



Numéro thématique ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'HÉPATITE C : ÉTAT DES LIEUX

Éditorial

Quoi de neuf sur l'épidémiologie de l'hépatite C en France en 2003 ?

Où en est le programme de lutte, de dépistage et de prise en charge de l'hépatite C initié en France en 1999 ? Quelle transmission du virus persiste actuellement, quelle en est l'importance et la population la plus touchée ? Les articles de ce numéro thématique du BEH apportent des éléments de réponse.

Deux systèmes de surveillance ont été mis en œuvre en 2000, l'un à partir d'un réseau de laboratoires d'analyse et de biologie médicale (LABM) publics et privés pour suivre l'activité de dépistage et l'autre auprès des pôles de référence hépatite C pour suivre les caractéristiques des patients nouvellement pris en charge. L'activité de dépistage des LABM a augmenté de 10 % de 2000 à 2001 parallèlement à l'incitation au dépistage. Concomitamment, le ratio tests confirmés positifs sur le nombre de tests réalisés baissait, suggérant que l'incitation aurait eu un impact positif sur le dépistage mais que la progression de ce dernier aurait plutôt touché des personnes peu ou pas à risque.

En 2000-2001 les patients nouvellement pris en charge dans 26 des 30 pôles de référence de l'hépatite C avaient une forme évoluée de la maladie (cirrhose ou carcinome hépatocellulaire) dans environ 10 % des cas alors que cette proportion était de 21 % entre 1993 et 1995. En moins de 10 ans, la prise en charge clinique et thérapeutique est donc devenue plus précoce. Le suivi des nouveaux cycles de traitement dans les établissements de santé prenant en charge l'hépatite C chronique indique que le nombre de nouveaux traitements initiés en 2001 était d'environ 10 000 contre environ 8 000 en 1998. Ces 10 000 nouveaux traitements correspondent à environ 2 % du total des personnes infectées en France. En 2000-2001, 34 à 41 % des hépatites C chroniques nouvellement prises en charge ont été découvertes fortuitement et 30 à 34 % l'ont été du fait de symptômes indiquant ainsi que la précocité du dépistage peut probablement encore être améliorée. Enfin, parmi les patients atteints d'hépatite C chronique nouvellement pris en charge, ceux pour lesquels aucun facteur de risque n'est documenté représentent 10 à 14 % de l'ensemble, tandis que la littérature rapportait auparavant une proportion de l'ordre de 30 à 40 %.

Au sein d'une cohorte d'usagers de drogue injecteurs (UDI) du Nord et de l'Est de la France, l'incidence de l'infection par le VHC était de 10 pour cent personne-années et nulle pour le VIH [1]. On estime ainsi que 2 700 à 4 400 nouveaux UDI se contaminent par le VHC chaque année en France. La prévalence de l'infection par le VHC reste donc toujours très élevée chez les UDI (73 %) et l'importance de ce réservoir d'infection chronique continue d'alimenter la transmission au travers du partage même réduit du matériel d'injection et du fait du rôle important joué par le partage du matériel de préparation, le coton en particulier [1]. Par ailleurs, la co-infection par le VHC étant de 87 % chez les UDI infectés par le VIH, c'est chez ceux-ci que l'on voit survenir le plus de complications hépatiques graves. Alors qu'elle a eu un impact positif pour le VIH, la politique de réduction des risques chez les UDI est en échec pour l'infection par le VHC. La

maîtrise du risque lié au matériel de préparation doit donc être mieux prise en compte, des stratégies de prévention du passage à l'injection de drogue doivent être envisagées.

La transmission du VHC lors des soins est maintenant bien établie. Le signalement des infections nosocomiales a permis de détecter plusieurs de ces épisodes lors des derniers 18 mois, dont un particulièrement dramatique dans une unité d'hémodialyse à Béziers. Pour la quasi-totalité de ces épisodes de transmission iatrogène, des insuffisances voire des négligences dans l'application des règles d'hygiène, tel que le partage de flacons multidoses ou le non respect des précautions standards ont été mises en cause, indiquant que ces épisodes étaient et sont tout-à-fait évitables.

Pour autant toutes les questions qui se posent ne sont pas complètement élucidées. Celles-ci portent, notamment, sur la proportion des sujets infectés par le VHC qui ne connaissent pas leur statut, les barrières au dépistage et à la prise en charge, la persistance de certains modes de transmission iatrogène, le devenir de l'épidémie chez les UDI... Les efforts de dépistage, de prise en charge, de prévention, de surveillance et de recherche en santé publique doivent donc continuer.

Jean-Claude Desenclos
Département maladies infectieuses,
Institut de veille sanitaire

SOMMAIRE

Editorial	p. 85
<i>Données de surveillance</i>	
Surveillance de l'activité de dépistage et contrôle de dépistage de l'hépatite C au sein du réseau de laboratoires Rena-VHC, France 2000-2001	p. 86
Surveillance de l'hépatite C à l'échelon national à partir des pôles de référence volontaires, 2000-2001	p. 90
Les nouveaux cycles de traitement pour hépatite C chronique dans les établissements de santé, France, 1999-2001	p. 94
<i>L'hépatite C chez les usagers de drogue</i>	
Epidémiologie du VIH chez les usagers de drogue, France, 1993-2002	p. 97
<i>Transmission de l'hépatite C lors des soins</i>	
Signalement des infections nosocomiales dues au virus de l'hépatite C, France, 1^{er} août 2001-31 décembre 2002	p. 100
Transmission du virus de l'hépatite C potentiellement liée au partage d'un flacon multidoses d'un analgésique central, Eure, 2001	p. 102
Investigation de 22 cas de contamination par le virus de l'hépatite C dans un centre d'hémodialyse, Béziers, 2001-2002	p. 104

[1] Lucidarme D, Bruandet A, Illeff D et al. Etude prospective multicentrique de l'incidence de l'hépatite C dans un groupe de toxicomanes du Nord-Est de la France. Journées francophones de pathologie digestives, Avril 2003