

VHC

Surveillance continue du virus de l'hépatite C dans les centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'examens de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Dans le cadre du Programme régional de santé publique « Agir contre l'hépatite C » en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, un système de surveillance continue des sérologies du virus de l'hépatite C (VHC) a été mis en œuvre en 2004 dans cette région auprès des Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des Centres d'examens de santé (CES) afin de suivre l'évolution de l'épidémie et l'impact global des actions de prévention. Ce dispositif vise aussi à renseigner les modes de contamination et à caractériser la population infectée par le VHC. Ce bulletin présente une synthèse des données recueillies sur la période 2004-2007.

Tableau 1
Répartition des consultants testés et des consultants ayant une sérologie VHC positive selon la structure, 2004-2006 (n = 27 246)⁽¹⁾ et 2007 (n = 9 174)⁽¹⁾

Dép. Structures	Nombre de consultants testés		Nombre de consultants VHC*	
	2004-2006	2007	2004-2006	2007
CDAG des Conseils généraux				
04 Digne-les-Bains	552	346	5	5
Manosque	189	95	5	1
Sisteron	24	4	0	0
Barcelonnette*	2	-	0	-
06 Nice	1 044	499	54	24
Antibes*	368	-	6	-
Canne	70	8	5	0
Grasse	62	14	2	0
Menton*	13	-	1	-
Maison d'arrêt de Grasse	542	171	9	6
13 Marseille Arenç	741	293	27	7
Marseille St-Adrien	4 444	1 627	46	11
Marseille Pressensé	1 915	700	56	46
Aix-en-Provence	1 427	465	6	1
Maison d'arrêt des Baumettes	1 206	441	141	35
Maison d'arrêt de Luynes	339	134	13	8
83 Toulon	552	141	17	4
Hyères*	7	-	1	-
84 Avignon*	572	-	4	-
CDAG de centres hospitaliers				
05 Briançon	260	45	1	0
13 Aix-en-Provence*	2 006	-	6	-
Ensemble des CDAG				
	16 335	4 983	405	148
	(60,0 %)⁽²⁾	(54,3 %)⁽²⁾	(65,6 %)⁽³⁾	(72,9 %)⁽³⁾
CES				
06 Nice	9 576	2 556	160	24
13 Marseille*	7	1 312	0	21
83 Toulon	1 270	323	38	10
84 Avignon*	58	-	14	-
Ensemble des CES				
	10 911	4 191	212	55
	(40,0 %)⁽²⁾	(45,7 %)⁽²⁾	(34,4 %)⁽³⁾	(27,1 %)⁽³⁾
Ensemble des structures				
	27 246	9 174	617	203
	(100,0 %)	(100,0 %)	(100,0 %)	(100,0 %)

⁽¹⁾ Nombre de grilles complétées

⁽²⁾ Pourcentage calculé par rapport à l'ensemble des consultants

⁽³⁾ Pourcentage calculé par rapport à l'ensemble des consultants ayant une sérologie VHC positive

* Structures non participantes : CDAG de Barcelonnette (2005, 2006, 2007), CDAG d'Antibes (2006, 2007), CDAG de Menton (2005, 2006, 2007), CDAG de Hyères (2005, 2006, 2007), CDAG d'Avignon (2007), CES de Marseille (2005, 2006), CES d'Avignon (2004, 2005, 2007)

Source : Centres participant au système de surveillance continue de l'hépatite C en PACA, années 2004, 2005, 2006 et 2007 - exploitation ORS PACA



Description de l'échantillon

Au total, 36 968 consultants ont été testés (9 383 en 2004, 9 021 en 2005, 9 116 en 2006 et 9 448 en 2007). La double information « auto-questionnaire (AQ) - grille » était disponible pour 30 345 consultants soit 82,1 % de l'ensemble des consultants testés (84,2 % sur la période 2004-2006 et 76,0 % en 2007). Cette diminution est liée à une baisse du taux de réponses à l'AQ sur la période, le pourcentage de grilles complétées s'étant maintenu (99,0 % en 2004-2006 et 97,1 % en 2007). Quelle que soit l'année observée, la prévalence de sérologies VHC positives ne différait pas significativement entre les consultants ayant complété un AQ et ceux ne l'ayant pas fait.

Sur la période 2004-2006 et en 2007, respectivement, 60,0 % et 54,3 % des consultants ont été testés dans un CDAG (de ville, hospitalier, de maison d'arrêt). Parmi l'ensemble des consultants ayant une sérologie VHC positive, 65,6 % des consultants ont été testés dans un CDAG en 2004-2006 et 72,9 % en 2007 [Tableau 1].

Sur l'ensemble de la période 2004-2007, 44,4 % des consultants ont été testés dans un CDAG de ville, 6,3 % dans un CDAG hospitalier, 7,8 % dans un CDAG de maison d'arrêt et 41,5 % dans un CES. Parmi les consultants testés ayant complété un « AQ - grille », 21,5 % se sont déclarés toxicomanes (tous modes d'usage confondus) sur l'ensemble de la période (21,1 % en 2004-2006 et 22,7 % en 2007 ; $p = 0,01$) ; 2,9 % se sont déclarés usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) en 2004-2006 avec ou sans sniff et 3,1 % en 2007 ($p = 0,3$).

Prévalence du VHC

La séroprévalence du VHC n'a pas significativement varié entre 2004-2006 (2,3 %) et 2007 (2,2 %) [Tableau 2] de même que le taux de sérologies VHC positives nouvellement dépistées (1,3 % sur la période 2004-2006 et 1,4 % en 2007) [Tableau 2]. Lorsque les consultants des CDAG de maison d'arrêt ne sont pas pris en compte, la séroprévalence du VHC diminue à 1,8 % sur la période 2004-2006 ainsi qu'en 2007. Cette diminution est moins marquée pour les taux de sérologies VHC positives nouvellement dépistées (1,2 % sur la période 2004-2006 et 1,3 % en 2007).

L'évolution de la séroprévalence du VHC selon les structures montre une diminution significative dans les CES (1,9 % sur la période 2004-2006 et 1,3 % en 2007 ; $p = 0,01$). Par contre, pour les CDAG de ville, hospitaliers et ceux des maisons d'arrêt, la séroprévalence du VHC n'a pas significativement varié. Les taux de cas nouvellement dépistés ont augmenté significativement dans les CDAG de ville entre la période 2004-2006 et 2007 (1,2 % et 1,7 % respectivement ; $p = 0,02$) et diminué dans les CES (1,4 % et 0,9 % respectivement ; $p = 0,01$). Une variation significative n'a pas été observée pour les CDAG hospitaliers et les CDAG de maison d'arrêt.

Tableau 2
Séroprévalence du VHC et taux de cas nouvellement dépistés chez les consultants testés en 2004-2006 ($n = 27\ 246$)⁽¹⁾ et en 2007 ($n = 9\ 174$)⁽¹⁾

	Nombre de VHC ⁺	Prévalence du VHC ⁺		Nombre de cas nouvellement dépistés	Taux de cas nouvellement dépistés	
		%	IC à 95 %		%	IC à 95 %
2004-2006	617	2,3	2,1 - 2,4	353	1,3	1,2 - 1,4
2007	203	2,2	1,9 - 2,5	130	1,4	1,2 - 1,7
p ⁽²⁾		0,8			0,4	

⁽¹⁾ Nombre de grilles complétées

⁽²⁾ p : résultat du test statistique du χ^2 de la différence entre 2004-2006 et 2007

Modes de contamination

Sur l'ensemble de la période, une contamination présumée par UDVI a été notée par les médecins pour 43,9 % des consultants ayant une sérologie VHC positive. Cette proportion a varié de façon significative ($p = 0,02$) au cours de la période (46,2 % en 2004-2006 et 36,9 % en 2007). Le second mode de contamination présumé était la consommation de drogue par voie nasale (16,8 %). Les autres modes de contamination ont été relevés moins fréquemment : transfusion sanguine avant 1991 (7,3 %), piercing et tatouage réalisés sans matériel à usage unique (6,5 %), relations sexuelles avec une personne infectée (2,9 %).

Tableau 3
Séroprévalence du VHC chez les toxicomanes testés - selon le mode d'usage - et les non toxicomanes de 2004 à 2007 ($n = 30\ 312$)⁽¹⁾

Mode d'usage	2004-2006		2007		p ⁽⁴⁾
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	
Total UDVI : avec ou sans sniff	43,1	39,4 - 46,9 ($n = 668$)	31,1	25,1 - 37,2 ($n = 225$)	0,001
UDVI actifs ⁽²⁾ avec ou sans sniff	37,9	31,6 - 44,2 ($n = 227$)	30,8	19,6 - 42,0 ($n = 65$)	0,3
UDVI inactifs ⁽³⁾ avec ou sans sniff	45,8	41,6 - 50,5 ($n = 441$)	31,3	24,1 - 38,4 ($n = 160$)	0,001
Sniffeurs exclusifs	1,2	0,9 - 1,6 ($n = 4\ 228$)	2,0	1,3 - 2,7 ($n = 1\ 404$)	0,04
Non toxicomanes	0,9	0,8 - 1,1 ($n = 18\ 250$)	1,2	0,9 - 1,4 ($n = 5\ 537$)	0,1

⁽¹⁾ Nombre de consultants avec la double information « AQ - grille » ; tous n'ont pas été pris en compte en raison de données manquantes.

⁽²⁾ UDVI actifs avec ou sans sniff : toxicomanes ayant injecté au moins une fois dans le mois précédant l'enquête

⁽³⁾ UDVI inactifs avec ou sans sniff : toxicomanes n'ayant pas injecté au moins une fois dans le mois précédant l'enquête

⁽⁴⁾ p : résultat du test statistique du χ^2 de la différence entre 2004-2006 et 2007



Prévalence du VHC chez les toxicomanes selon le mode d'usage de drogues

Parmi les consultants UDVI (pratiquant ou non le sniff), 43,1 % avaient une sérologie VHC positive sur la période 2004-2006 et 31,1 % en 2007 ($p = 0,001$) [Tableau 3]. Entre la période 2004-2006 et 2007, la prévalence du VHC a diminué de façon non significative chez les UDVI actifs pratiquant ou non le sniff (37,9 % et 30,8 % respectivement ; $p = 0,3$) contrairement aux UDVI inactifs (pratiquant ou non le sniff) (45,8 % et 31,3 % respectivement ; $p = 0,001$) [Tableau 3]. La séroprévalence du VHC chez les UDVI pratiquant ou non le sniff variait significativement selon la date déclarée de première consommation : 58,5 % avant 1986 (date de mise en vente libre de seringues dans les pharmacies), 42,7 % entre 1986 et 1999 (date de mise en place du Programme national de lutte contre l'hépatite C) et 21,5 % après 1999 ($p < 10^{-3}$). La prévalence du VHC était beaucoup plus faible chez les sniffeurs exclusifs et les non toxicomanes [Tableau 3]. Le taux de cas nouvellement dépistés a significativement diminué sur l'ensemble de la période parmi les UDVI pratiquant ou non le sniff (19,0 % sur la période 2004-2006 à 11,6 % en 2007 ; $p = 0,01$) [Tableau 4], chez les UDVI inactifs (19,3 % et 8,8 % respectivement ; $p = 0,002$), mais pas chez les UDVI actifs [Tableau 4].

Discussion

La population consultant dans les CDAG et les CES n'est pas représentative de la population générale. Les CDAG, du fait du dispositif anonyme et gratuit, attirent des populations plus à risque que la population générale [1]. Les CES ciblent aussi les populations les plus à risque, en marge du système de soins ou ne bénéficiant pas d'un suivi médical régulier [2]. Ceci explique que les taux de prévalence observés dans notre étude soient un peu plus importants que dans l'enquête auprès des assurés sociaux du régime général en 2004 (1,3 %), même après avoir retiré de l'analyse les consultants des CDAG de maison d'arrêt [3].

Sur l'ensemble des consultants testés, la séroprévalence du VHC et les taux de cas nouvellement dépistés sont restés relativement stables au cours de la période d'étude. Ces résultats sont à rapprocher de ceux de l'enquête menée auprès des assurés sociaux du régime général laquelle n'avait montré qu'une faible diminution non significative de la séroprévalence du VHC entre 1994 et 2004 [4]. Chez les UDVI, les résultats de notre étude indiquent une diminution significative de la séroprévalence du VHC entre 2004-2006 et 2007, mais pas dans le sous-groupe des UDVI actifs. La même tendance est observée pour les taux de cas nouvel-

Tableau 4

Taux de cas nouvellement dépistés chez les toxicomanes testés - selon le mode d'usage - et les non toxicomanes, 2004 à 2007 (n = 30 312)⁽¹⁾

Mode d'usage	2004-2006		2007		p ⁽⁴⁾
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	
Total UDVI : avec ou sans sniff	19,0	16,0 - 22,0 (n = 668)	11,6	7,4 - 15,7 (n = 225)	0,01
UDVI actifs ⁽²⁾ avec ou sans sniff	18,5	13,5 - 23,6 (n = 227)	18,5	9,0 - 27,9 (n = 65)	1,0
UDVI inactifs ⁽³⁾ avec ou sans sniff	19,3	15,6 - 23,0 (n = 441)	8,8	4,4 - 13,1 (n = 160)	0,002
Sniffeurs exclusifs	0,7	0,4 - 0,9 (n = 4 228)	1,6	0,9 - 2,2 (n = 1 404)	0,003
Non toxicomanes	0,6	0,5 - 0,7 (n = 18 250)	0,9	0,6 - 1,1 (n = 5 537)	0,04

⁽¹⁾ Nombre de consultants avec la double information « AQ - grille » ; tous n'ont pas été pris en compte en raison de données manquantes.

⁽²⁾ UDVI actifs avec ou sans sniff : toxicomanes ayant injecté au moins une fois dans le mois précédant l'enquête

⁽³⁾ UDVI inactifs avec ou sans sniff : toxicomanes n'ayant pas injecté au moins une fois dans le mois précédant l'enquête

⁽⁴⁾ p : résultat du test statistique du chi2 de la différence entre 2004-2006 et 2007

lement dépistés. La proportion des UDVI actifs parmi l'ensemble des UDVI pratiquant ou non le sniff a diminué, mais de manière non significative. Les résultats indiquent aussi une nette diminution de la séroprévalence du VHC pour un usage ayant débuté après 1986 puis 1999, ces années correspondant respectivement à la mise en vente libre de seringues dans les pharmacies et à la mise en place du Programme national de lutte contre l'hépatite C [5, 6]. Cependant la séroprévalence du VHC chez les UDVI plus récents reste relativement élevée (21,5 % après 1999). Ces différents résultats posent ainsi la question du « plafonnement » de l'efficacité des mesures de prévention et de dépistage dans la région, même si la période d'observation de notre étude est courte, ne permettant donc pas de juger de tendances évolutives à long terme. Sur la période 2000-2001 en France, il avait été montré que plus d'un tiers des hépatites C chroniques étaient dépistées de manière fortuite et qu'un autre tiers l'était tardivement [5]. Une partie de la population susceptible d'être infectée par le VHC pourrait échapper aux mesures de prévention : la politique de réduction des risques mise en place au début des années 90 a permis de réduire la transmission du VIH mais l'impact sur l'épidémie de VHC était moins net [6]. L'étude Coquelicot suggère plusieurs raisons pouvant expliquer un accès insuffisant des UDVI à la prévention, notamment par le biais des traitements de substitution : les craintes liées au protocole thérapeutique, la perception négative du traitement ou encore le manque de motivation, l'infection par le VHC n'étant pas considérée comme une priorité de santé [6]. Un accent particulier devrait être mis sur les messages relatifs à l'accès au dépistage et aux soins à destination des usagers de drogue [6].





VHC

Conclusion

Cette étude montre la faisabilité d'une surveillance continue du VHC au niveau régional. Même si une érosion des taux de réponses à l'AQ a été observée, ceux-ci restent cependant élevés. Les informations produites par ce système de surveillance sont utilisées dans le cadre du programme 15 « Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'infection par le VHC » du Plan régional de santé publique. Elles suggèrent en particulier, la nécessité de renforcer les efforts de prévention et de dépistage du VHC, notamment chez les UDVI.

Remerciements

À tous les centres ayant participé à l'enquête : CDAG de Digne-les-Bains, de Manosque, de Sisteron, de Barcelonnette, de Nice, d'Antibes, de Cannes, de Grasse, de Menton, de Marseille-Arenc, de Marseille St-Adrien, de Marseille Pressensé, d'Aix-en-Provence, de Toulon, de Hyères, d'Avignon, de la maison d'arrêt de Grasse, de la maison d'arrêt Baumettes, de la maison d'arrêt de Luynes, du Centre hospitalier de Briançon, du Centre Hospitalier d'Aix-en-Provence, CES de Nice, de Marseille, de Toulon, d'Avignon.

Références

- [1] Bouvet E, Le Vu S. Les CDAG et la prise en charge de l'infection par le VIH. *Erudit*. 2004 ; 20 (12) : 1145-1148.
- [2] Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de santé. Les Centres d'exams de santé. 2007. http://www2.cetaf.asso.fr/ces/CES_hist.htm (consulté le 25 juillet 2008).
- [3] Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos JC. Estimation des taux de prévalence des anti-corps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004. INVS, CNAMTS, CETAF, CES. 2005.
- [4] Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos JC. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice : INVS, 2006.
- [5] Desenclos JC. Editorial. Quoi de neuf sur l'épidémiologie de l'hépatite C en France en 2003 ? *Bull Epidemiol Hebd* 2003 ; 16-17 : 85.
- [6] Emmanuelli J, Jauffret-Roustide M, Barin F. Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. *Bull Epidemiol Hebd* 2003 ; 16-17 : 97-9.

Surveillance VHC N°5 - Mars 2009
Editeur : ORS PACA
23 rue Stanislas Torrents 13006 Marseille
Directeur de la publication : Dr Y. OBADIA
N° d'ISSN : 1956-3469
Tirage : 1 000 exemplaires
Imprimeur : Espace Imprimerie - Marseille

Observatoire Régional de la Santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur

23, rue Stanislas Torrents 13006 Marseille, France
Tél. : (+33)04 91 59 89 00 / Fax : (+33)04 91 59 89 24
Courriel : accueil@orspaca.org / Site Internet : www.orspaca.org

