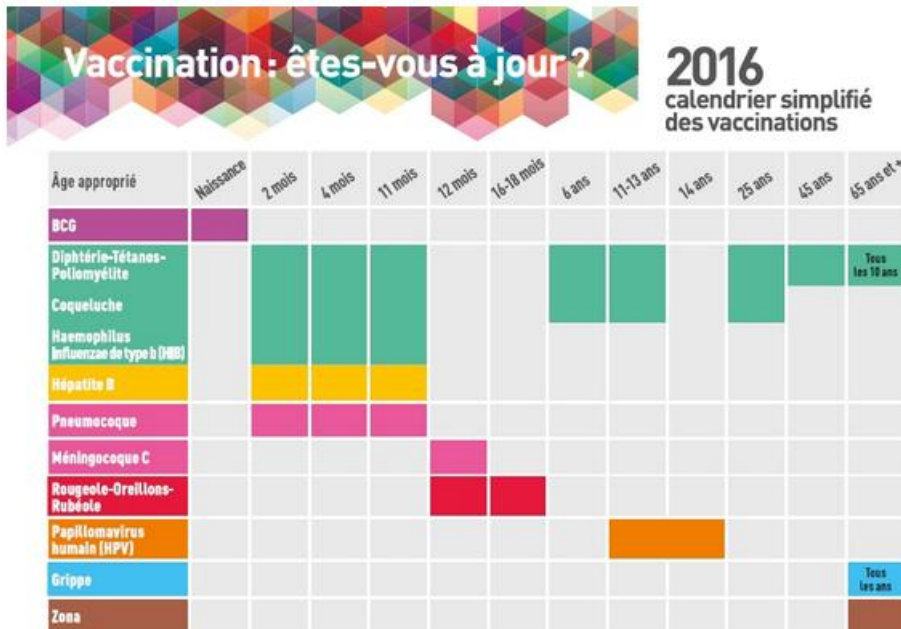
35. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Neisseria gonorrhoeae* with reduced susceptibility to azithromycin--San Diego County, California, 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 13 mai 2011;60(18):579-81.
36. Rey D, Bouhnik A-D, Peretti-Watel P, Obadia Y, Spire B, VESPA Study Group. Awareness of non-occupational HIV postexposure prophylaxis among French people living with HIV: the need for better targeting. *AIDS Lond Engl.* janv 2007;21 Suppl 1:S71-76.
37. Roedling S, Reeves I, Copas AJ, Beattie A, Edwards SG, Fisher M, et al. Changes in the provision of post-exposure prophylaxis for HIV after sexual exposure following introduction of guidelines and publicity campaigns. *Int J STD AIDS.* avr 2008;19(4):241-2.
38. De Silva S, Miller RF, Walsh J. Lack of awareness of HIV post-exposure prophylaxis among HIV-infected and uninfected men attending an inner London clinic. *Int J STD AIDS.* sept 2006;17(9):629-30.
39. Les enquêtes KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices): Les Français et le VIH/sida en 2010. [Internet]. [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: <http://vih.org/20111130/kabp-francais-et-vihsida-en-2010/57779>
40. Slonim AB, Roberto AJ, Downing CR, Adams IF, Fasano NJ, Davis-Satterla L, et al. Adolescents' knowledge, beliefs, and behaviors regarding hepatitis B: Insights and implications for programs targeting vaccine-preventable diseases. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* mars 2005;36(3):178-86.
41. Lanaud A. Opinions et pratiques des médecins généralistes du Cher concernant la vaccination et le dépistage de l'hépatite B. [Thèse de Médecine]. Tours; 2014.
42. Lejay E. Evaluation des connaissances d'adolescents suivis en médecine générale sur l'hépatite B. [Thèse de Médecine]. [Créteil]: Paris-Est; 2011.
43. Sida Info Service. Cas rare de transmission du VIH entre 2 femmes. [Internet]. 2014 [cité 26 sept 2016]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/?Cas-rare-de-transmission-du-VIH>
44. Alter MJ. Epidemiology of hepatitis B in Europe and worldwide. *J Hepatol.* 2003;39 Suppl 1:S64-69.
45. Yim HJ, Lok AS-F. Natural history of chronic hepatitis B virus infection: what we knew in 1981 and what we know in 2005. *Hepatol Baltim Md.* févr 2006;43(2 Suppl 1):S173-181.

Annexes

Annexe 1 : Phases de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B (45)



Annexe 2 : Calendrier vaccinal 2016



Annexe 3 : Protocole de service des AEV aux urgences de Pellegrin

DÉFINITION

Tout contact accidentel avec du sang, ou un liquide biologique contaminé par du sang, survenant par effraction cutanée, ou par projection sur une muqueuse, ou une peau lésée.

CONDUITE A TENIR IMMÉDIATE PAR IDE

Noter l'heure de survenue de l'AES :

- supérieur à 48h = orienter le patient vers un CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit = 0557224666) + conseils sur la nécessité d'une contraception mécanique et d'arrêt de don de sang pendant 3 mois.
- inférieur à 48h = orienter le patient vers le secteur des consultations

ÉVALUATION MÉDICALE ET ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE

- Le cas de l'agression sexuelle est particulier et fait l'objet d'un protocole spécifique.
- Recherche du statut sérologique de la personne source :
 - Si le patient source est connu** pour être infecté par le VIH et non traité, le TPE est recommandé, sauf si le risque de transmission est faible.
 - Si le patient source est infecté** par le VIH et s'il est traité avec une charge virale indétectable depuis plusieurs mois, le risque de transmission par voie sanguine et sexuelle est très faible. Cependant, la certitude que la charge virale soit toujours inférieure au seuil de détection le jour de l'accident est une information qui n'est disponible qu'*a posteriori*. Une charge virale est réalisée en urgence au patient source. L'initiation d'un TPE dans l'attente de disposer de cette information est donc légitime.
 - Si le statut sérologie VIH du sujet source n'est pas connu**, il faut, avec son accord (hormis les cas où ce consentement ne peut être exprimé), réaliser une sérologie VIH, si possible avec un test rapide (TROD) pour éventuellement débiter le plus rapidement possible un TPE.
 - Si le statut sérologique du sujet source ne peut être obtenu** et qu'il appartient à un groupe à prévalence élevée pour le VIH, un TPE doit être systématiquement proposé dans les heures qui suivent l'exposition. Sont considérées comme appartenant à un groupe à prévalence élevée les personnes sources ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaires de région à prévalence du VIH >1 %, ou usagers de drogue injectable.

- Décision de Traitement Post Exposition (TPE) en fonction des tableaux ci dessous :

Accidents exposant au sang et au liquide biologique

	Statut VIH de la personne source	Statut VIH de la personne source	Statut VIH de la personne source	Statut VIH de la personne source
Risque et nature de l'exposition	Positif CV détectable	Positif CV indétectable***	Inconnu Groupe a prévalence élevée**	Inconnu Groupe a prévalence faible
Important : – piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Intermédiaire : – coupure avec bistouri – piqûre avec aiguille IM ou SC – piqûre avec aiguille pleine – exposition cutaneomuqueuse avec temps de contact > 15 minutes	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Minime : – piqûres avec seringues abandonnées – crachats, morsures ou griffures autres cas	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivi et traitée, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, les experts considèrent qu'il est légitime de ne pas traiter. Si un TPE était instauré, il pourra être interrompu a 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe a prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région a prévalence du VIH >1 %, ou usager de drogue injectable.

*** CV indétectable : < 50 copies/mL.

1. Expositions chez les usagers de drogues IV

	Statut VIH de la personne source	Statut VIH de la personne source	Statut VIH de la personne source
Risque et nature de l'exposition	positif CV détectable	positif CV indétectable*	inconnu
Important : – partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé
Intermédiaire : – partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* CV indetactable : < 50 copies/mL.

2. Indications de la sérovaccination VHB

	Statut VHB personne source	Statut VHB personne source	Statut VHB personne source
Personne exposée	positif	inconnu Groupe a prévalence élevée*	inconnu Groupe a prévalence faible
EXPOSITION AU SANG			
Non vaccines	Immunoglobulines (Ig) + vaccin	Immunoglobulines (Ig) + vaccin	vaccin
Vaccines non répondeurs	Ig	Ig	rien
EXPOSITION SEXUELLE			
Non-immunisés	Immunoglobulines (Ig) + vaccin	Immunoglobulines (Ig) + vaccin	vaccin

* Groupe a prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VHB > 2 %, ou usager de drogue injectable, ou facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale, IST associée, saignement).

3. Expositions sexuelles

	Statut VIH de la personne source	Statut VIH de la personne source	Statut VIH de la personne source	Statut VIH de la personne source
Risque et nature de l'exposition	Positif CV détectable	Positif CV indétectable*	Inconnu Groupe a prévalence élevée**	Inconnu Groupe a prévalence faible
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, les experts considèrent qu'il est légitime de ne pas traiter. Si un TPE était instauré, il pourra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe a prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région a prévalence du VIH >1 %, ou usager de drogue injectable, ou facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement).

*** Un TPE peut néanmoins être envisagé au cas par cas en présence de facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale ou buccale, IST associée, saignement).

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

1. Patient source

Sérologie HIV 1 et 2, AgP24, test rapide HIV, AgHBs, Ac antiHBs, Ac antiHBc totaux, charge virale VHC

En pratique : prélever 1 tube sec gel jaune + 1 tube EDTA bouchon mauve grand format et cocher "AES patient source J0" sur le bon de virologie

2. Patient exposé

- AES avec décision de TPE:

sérologie VIH 1 et 2, sérologie VHC, AgHBs, Ac anti HBs, Ac antiHBc totaux + NFS +transaminases + créatinine + HCG

En pratique : prélever 1 tube sec gel jaune (+1 si betaHCG) + 1 tube EDTA bouchon mauve petit format + 1 tube vert clair grand format et cocher "AES patient exposé J0" en précisant si vaccination hépatite B ou non sur le bon de virologie

Fournir le kit de TPE avec explications

- AES avec décision de non-TPE :

sérologie VIH 1 et 2, sérologie VHC, AgHBs, Ac anti HBs, Ac antiHBc totaux + transaminases

En pratique : à réaliser en externe

- Exposition sexuelle avec décision de TPE :

sérologie VIH 1 et 2, sérologie VHC, AgHBs, Ac anti HBs, Ac antiHBc totaux + NFS +transaminases + créatinine + HCG + TPHA-VDRL

En pratique : prélever 2 tubes secs gel jaune (+1 si betaHCG) + 1 tube EDTA bouchon mauve petit format + 1 tube vert clair grand format et cocher "AES patient exposé J0" en précisant si vaccination hépatite B ou non sur le bon de virologie (pour le TPHA-VDRL = cocher la case "trepanomatoses syphilis" sur le bon de bactériologie)

Fournir le kit de TPE avec explications

- Exposition sexuelle avec décision de non-TPE:

sérologie VIH 1 et 2, AgHBs, Ac anti HBs, Ac antiHBc totaux + TPHA-VDRL

En pratique : à réaliser en externe

ORIENTATION

Consultation auprès d'un médecin du service de médecine infectieuse du 4ème étage dans les 48-72h

- secretariat 4ème aile 1 : 05 56 79 55 36
- secretariat 4ème aile 3 : 05 56 79 55 23

PRESCRIPTIONS A LA SORTIE DES URGENCES

Accident du travail à remplir si besoin

Conseils sur la nécessité d'une contraception mécanique pendant 3 mois et d'arrêt de don de sang pendant 3 mois.

Information du patient concernant le suivi:

- exposition professionnelle: sérologie VIH à 6 semaines et à 3 mois (sujet non traité) / à 6 semaines, 2 mois et 4 mois (sujet traité)
- exposition sexuelle: sérologie VIH à 6 semaines (sujet non traité) / à 2 mois (sujet traité)

CAS PARTICULIER DE L'AES DU PERSONNEL HOSPITALIER DU CHU

Pendant les heures ouvrables, l'agent hospitalier doit être dirigé vers l'infectiologue référent du 4ème et la médecine du travail.

En dehors des heures ouvrables, les week-end et jours fériés, l'agent hospitalier sera pris en charge par le médecin urgentiste de garde comme un patient extérieur.

BIBLIOGRAPHIE

Rapport Morlat 2013 : Prise en charge des accidents d'exposition au sang et sexuelle chez l'adulte et l'enfant

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la direction du Pr Patrick Yeni

Annexe 4: Indication du TPE en cas d'AEV sexuel

	Statut VIH Personne Source	
	VIH positif	VIH Inconnu
Rapports anaux	Prophylaxie recommandée	<p>Prophylaxie recommandée si :</p> <p>Personne source à risque (homo ou bisexuel, usager de drogue iv, personne appartenant à un groupe avec séroprévalence > 1 %).</p> <p>Situation à risque (prise de substances psychoactives, partenaires sexuels multiples).</p> <p>Rapport homosexuel masculin : quel que soit le résultat du test rapide de la personne source.</p>
Rapports vaginaux	Prophylaxie recommandée	<p>Prophylaxie recommandée uniquement si personne ou situation reconnue à risque (voir ci-dessus)</p>
Fellation	Prophylaxie recommandée	<p>Prophylaxie recommandée uniquement si personne ou situation reconnue à risque (voir ci-dessus)</p>

Annexe 5 : AEV sexuel : suivi biologique du patient exposé au VIH, VHB, VHC

	Exposition sexuelle traitée	Exposition sexuelle non traitée
J0	NFS, ALAT, créatinine Test de grossesse Sérologie VIH Anticorps anti-HBs TPHA, VDRL	Sérologie VIH Anticorps anti-HBs TPHA, VDRL
J15	NFS, ALAT, créatinine	
J30	NFS, ALAT, créatinine TPHA, VDRL Dépistage <i>Chlamydiae</i> et gonocoque	
S6		Sérologie VIH TPHA, VDRL Dépistage <i>Chlamydiae</i> et gonocoque
M2	Sérologie VIH	
M3		Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné
M4	Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné Sérologie VIH	

Etude sur l'Hépatite B.

Profil du patient

1) Sexe :

- Masculin
- Féminin

2) Age :

- 18-30 ans
- 31-44 ans
- 45-54ans
- >54ans

3) Niveau d'étude / Dernier diplôme obtenu :

- Equivalent BEP/CAP
- Baccalauréat
- Bac + 2
- Supérieur à Bac + 2

4) Est ce votre premier rapport à risque?

- Oui
- Non

5) Nature du rapport sexuel :

- Du même sexe
- Du sexe opposé

6) Nature du rapport à l'origine de votre risque d'exposition :

- Rapport vaginal
- Rapport anal
- Rapport « bouche-sexe » : cunnilingus / fellation

7) Utilisez vous un préservatif ?

- Oui
- Non

8) Avez-vous déjà fait une prise de sang, pour savoir si vous aviez l'hépatite B ?

- Oui
- Non

Connaissances du patient sur l'Hépatite B

9) Pensez vous qu'il existe un vaccin efficace contre l'Hépatite B ?

- Oui
- Non

10) Lors d'un rapport sexuel à risque, quelle maladie à t-on le plus de risque d'attraper selon vous (une réponse possible)?

- Le VIH (SIDA)
- L'Hépatite B
- L'Hépatite C

11) L'hépatite B est une maladie dû à :

- Une bactérie
- Un virus
- Un champignon
- Un parasite

12) L'hépatite B peut se transmettre :

- De la mère à l'enfant lors de la grossesse
- Par la salive
- Par le sang
- Par l'urine

13) L'hépatite B NE peut PAS se transmettre :

- Si le garçon se retire avant l'éjaculation
- Si vous pratiquez la sodomie sans préservatif
- Si la fille prend la pilule contraceptive
- Si vous êtes vierge

- Aucune réponse correcte

14) Un mineur peut il faire une prise de sang, pour savoir s'il a l'Hépatite B sans l'autorisation de ses parents ?

- Oui
- Non

15) Lorsqu'on est atteint de l'Hépatite B quelles sont les complications possibles ?

- Aucune
- Cancer du foie
- Cancer du sang
- Maladie du foie
- Décès

16) Vous considérez l'Hépatite B comme :

- Une maladie non grave
- Grave
- Très grave
- Potentiellement mortelle

17) Peut-on, en observant une personne faire facilement la différence entre quelqu'un d'atteint ou non de l'Hépatite B ?

- Oui
- Non

Information préventive

18) Etes vous vacciné contre l'Hépatite B ?

- Oui
- Non

19) Si non, pourquoi ?

- On ne vous l'a jamais proposé
- Parce que vous avez peur d'éventuels effets secondaires
- Vous ne pensez pas que le vaccin soit efficace

20) Avez vous déjà bénéficié d'informations sur l'Hépatite B, de campagnes de prévention ?

- Oui (Où..... / Par qui
- Non

21) Souhaiteriez-vous un complément d'information lors de votre passage aux urgences ?

- Oui :
 - Sous forme d'une consultation avec un professionnel de santé
 - Sous forme écrite par la remise d'une brochure d'information
- Non

Score sur 16 points

Q9 : oui = 2

Q10 : VHB =2

Q11 : virus =1

Q12 : grossesse =1, sang =1

Q13 : aucune =2

Q14 : oui = 1

Q15 : cancer foie = 1 maladie foie = 1, décès = 1

Q16 : mortelle = 2, très grave/grave : 1

Q17 : non = 1