

- [Page 2 | Hépatite C, aide mémoire |](#)
- [Page 3 | Hépatite C - Dépistage, diagnostic et prévalence |](#)
- [Page 9 | Hépatite C - Prise en charge des patients ayant une hépatite C chronique |](#)
- [Page 11 | Hépatite B, aide mémoire |](#)
- [Page 12 | Hépatite B - Dépistage, diagnostic et prévalence |](#)
- [Page 17 | Hépatite B - Prise en charge des patients ayant une hépatite B chronique |](#)
- [Page 18 | Couverture vaccinale hépatite B |](#)
- [Page 20 | Méthodes et partenaires de la surveillance |](#)
- [Page 22 | Les Ateliers de la Grande-Motte, vendredi 8 septembre 2017 |](#)

| Editorial |

Surveillance des hépatites B et C en région, Sophie Vaux, Santé publique France

Les hépatites virales B et C représentent un problème de santé publique majeur du fait de leur gravité potentielle (évolution possible vers cirrhose et/ou carcinome hépatocellulaire), du nombre de personnes infectées et du coût de la prise en charge.

Le VHC est transmis par le sang contaminé, par contact direct, ou par l'intermédiaire d'un objet contaminé. Le principal mode de transmission du VHC en France est lié au partage de matériel lors de l'usage de drogues par voie intraveineuse. Il existe également un risque de transmission en cas d'utilisation de matériel non stérilisé (tatouage, piercing, acupuncture...). Le VHC entraîne une hépatite C chronique dans 60 % à 85 % des cas. Les nouveaux traitements antiviraux permettent la guérison dans plus de 90 % des cas, laissant espérer un profond changement de l'épidémiologie de la maladie.

Pour le VHB, les principales expositions à risque en France sont les rapports sexuels (partenaire porteur d'une infection chronique VHB, partenaires multiples, rapports entre hommes) et le séjour en zone d'endémie (ou le fait d'en être originaire). La transmission peut aussi intervenir par exposition à du sang ou des objets contaminés. Une forme chronique survient dans 2 à 10 % des cas. Les traitements ne permettent pas la guérison définitive. La vaccination est le moyen de prévention efficace.

Dans le monde, les régions les plus touchées sont : Afrique, Asie centrale et orientale pour VHC, Afrique Subsaharienne et Asie pour l'hépatite B. La France est un pays de faible endémicité pour le VHC et pour le VHB.

A l'occasion de la **Journée nationale de lutte contre les hépatites B et C**, Santé publique France publie un BEH le 20 juin 2017 et met à disposition sur son site internet les données épidémiologiques nationales et régionales disponibles.

Points clefs en Occitanie

Hépatite C, une région historiquement touchée, mais une actualité encourageante avec un recours élevé aux nouveaux traitements antiviraux.

Une prévalence régionale qui a toujours été élevée, le groupe des usagers de drogues par voie veineuse restant le plus touché, comme au niveau national,

Une activité de dépistage légèrement supérieure à la moyenne nationale,

Un taux de positivité des sérologies VHC plaçant la région parmi les premières, mais une nette baisse des diagnostics effectués chez les nouveaux donneurs de sang, cohérente avec la baisse de la prévalence observée au niveau national,

Une forte prise en charge des infections chroniques par le VHC, et désormais une mise aux traitements antiviraux d'action directe plus élevée que la moyenne nationale en 2014 et 2015, cohérente avec l'épidémiologie régionale.

Pour l'hépatite B, la région est moins touchée.

L'activité de dépistage se situe dans la moyenne nationale, mais augmente moins que celle-ci,

Le taux de positivité des sérologies est inférieur à la moyenne, stable, les diagnostics chez les nouveaux donneurs de sang, diminuent régulièrement, comme chez les femmes enceintes,

La couverture vaccinale hépatite B est en région parmi les plus basses de métropole, insuffisante quel que soit l'âge.

| Hépatite C, aide-mémoire |

Avec 170 millions de personnes touchées par le VHC dans le monde, (<http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/en/index.html>) 3 à 4 millions de personnes infectées chaque année et un potentiel évolutif de l'infection vers une maladie sévère (cirrhose, cancer du foie), l'hépatite C est un enjeu de santé publique majeur.

| Le virus de l'hépatite C |

Il a été identifié en 1989 comme l'agent responsable de la plupart des hépatites appelées jusqu'alors « hépatites non-A non-B à transmission parentérale ». Le VHC est l'un des cinq virus (A, B, C, D et E) responsables d'hépatites virales. C'est un virus à ARN appartenant à la famille des Flaviviridae. Une caractéristique potentiellement importante de ce virus tient à sa capacité à muter, ce qui intervient dans la difficulté de mise au point d'un vaccin efficace. Plusieurs génotypes sont décrits qui peuvent jouer un rôle dans la réponse au traitement antiviral.

| Caractéristiques cliniques de l'infection |

L'infection aiguë qui survient après une incubation en moyenne de 7 semaines (de 2 semaines à 6 mois) est le plus souvent asymptomatique (environ 90 % des infections aiguës). Lorsqu'il existe des symptômes, les plus courants sont la fatigue et l'ictère. On estime que l'infection aiguë devient chronique dans 60 à 85 % des cas. Dix à 20 % des infections chroniques évoluent vers la cirrhose après 20 à 30 ans. La consommation excessive d'alcool favorise l'évolution vers la cirrhose. L'évolution, outre les complications de la cirrhose, peut se faire vers le cancer du foie.

| Modes de transmission |

La transmission du VHC résulte de la mise en contact du sang d'une personne infectée avec celui d'une personne susceptible, soit de manière directe (transfusion) ou indirecte (exemple matériel d'injection contaminé réutilisé). Ainsi, la transfusion de produits sanguins a joué un rôle majeur dans la diffusion de l'infection jusqu'au début des années 1990, date à laquelle les différentes mesures visant à réduire le risque ont été mises en œuvre. Aujourd'hui, le risque de transmission du VHC par transfusion est devenu infime.

Dans les pays « développés », l'usage de drogues par voie intraveineuse, par le partage de seringue ou du matériel de préparation (cuiller, filtre, eau), reste le mode de transmission majeur du virus de l'hépatite C. D'autres modes de consommation de drogues peuvent, toutefois, être à l'origine de la transmission du VHC. L'usage de drogues par voie nasale susceptible d'entraîner des lésions de la muqueuse peut être à l'origine de transmission du VHC en cas de partage de paille.

Le risque de transmission lors des soins (injections, dialyse, certains actes endoscopiques), s'il semble avoir joué un rôle dans la transmission du VHC jusqu'à la fin des années 1990 est en nette diminution. Le rôle des actes de type tatouage ou piercing ne semble pas avoir été à l'origine d'un nombre important de cas ; cependant ces pratiques peuvent être à risque dès lors que du matériel en contact avec le sang est réutilisé.

Le risque de transmission sexuelle considéré comme extrêmement faible chez les couples hétérosexuels stables, peut être augmenté en cas de rapports sexuels traumatiques, en particulier chez les homosexuels masculins atteints par le VIH. Le risque de transmission de la mère à l'enfant est de l'ordre de 5% mais est multiplié par 4 en cas d'infection associée par le VIH.

| Prévention |

Contrairement aux virus des hépatites A et B, il n'existe pas de vaccin contre le VHC.

Les principaux moyens de prévention sont :

le respect des précautions universelles de désinfection et d'asepsie pour prévenir la transmission lors des soins (<http://www.sante-sports.gouv.fr/les-infections-nosocomiales-en-detail.html>) mais également lors d'actes de type tatouage ou piercing (<http://www.sante.gouv.fr/tatouage-par-effraction-cutanee-et-percentage.html>)

la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues (programmes d'échange de seringues, diffusion du stéribox, développement des thérapeutiques de substitution) (<http://www.droques.gouv.fr>);

le dépistage des dons de sang et des dons d'organes ([voir le dossier thématique surveillance épidémiologique des donneurs de sang](#))

| Dépistage |

Initialement recommandé pour les personnes exposées au risque d'infection, les recommandations ont été étendues aux hommes de 18 à 60 ans et aux femmes enceintes dès la première consultation prénatale [1]. Ces recommandations ont été étendues par un groupe d'expert en 2016 à l'ensemble des adultes quel que soit leur sexe [2]. **La Haute autorité de Santé (HAS) va revoir les recommandations de dépistage de l'hépatite C.**

Le dépistage consiste en la recherche des Anticorps totaux anti-VHC par des tests sériques immuno-enzymatiques (EIA) de troisième génération (https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050355/fr/strategies-de-depistage-biologique-des-hepatites-virales-b-et-c). En cas d'Ac positifs, la HAS recommande le contrôle de la sérologie par un second test sur un second prélèvement et avec un autre réactif. En cas de sérologie de contrôle positive il est recommandé la recherche de l'ARN du VHC par PCR.

la HAS a également défini la place des TROD dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C (https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050355/fr/strategies-de-depistage-biologique-des-hepatites-virales-b-et-c)

| Prise en charge |

La prise en charge des patients infectés par le VHC comprend les traitements antiviraux, la prise en charge des éventuels facteurs associés et la prise en charge des complications (décompensation de la cirrhose, cancer du foie). ([recommandations de l'Association française pour l'étude du foie](#))

Source : <http://www.santepubliquefrance.fr>

| Hépatite C : dépistage, diagnostic et prévalence |

Contexte

Les recommandations de dépistage de l'hépatite C ont évolué ces dernières années. En 2014, les recommandations qui ciblaient depuis 2001 les personnes exposées au risque d'infection ont été étendues aux hommes de 18 à 60 ans et aux femmes enceintes dès la première consultation prénatale [1]. Ces recommandations ont été étendues en 2016 à l'ensemble des adultes quel que soit leur sexe [2]. La stratégie de dépistage contre l'hépatite C doit être revue prochainement par la Haute Autorité de Santé (HAS).

En **Occitanie**, 257 000 tests sont réalisés dans le régime général ce qui, rapporté à la population de la région, permet d'estimer à 44 tests pour 1 000 habitants, 49 tests pour 1 000 habitants en ex Languedoc-Roussillon et 40 tests pour 1 000 habitants en ex Midi-Pyrénées (Tableau 1). L'activité de dépistage est ainsi dans la moyenne de France métropolitaine, légèrement plus élevée en ex Languedoc-Roussillon en 2015. Elle tend à augmenter comme au niveau national.

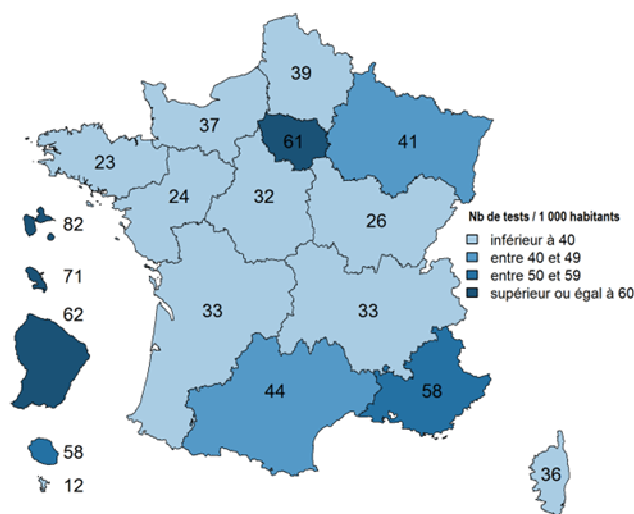
En population générale

| Remboursement par l'Assurance maladie |

En 2015, 3,1 millions de tests pour la recherche des Ac anti-VHC ont été réalisés en France dans le secteur privé (données tous régimes). Sur les trois dernières années, l'activité de dépistage des Ac anti-VHC est passée de 43 tests / 1 000 habitants en 2013 à 47 tests pour 1 000 habitants en 2015. Les données historiques montrent une augmentation régulière de l'activité de dépistage comprise entre 1 et 6% sur les 10 dernières années.

Les données régionales concernent uniquement le régime général (incluant les sections locales mutualistes). Dans ces régimes, l'activité de dépistage France entière pour 2015 est estimée à 42 tests / 1 000 habitants. L'activité de dépistage est plus importante dans les départements d'outre-mer (DOM) (60 / 1 000 habitants) qu'en France métropolitaine (41 / 1 000 habitants). En métropole, c'est en Ile-de-France que l'activité de dépistage est la plus élevée (Figure 1).

| Figure 1| Activité de dépistage des Ac anti- VHC (tests/ 1 000 habitants), France, 2015 (Sniiram)



Source : Sniiram, exploitation Santé publique France. Carte Geofila-IGN.

| Tableau 1| Activité de dépistage des Ac anti- VHC, Région Occitanie, 2013-2015 (Sniiram)

Région	Nombre de tests Ac Anti-VHC remboursés			Nombre de tests Ac anti-VHC remboursés / 1000 habitants *		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Occitanie	247 111	258 119	256 997	43	45	44
<i>Languedoc Roussillon</i>	130 572	135 479	135 564	48	49	49
<i>Midi Pyrénées</i>	116 539	122 640	121 433	39	41	40
France métropolitaine	2 404 216	2 564 704	2 655 856	38	40	41
DOM	125 665	128 774	127 095	60	62	60
France entière ¹⁾	2 529 881	2 693 478	2 782 951	38	41	42
France entière ²⁾	2 807 513	2 987 066	3 088 189	43	45	47

Source : Sniiram, Exploitation SpFrance * Estimation de population, données Insee 2013, 2014, 2015

¹⁾ Données régionales : uniquement régime général (incluant les sections locales mutualistes)

²⁾ Données tous régimes, France entière

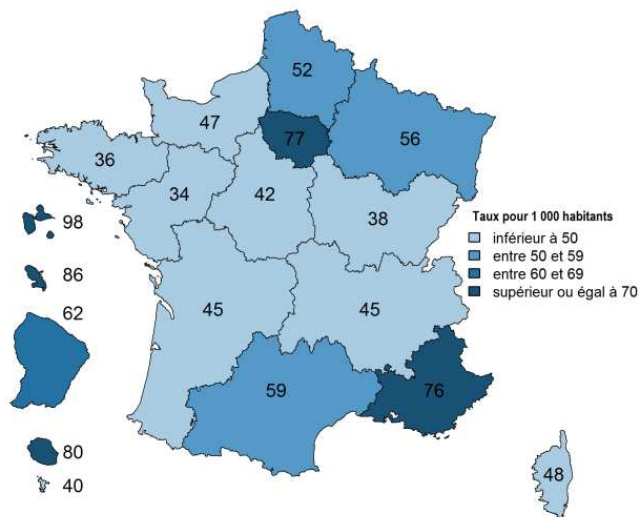
Les données nationales montrent un dépistage plus fréquent chez les femmes (63% des dépistages en 2015) et notamment celles en âge de procréer mais sans augmentation significative en 2015 des dépistages pour les classes d'âge couvertes par les recommandations de 2014.

| Enquête LaboHep 2013 |

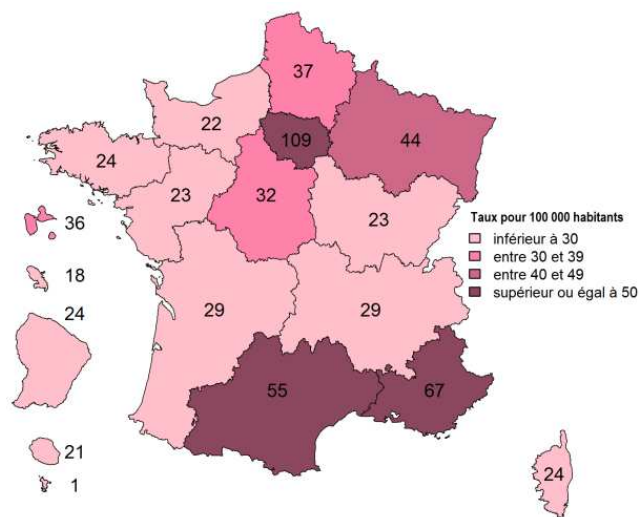
A partir d'un échantillon aléatoire de 1 504 laboratoires tirés au sort, on estime qu'en 2013, en France, 3,6 millions de sérologies de dépistage de l'hépatite C (Ac anti-VHC) ont été réalisées. Ces dépistages sont réalisés majoritairement (69 %) dans le secteur privé. Cette enquête met en évidence des disparités régionales marquées aussi bien pour les dépistages que pour les résultats des tests (Figures 2 et 3).

Le nombre de sérologies de dépistage des Ac anti-VHC par habitant est plus élevé dans les DOM (79 / 1 000 habitants) qu'en France métropolitaine (55 / 1 000 habitants). Les données LaboHep confirment l'augmentation de l'activité de dépistage des anticorps anti-VHC depuis 2010 (+ 6 %). Parmi ces sérologies, 0,9% se sont avérées positives, proportion stable par rapport à l'étude LaboHep de 2010 [3 ; 4].

| Figure 2 | Nombre de tests Ac anti-VHC, (/ 1 000 habitants), France, 2013 (LaboHep)



| Figure 3 | Nombre de tests Ac anti-VHC confirmés positifs, (/ 100 000 habitants), France, 2013 (LaboHep)



Source : Santé publique France, LaboHep 2013. Carte Geofla-IGN

Source : Santé publique France, LaboHep 2013. Carte Geofla-IGN

En **Occitanie**, le nombre de sérologies de dépistage des Ac anti-VHC par habitant (Tableau 2) est de 59 / 1 000 habitants (ex Languedoc-Roussillon : 65 / 1 000 habitants et ex Midi-Pyrénées : 52 / 1 000 habitants) plus élevé qu'en France métropolitaine (55 / 1 000), en cohérence avec les données de remboursement de l'Assurance maladie.

Les nombres de tests Ac anti-VHC confirmés positifs sont de 55 / 100 000 en **Occitanie** légèrement supérieurs à la valeur de France métropolitaine (50 / 100 000), nettement plus élevée en ex-Languedoc-Roussillon (71 / 100 000) qu'en ex-Midi-Pyrénées (41 / 100 000).

| Tableau 2 | Activité de dépistage des Ac anti-VHC et tests positifs, Région Occitanie, 2013 (LaboHep)

Région	Activité de dépistage	Nbre de tests de dépistage pour 1000 habitants	Tests confirmés positifs	Nbre de tests de dépistage positifs pour 100 000 habitants
Occitanie	332 199	59	3 136	55
Languedoc Roussillon	177 789	65	1 934	71
Midi Pyrenees	154 410	52	1 202	41
France métropolitaine	3 481 926	55	32085	50
DOM	163 761	79	451	22
France	3 645 687	55	32536	49

Antécédent de dépistage

La déclaration de la réalisation d'un test de dépistage de l'hépatite C au cours de la vie est de 19,4% en France métropolitaine (données Baromètre santé 2010). Ces données étant déclaratives, il ne peut être exclu une méconnaissance des tests réellement réalisés et de leurs résultats.

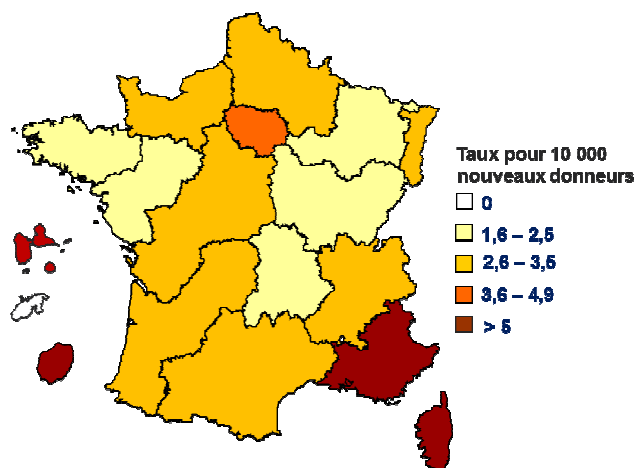
En population spécifique : chez les nouveaux donneurs de sang

En France, sur un total de 1 033 700 nouveaux donneurs de sang sur la période 2013-2015, 330 ont été confirmés positifs pour le VHC (Ac anti-VHC ou ARN du VHC). Dans la mesure où les candidats au don connaissant leur infection par le VHC s'auto-excluent ou sont écartés du don lors de l'entretien médical pré-don, le taux de prévalence est un taux de personnes Ac anti-VHC positif (ou ARN positif) ne connaissant pas leur infection.

La prévalence est de 3,2 pour 10 000 nouveaux donneurs en France. Elle est élevée en Guadeloupe (6,3), dans la région EFS Alpes Méditerranée (6,1), à la Réunion (5,3) puis en Ile de France (4,0) (Figure 4). Elle s'établit à 3,5 / 100 000 en région EFS Pyrénées-Méditerranée, (**correspondant à la région Occitanie**), dans la moyenne nationale.

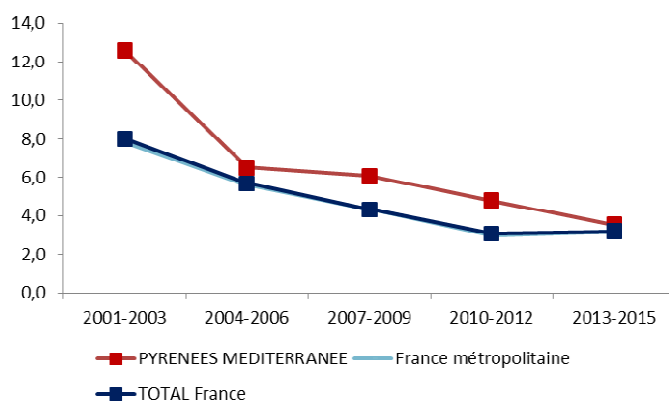
L'évolution de la prévalence du VHC chez les nouveaux donneurs entre 2001 et 2015 en **Occitanie** montre une tendance générale à la baisse, proche de ce qui est observé au niveau national (Figure 5).

| Figure 4 | Prévalence du VHC (Ac anti-VHC ou ARN) chez les nouveaux donneurs de sang (/ 10 000 nouveaux donneurs), France, 2013-2015



Source : Santé publique France, INTS, EFS, CTSA

| Figure 5 | Prévalence du VHC (Ac anti-VHC ou ARN), (/ 10 000 nouveaux donneurs), Occitanie, 2001-2015



Source : Santé publique France, INTS, EFS, CTSA

En population spécifique : chez les usagers de drogues par voie injectable

Les usagers de drogues (UD) sont particulièrement concernés par les infections à VHC. Les données de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 mettent en évidence que 44 % des usagers de drogues sont porteurs d'Ac anti-VHC (prévalence des Ac anti-VHC) et près de 65 % des usagers de drogues par voie injectable (UDI) ayant injecté au moins une fois au cours de la vie [5]. Cette prévalence atteint presque 90 % chez les UDI russophones versus 44 % chez les UDI francophones [6]. Les UDI constituent le principal réservoir de la transmission du VHC en France [7]. La prévalence biologique du VHC dans cette population est en baisse (74 % en 2004).

Des tendances identiques à la baisse sont observées pour les prévalences déclarées du VHC chez les UDI recueillis par l'OFDT. La première enquête réalisée a lieu dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Et la seconde dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) - **enquête ENa CAARUD**.

La prévalence déclarée passe ainsi de 55% en 2005 à 46,4 % en 2010 pour se stabiliser à 45,2 % en 2015 dans les CSAPA et de 47,6 % en 2006 à 33 % en 2012 pour se stabiliser à 34,7% dans les CAARUD.

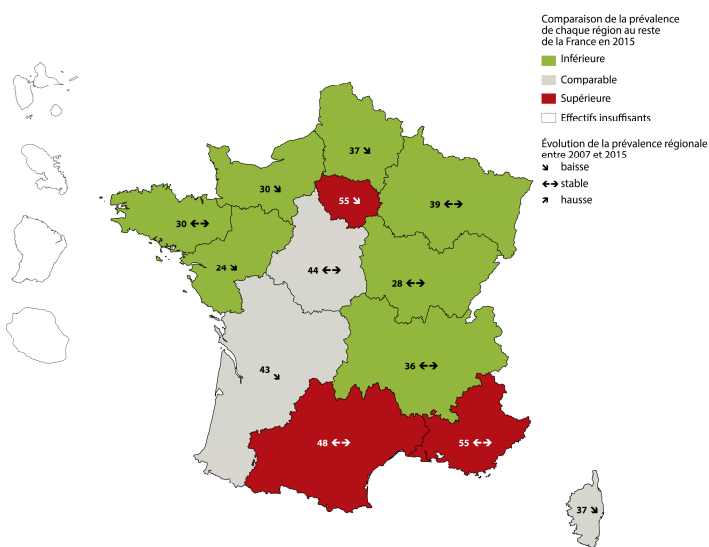
Les analyses régionales ne sont pas disponibles pour toutes les régions en raison d'effectifs parfois trop réduits (Figures 6 et 8).

En **Occitanie**, la prévalence déclarée en 2015 de l'infection par le VHC chez les UDI dans les CSAPA (48,2 %) est significativement supérieure à l'estimation nationale (45,2 %) (**Figure 6**). L'évolution de la prévalence déclarée dans les CSAPA d'**Occitanie** (**Figure 7**) sur les années 2007, 2010 et 2015 montre une diminution parallèle à celle observée au niveau national bien que cette baisse ne soit pas significative. Pour ces trois années, la prévalence déclarée en **Occitanie** reste légèrement supérieure à l'estimation nationale.

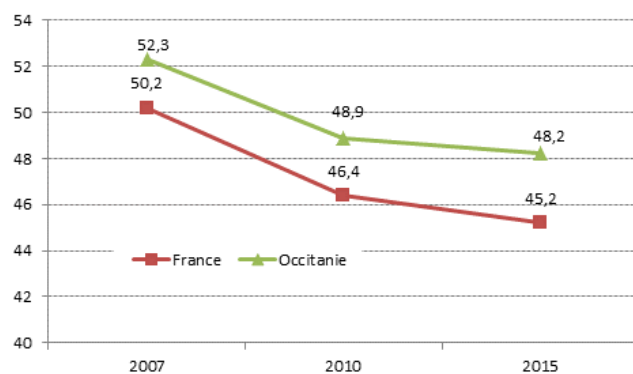
La prévalence déclarée de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les UDI en CAARUD en **Occitanie** est comparable à celle rapportée dans le reste de la France (**Figure 8**). On observe une évolution à la baisse de cette prévalence déclarée sur la période d'étude (2006 à 2015) avec une tendance proche de celle observée au niveau national (**Figure 9**).

Cependant, les données déclaratives issues des enquêtes **ENa-CAARUD** et **RECAP/CSAPA** sous-estiment la prévalence du VHC par rapport aux données biologiques car une part des usagers méconnaissent leur statut [8, 9]. Les données de l'enquête ANRS-Coquelicot 2004 montrent que plus du quart des usagers pensent à tort être séronégatifs pour le VHC.

| Figure 6 | Prévalence déclarée de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les UDI en CSAPA, France, 2015.



| Figure 7 | Evolution de la prévalence déclarée (%) de l'infection par le virus de l'hépatite C parmi les UDI en CSAPA, Occitanie et France, 2007, 2010 et 2015

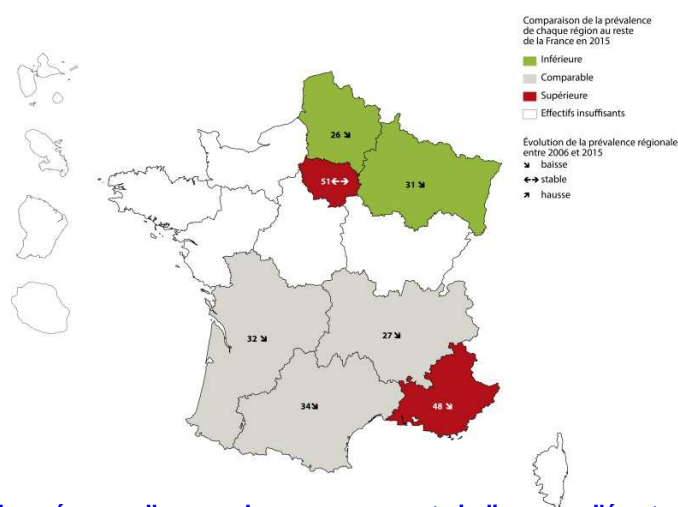


La présence d'une couleur rouge ou verte indique que l'écart avec le reste de la France est statistiquement significatif. Le sens de la flèche indique l'évolution régionale entre 2008 et 2015.

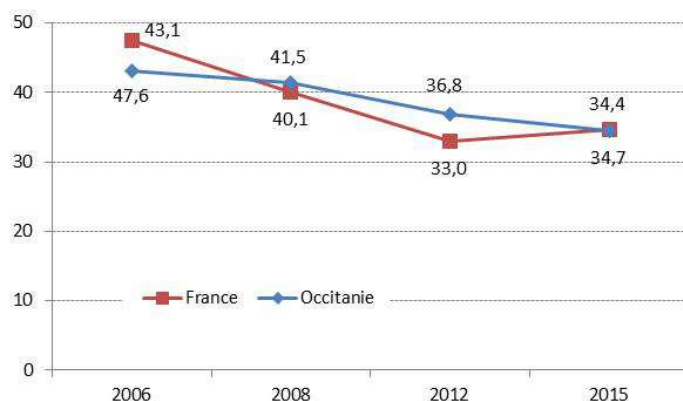
Source : OFDT (enquêtes RECAP/CSAPA 2007, 2010, 2015)

Sources : OFDT (enquêtes RECAP/CSAPA 2007, 2015)

| Figure 8 | Prévalence déclarée de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les UDI en CAARUD, France, 2015.



| Figure 9 | Evolution de la prévalence déclarée (%) de l'infection par le virus de l'hépatite C parmi les UDI en CAARUD, Occitanie et France, 2006, 2008, 2012 et 2015

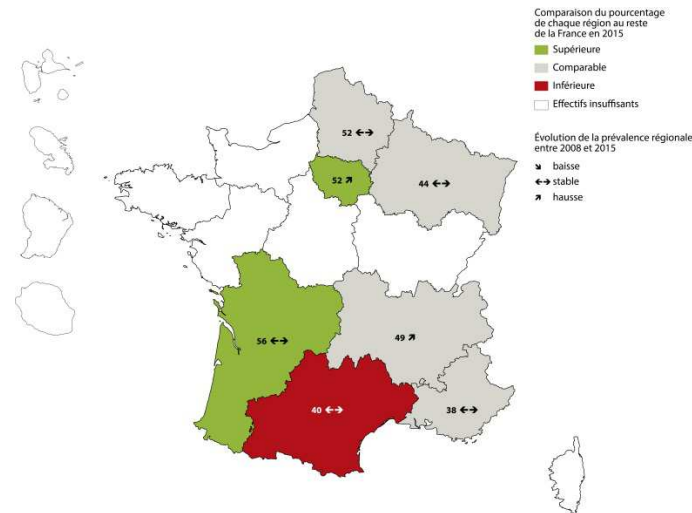


La présence d'une couleur rouge ou verte indique que l'écart avec le reste de la France est statistiquement significatif. Le sens de la flèche indique l'évolution régionale entre 2008 et 2015.

Sources : OFDT (enquêtes ENa-CAARUD 2006, 2008, 2012 et 2015)

Sources : OFDT (enquêtes ENa-CAARUD 2006, 2015)

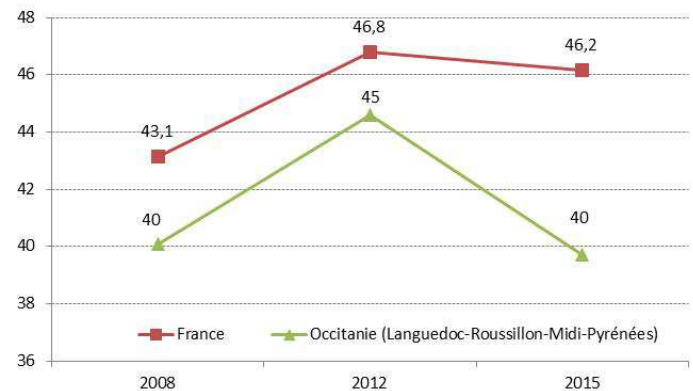
| Figure 10 | Proportion d'usagers de drogues fréquentant les CAARUD dont le dernier test de dépistage du VHC remonte à moins de 6 mois *, France, 2015



* parmi les usagers déclarant avoir déjà été dépistés pour l'hépatite C.

Sources : OFDT (enquêtes ENa-CAARUD 2008, 2015)

| Figure 11 | Proportion d'usagers de drogues fréquentant les CAARUD dont le dernier test de dépistage du VHC remonte à moins de 6 mois *, Occitanie et France, 2008, 2012, 2015



* parmi les usagers déclarant avoir déjà été dépistés pour l'hépatite C.

Sources : OFDT (enquêtes ENa-CAARUD 2008, 2012 et 2015)

En 2015, parmi les usagers de drogues fréquentant les CAARUD 46 % en 2015 (Figure 10). Les estimations en **Occitanie** de 2008, 2012 et 2015 montrent toutefois une fluctuation entre 40 % et 45 % en 2012 (Figure 11), pouvant être expliquée par de faibles effectifs et des différences de recrutement.

En population spécifique : chez les consultants des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

Dans les 230 CDAG ayant participé en continu à la surveillance de l'activité de dépistage de 2013 à 2015, près de 375 000 tests de dépistage de l'Ac anti-VHC ont été réalisés en 3 ans (Tableau 3). Le **pourcentage global de positivité est estimé à 0,82 %**. Il est plus élevé en France métropolitaine (0,84%) que dans les DOM (0,53 %). En métropole, le pourcentage de positivité des Ac anti-VHC est élevé en régions Centre-Val de Loire (1,54%), **Occitanie (1,38 %)**, Hauts de France (1,05 %) et en Ile-de-France (0,96 %). La comparaison des pourcentages de positivité entre régions doit rester

prudente car les différences peuvent être liées à un recrutement spécifique des CDAG.

En **Occitanie**, 15 CDAG ont participé sur les trois années dont 7 en ex Languedoc-Roussillon et 8 en ex Midi-Pyrénées. Le pourcentage de positivité pour le VHC est de 1,52% en ex Languedoc-Roussillon et 0,9 % en ex Midi-Pyrénées témoignant de spécificités locales de recrutement des CDAG (Tableau 3).

| Tableau 3 | Activité de dépistage et pourcentage de positivité des Ac anti-VHC dans les 15 CDAG ayant participé en continu à la surveillance, Occitanie, 2013 – 2015

Activité de dépistage et pourcentage de positivité VHC				
Région	Nombre de tests VHC positifs	Nombre de tests VHC réalisés	Pourcentage de positivité	Nombre de CDAG ¹
Occitanie	360	26 117	1,38%	15
Languedoc Roussillon	306	20 088	1,52%	7
Midi Pyrenées	54	6 029	0,90%	8
France métropolitaine	2 959	352 728	0,84%	224
France entière (hors Mayotte)	3 077	374 906	0,82%	230

1- CDAG ayant participé les trois années

2- Données 2013-2014. Données VHC Mayotte 2015 non reçues

Source : Santé publique France

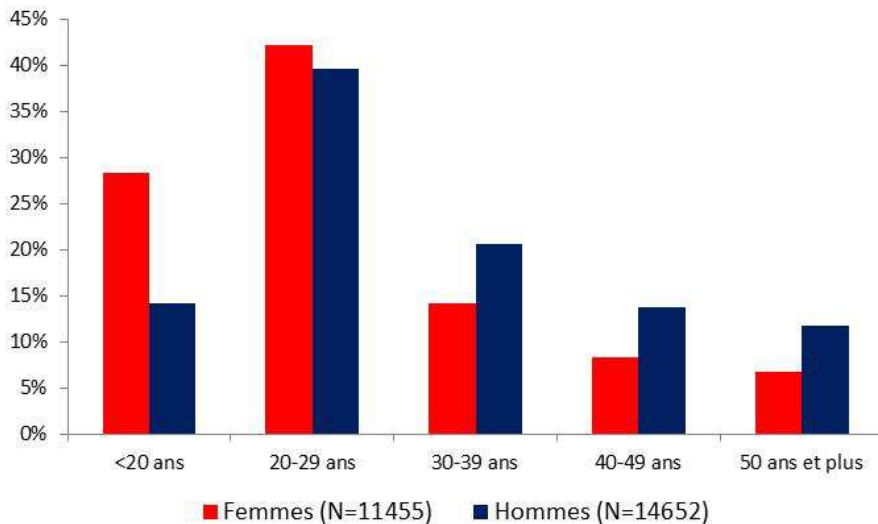
En **Occitanie**, on observe une stabilité de l'activité de dépistage entre les années 2013 et 2014 (-2 %) suivie d'une progression de 6 % entre 2014 et 2015. Sur la même période, le pourcentage de positivité pour les Ac VHC est passé de 2,5 % en 2013, à 2,1 %

en 2014 et 1,6 % en 2015. Ceci est cohérent avec la baisse observée chez les nouveaux donneurs de sang mais peut également s'expliquer par un élargissement du dépistage à des populations moins à risque pour l'hépatite C.

Une analyse récente a permis d'estimer l'activité de dépistage pour le VHC de l'ensemble des CDAG par région rapporté à la population. L'activité a ainsi été estimée en 2015 à 5,5 / 1 000 habitants en ex Languedoc-Roussillon nettement plus élevée

qu'en ex Midi-Pyrénées (1,6 / 1 000 habitants) et qu'au niveau national est (3,0 / 1000 habitants) [10].

| Figure 12 | Activité de dépistage des Ac anti-VHC dans les 15 CDAG ayant participé en continu à la surveillance, selon le sexe et l'âge, Occitanie, 2013-2015



Au niveau national, les tests sont majoritairement réalisés chez des hommes (57%), âgés entre 20 et 29 ans pour 46% d'entre eux. Les femmes testées sont plus jeunes que les hommes, plus de 70% d'entre elles ayant moins de 30 ans.

En **Occitanie**, les mêmes tendances sont retrouvées (Figure 12). Sur les 26 107 tests réalisés sur les 3 années et dans les 15 CDAG ayant participé à la surveillance, 14 652 tests ont été réalisés chez des hommes (56%) et 11 455 chez des femmes.

Environ 40% des tests de dépistage sont réalisés dans la classe d'âge des 20-29 ans chez les hommes comme chez les femmes.

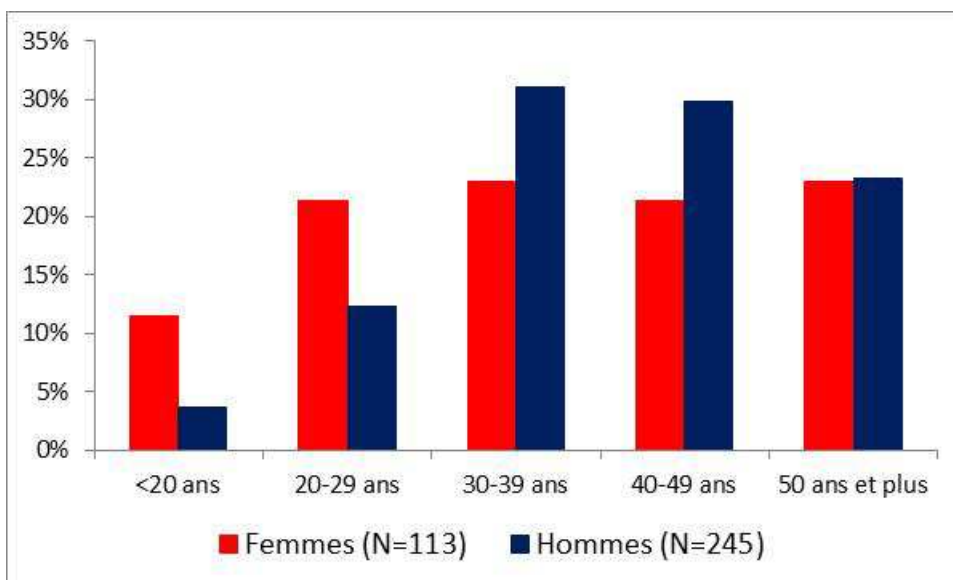
Au niveau national, le pourcentage de positivité des tests Ac anti-VHC (rapport entre le nombre de tests positifs et le nombre de tests réalisés) est deux fois plus élevé chez les hommes (1,03

%) que chez les femmes (0,54 %) et augmente avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes.

C'est dans la classe d'âge des 30-39 ans que les hommes diagnostiqués positifs sont les plus nombreux et dans la classe d'âge des 50 ans et plus chez les femmes.

Le pourcentage de positivité des tests réalisés dans les CDAG d'**Occitanie** augmente avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes. C'est dans la classe d'âge des 30-39 ans, comme au niveau national, que les hommes diagnostiqués sont les plus nombreux, et dans les classes d'âge des 30-39 et plus de 50 ans chez les femmes (Figure 13). L'interprétation doit rester prudente en raison d'effectifs limités.

| Figure 13 | Distribution par âge et sexe des cas diagnostiqués positifs pour l'Ac anti-VHC dans les 15 CDAG ayant participé en continu à la surveillance en Occitanie, 2013-2015.



Patients en ALD

Selon les données du Sniiram (couvrant le régime général et les sections locales mutualistes), le nombre de personnes en affection de longue durée pour une hépatite chronique C au niveau national était de 63 300 personnes en 2015 et avec une diminution annuelle comprise entre 5 % et 8 % depuis 2013 (2013 : 72 200 personnes, 2014 : 68 500 personnes) alors qu'il était en augmentation les années précédentes. Cette diminution peut être liée en partie à l'impact des nouveaux traitements ayant induit la guérison d'un certain nombre de personnes.

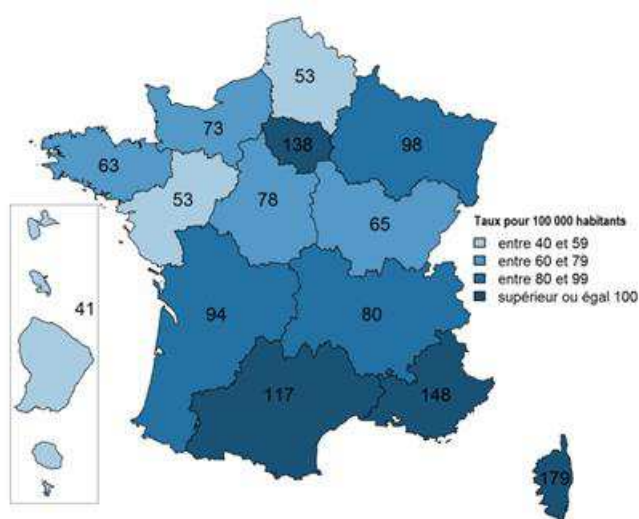
En 2015, 57 % des personnes en ALD pour une hépatite chronique C étaient des hommes. Les classes d'âges les plus représentées étaient, pour les hommes, les 50-59 ans (43 %) puis les 40-49 ans (24 %) et, pour les femmes, les 50-59 ans (30 %) puis les 60-69 ans (24 %).

Rapporté à la population, le nombre de bénéficiaires d'une ALD pour une hépatite chronique C en 2015 était de 95 pour 100 000 habitants, plus de deux fois plus élevé en métropole (97 / 100 000) que dans les DOM (42 / 100 000).

En métropole, les régions Corse (179/100 000 habitants), PACA (148/100 000 habitants) Ile de France (138/100 000 habitants) et **Occitanie** (117/100 000 habitants) sont celles où les nombres de bénéficiaires rapportés à la population sont les plus élevés (Figure 14).

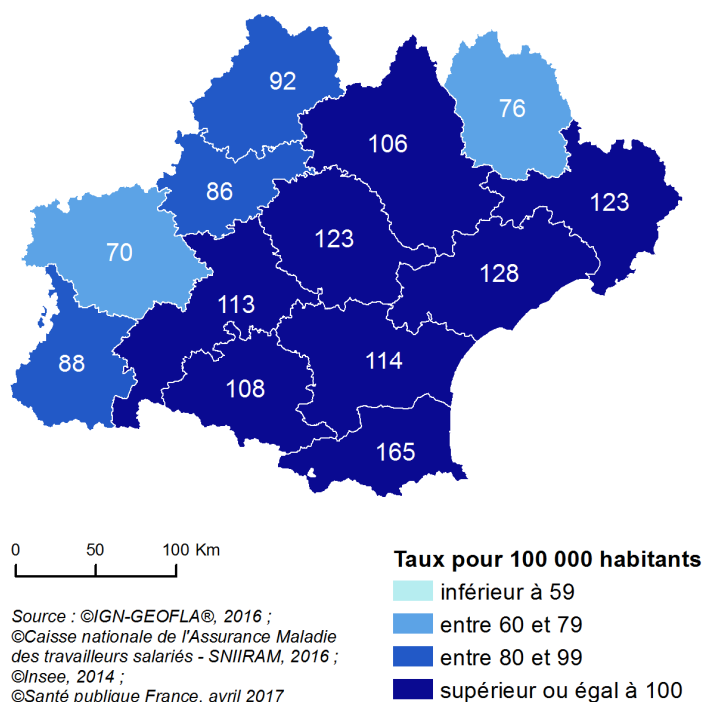
En **Occitanie**, on observe des taux d'ALD pour 100 000 habitants plus élevés dans des départements du littoral avec un maximum en Pyrénées-Orientales, et trois autres départements supérieurs à la moyenne régionale (Hérault, Gard, Tarn). Les différences observées peuvent correspondre à des différences de dépistage, d'incidence, comme de prise en charge (Figure 15).

| Figure 14 | Nombre de personnes en ALD au 31 décembre 2015 pour hépatite chronique C par région (ALD / 100 000 habitants), France (Sniiram)



Source : Sniiram, régime général dont sections locales mutualistes, Insee : estimation de population au 1er janvier, France entière. Exploitation : Santé publique France. Carte Geofla-IGN

| Figure 15 | Nombre de personnes en affection longue durée au 31 décembre 2015 pour hépatite chronique C (ALD / 100 000 habitants), Occitanie (Sniiram)



Source : ©IGN-GEOFLA®, 2016 ;
©Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés - SNIIRAM, 2016 ;
©Insee, 2014 ;
©Santé publique France, avril 2017

Patients traités par antiviraux d'action directe (AAD)

Depuis fin 2013, le traitement des hépatites chronique C a connu une évolution thérapeutique majeure avec l'arrivée des antiviraux d'action directe (AAD) qui permettent un pourcentage de guérison de l'infection pour plus de 90% des patients avec un meilleur profil de tolérance et des durées de traitement plus courtes.

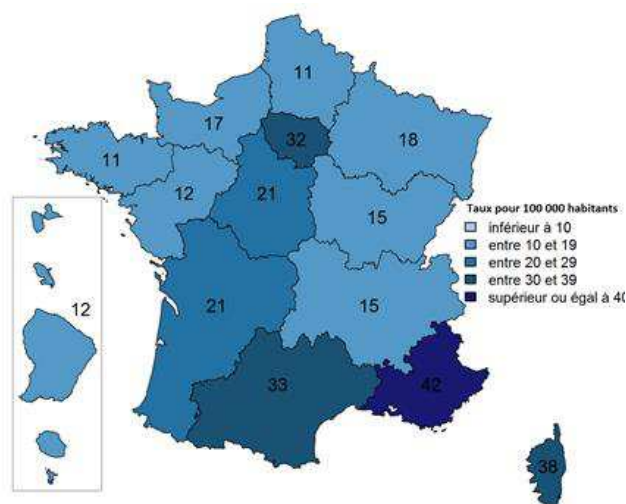
Après l'ouverture de l'accès universel aux nouveaux traitements de l'hépatite C [11], la Haute Autorité de Santé (HAS), en décembre 2016, a rendu un avis favorable pour une extension du traitement par AAD aux patients asymptomatiques dont le stade de fibrose est F0 ou F1. Le traitement des personnes les moins atteintes vise à ralentir l'évolution de la fibrose hépatique, à prévenir ses complications, à éviter les manifestations extra-hépatiques et à limiter la transmission du virus [12]. Une augmentation des initiations de traitement par AAD devrait donc être observée dans les prochaines années.

Selon les données du Sniiram (DCIR+PMSI) tenant compte des remboursements de l'ensemble des régimes, un traitement par AAD de seconde génération a été initié chez 40 personnes en 2013, 8 700 en 2014 et 14 650 en 2015.

Etant donné que plusieurs traitements ont pu être initiés chez une même personne au cours de la période, il est estimé qu'un traitement a été initié chez 22 600 personnes entre 2014 et 2015 et 20 300 ont été guéries [13]. **Rapporté à la population, on estime à 13/100 000 habitants, le nombre de personnes traitées en France en 2014 et 22/ 100 000 habitants en 2015** (Figure 16).

En Occitanie, on estime le nombre de personnes traitées par AAD à **22/ 100 000 en 2014 et 33/ 100 000 en 2015**, ce qui est **supérieur** à la moyenne nationale. Les départements peuplés du littoral étaient plutôt supérieurs à la moyenne régionale en 2014 hormis l'Aude, rejoints en 2015 par la Haute-Garonne et l'Ariège. (Figures 17 et 18).

| Figure 16 Nombre annuel de patients ayant initié un traitement du VHC par antiviraux à action directe de 2nde génération par région, (/ 100 000 habitants), France, 2015 (Sniiram)



Sources : Sniiram (DCIR et PMSI), tous régimes, France entière. Insee : estimation de population au 1er janvier, Carte Geofla-IGN

Figure 17 | Nombre annuel de patients ayant initié un traitement anti-VHC à action directe de 2nde génération par département, (/ 100 000 hab), Occitanie, 2014

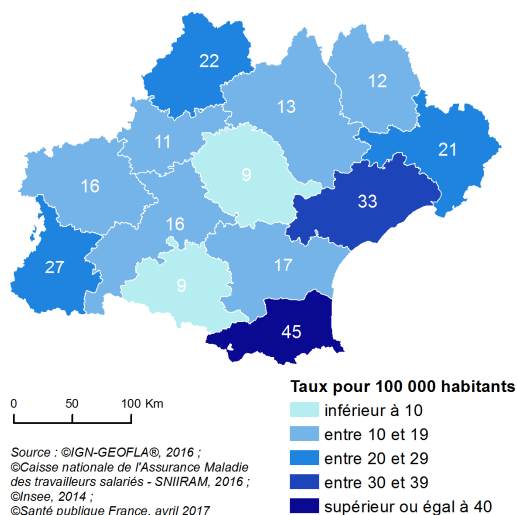
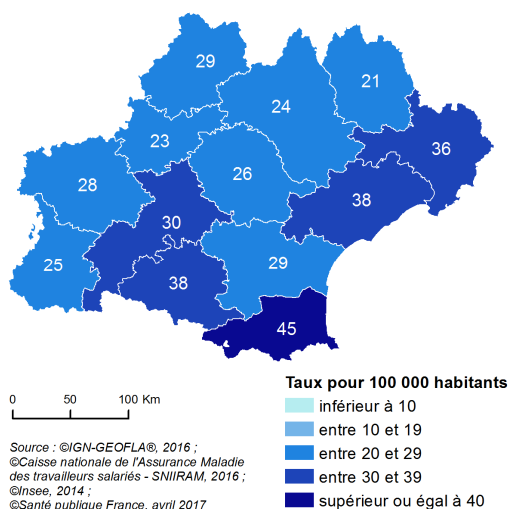


Figure 18 | Nombre annuel de patients ayant initié un traitement anti-VHC à action directe de 2nde génération par département, (/ 100 000 hab), Occitanie, 2015



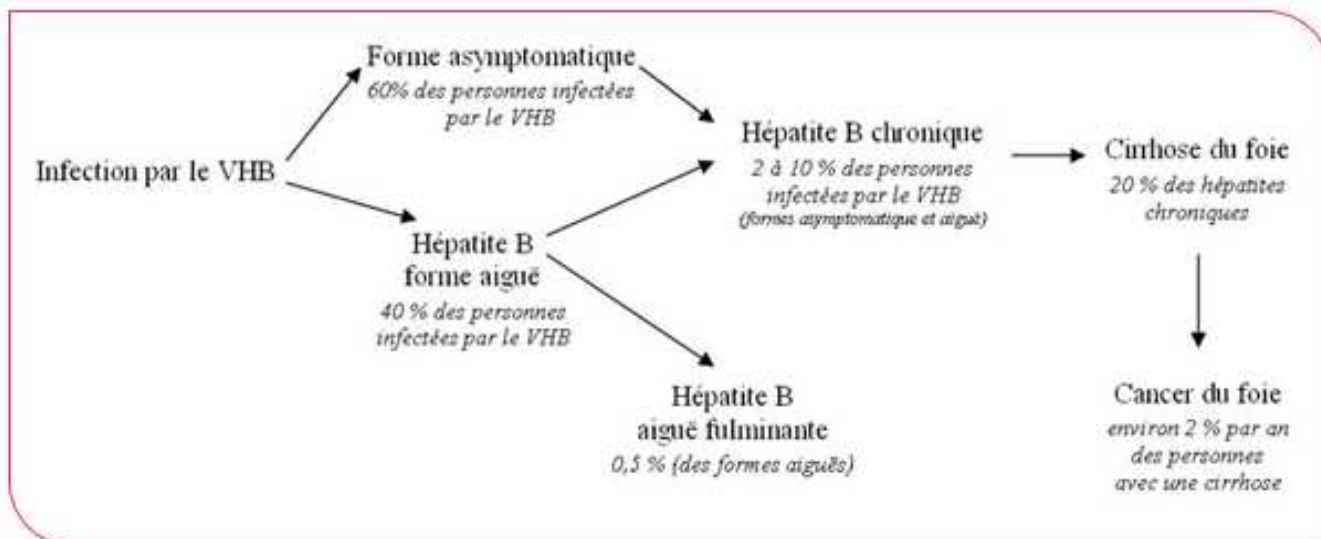
| Hépatite B, aide-mémoire |

L'hépatite B est une maladie infectieuse du foie potentiellement grave en raison d'un passage à la chronicité dans 2 à 10 % des cas avec des risques d'évolution vers une cirrhose et un cancer du foie.

L'infection initiale par le virus de l'hépatite B (VHB) est le plus souvent asymptomatique mais peut évoluer, dans environ 0,1 % à 1 % des formes aiguës, vers une hépatite fulminante (forme grave et mortelle de la maladie en l'absence de greffe du foie).

| Caractéristiques cliniques de l'infection |

Les principaux symptômes de l'hépatite aiguë B sont la présence d'un ictère, fatigue, perte de l'appétit, douleurs abdominales et nausées, vomissements. D'autres symptômes peuvent apparaître, à type d'arthralgies, de myalgies, la fièvre peut être absente ou modérée. La période d'incubation de l'infection par le VHB est généralement de 45 à 180 jours.



| Prévalence |

La distribution de la prévalence du portage de l'AgHBs permet de diviser la planète en trois zones de prévalences, correspondant à des modes de transmission et des niveaux de risque différents :

- zone de haute endémicité avec une prévalence du portage de l'AgHBs de 8 à 20 % (Afrique subsaharienne, Asie du Sud-Est, Chine méridionale, bassin Amazonien) ;
- zone de moyenne endémicité avec une prévalence intermédiaire 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 endémicité avec une prévalence <2 %, incluant essentiellement les pays industrialisés (Europe de l'Ouest et du Nord, Amérique du Nord, Australie).

| Modes de transmission |

L'hépatite B se transmet par voie sexuelle, par le sang (la contamination se fait lors d'un contact direct avec du sang infecté par le VHB) et d'une mère infectée à son fœtus lors de l'accouchement

Si la transmission par voie transfusionnelle est maîtrisée avec un risque résiduel devenu très faible, la transmission par voie sanguine persiste chez les toxicomanes intraveineux. La transmission nosocomiale du VHB peut aussi survenir si le respect des précautions universelles (manipulation du sang) est insuffisant.

| Prévention par la vaccination |

La prévention de l'hépatite B repose sur le dépistage (dons du sang, femmes enceintes) et la vaccination chez le nourrisson, le préadolescent, et les personnes à risque.

La vaccination des adultes et des adolescents à risque élevé d'infection par le VHB leur confère une protection individuelle. Cependant, l'expérience des Etats-Unis et du Canada a montré que la stratégie de vaccination ciblée sur les personnes à risque évitait une proportion des contaminations insuffisante pour agir de manière significative sur la circulation du VHB. L'objectif de contrôle de l'hépatite B nécessite de maintenir sur le long terme un niveau élevé de couverture vaccinale chez les enfants ou les pré-adolescents. En 1992, l'Organisation mondiale de la santé a recommandé la vaccination "universelle" des nourrissons et/ou des préadolescents à tous les pays. En France, la vaccination du nourrisson a été introduite dans le calendrier vaccinal en 1995. L'intérêt de la vaccination du nourrisson est aujourd'hui conforté par les éléments suivants :

- excellente tolérance du vaccin (aucune atteinte neurologique chez l'enfant de moins de 2 ans n'a été notifiée à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) ;

- excellente efficacité (le taux de réponse sérologique chez le nourrisson est > 95%) ; longue durée de protection

L'efficacité épidémiologique de la vaccination des nourrissons a été confirmée par l'expérience de Taïwan. Résultats chez l'enfant, 10 ans après la mise en œuvre de la vaccination : réduction de plus de 80 % du taux de portage du VHB et diminution de 75 % de l'incidence du cancer primitif du foie.

Source : <http://www.santepubliquefrance.fr>

| Hépatite B : dépistage, diagnostic et prévalence |

Contexte

Les recommandations de dépistage de l'hépatite B ont évolué ces dernières années. En 2014, les recommandations qui ciblaient depuis 2001 les personnes exposées au risque d'infection ont été étendues aux hommes de 18 à 60 ans et aux femmes enceintes dès la première consultation prénatale [1].

En population générale

| Remboursement par l'assurance maladie |

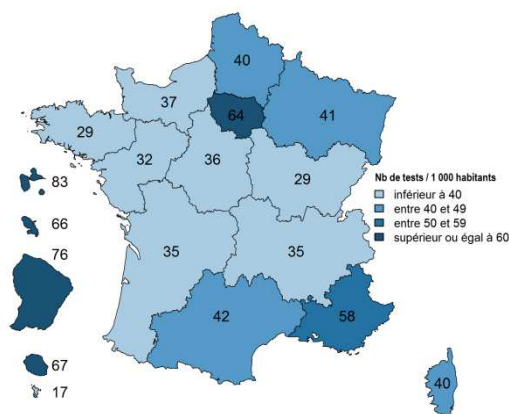
En 2015, 3,2 millions de tests pour la recherche de l'Ag HBs ont été réalisés en France dans le secteur privé (données tous régimes). Les données historiques montrent une augmentation relativement régulière de l'activité de dépistage comprise entre 2 et 7% sur les 10 dernières années. Sur les trois dernières années, l'activité de dépistage de l'Ag HBs est passée de 45 tests pour 1 000 habitants en 2013 à 49 /tests pour 1 000 habitants en 2015.

Les données régionales concernent uniquement le régime général (incluant les sections locales mutualistes). Dans ces régimes, l'activité de dépistage France entière pour 2015 est estimée à 44 tests pour 1 000 habitants. L'activité est plus importante dans les DOM (66 / 1 000 habitants) qu'en France métropolitaine (43 / 1 000 habitants). En métropole, c'est en Ile-de-France où l'activité de dépistage est la plus élevée (Figure 19).

En 2015, 242 000 tests sont réalisés dans ces régimes ce qui rapporté à la population de la région permet d'estimer à **42 tests pour 1 000 habitants en Occitanie, 46 tests pour 1 000 habitants en ex Languedoc-Roussillon et 38 tests pour 1 000 habitants en ex Midi-Pyrénées**. L'activité de dépistage pour l'hépatite B est proche de l'activité de France métropolitaine. L'augmentation du nombre de tests réalisés reste discrète sur la région entre 2013 et 2015 (Tableau 4).

Les données nationales du Sniiram montrent un dépistage plus fréquent chez les femmes (67% des dépistages en 2015) et notamment celles en âge de procréer mais une absence d'augmentation significative en 2015 des dépistages pour les classes d'âge couvertes par les recommandations de 2014.

| Figure 19 | Activité de dépistage de l'Ag HBs, données régionales (tests / 1 000 habitants), France, 2015 (Sniiram)



Source : Sniiram, exploitation Santé publique France. Carte Geofla-IGN

| Tableau 4 | Activité de dépistage de l'Ag HBs, Occitanie, 2013-2015 (Sniiram)

Région	Nombre de tests Ag HBs remboursés			Nombre de tests Ag HBs remboursés / 1000 habitants *		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Occitanie	229 407	242 525	242 660	40	42	42
<i>Languedoc Roussillon</i>	121 575	127 567	128 306	45	46	46
<i>Midi Pyrénées</i>	107 832	114 958	114 354	37	39	38
France Métropolitaine	2 514 399	2 687 452	2 778 199	40	42	43
France entière ¹⁾	2 650 905	2 826 246	2 915 994	40	43	44
France entière ²⁾	2 927 100	3 118 761	3 220 719	45	47	49

Source : Sniir-AM, Exploitation SpFrance * Estimation de population, données Insee 2013, 2014, 2015

¹⁾ Données régionales : uniquement régime général (incluant les sections locales mutualistes)

²⁾ Données tous régimes, France entière

| Enquête LaboHep 2013 |

A partir d'un échantillon aléatoire de 1 504 laboratoires tirés au sort, on estime qu'en France, en 2013, 3,8 millions de sérologies de dépistage de l'hépatite B (Ag HBs) ont été réalisées. Ces dépistages ont été réalisés majoritairement (71 %) dans le secteur privé. Il est observé des disparités régionales aussi bien sur le dépistage que sur les tests positifs (Figures 20 et 21). Le nombre de sérologies de dépistage par habitant est plus élevé dans les DOM (89 / 1 000 habitants) qu'en France métropolitaine (57 / 1 000 habitants).

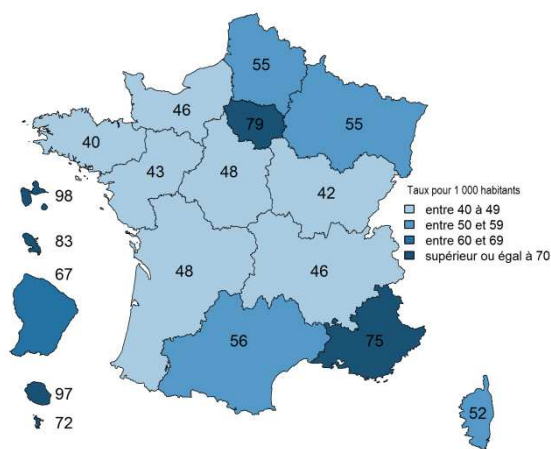
Les données LaboHep confirment que l'activité de dépistage de l'Ag HBs est en augmentation depuis 2010 (+ 11 %).

En 2013, au niveau national, 0,8 % des dépistages se sont avérés positifs [3; 4]. Le nombre de tests confirmés positifs pour l'Ag HBs pour la première fois au laboratoire a augmenté, passant de 34 / 100 000 habitants en 2010 à 49 / 100 000 en 2013.

En Occitanie en 2013, le nombre de sérologies de dépistage des Ag HBs par habitant est de **56 / 1000 habitants** (ex Languedoc-Roussillon 62 / 1000 habitants et ex Midi-Pyrénées : 51 / 1000 habitants), dans la moyenne métropolitaine.

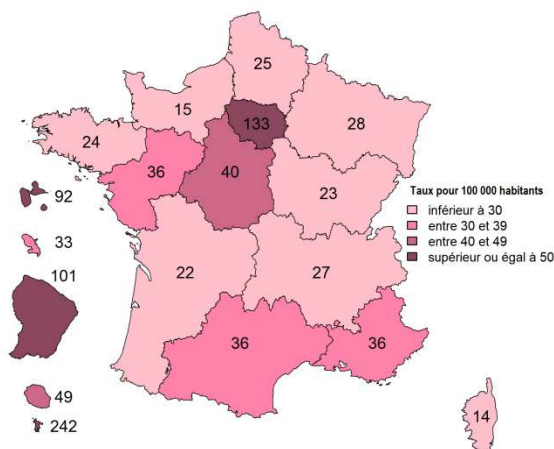
Les tests Ag HBs confirmés positifs sont de 36/ 100 000 habitants en Occitanie en 2013 (ex Languedoc-Roussillon : 41 / 1000 habitants et ex Midi-Pyrénées : 32 / 100 000 habitants) ce qui est inférieur à la moyenne de France métropolitaine (Tableau 5).

| Figure 20 | Nombre de tests Ag HBs (/ 1 000 habitants), France, 2013 (LaboHep)



Source : Santé publique France, LaboHep 2013. Carte Geofla-IGN

| Figure 21 | Nombre de tests Ag HBs confirmés positifs (/ 100 000 habitants), France, 2013 (LaboHep)



Source : Santé publique France, LaboHep 2013. Carte Geofla-IGN

| Tableau 5 | Activité de dépistage de l'AgHBs et tests positifs, région Occitanie, 2013 (LaboHep)

Régions	Activité de dépistage	Nbre de tests de dépistage pour 1000 habitants	Confirmés positifs	Nbre de tests de dépistage positifs pour 100 000 habitants
Occitanie	3 204 484	56	2 054	36
Languedoc Roussillon	1 698 611	62	1 121	41
Midi Pyrenees	1 506 233	51	933	32
France Métropolitaine	3 606 393	57	30 430	48
DOM	1 848 611	89	1 671	80
Total	3 791 254	58	32 101	49

Antécédent de dépistage

La déclaration de la réalisation d'un test de dépistage de l'hépatite B au cours de la vie est de 14,8% en France métropolitaine (données Baromètre santé 2010).

Parmi les personnes ayant fait un dépistage, les personnes ayant déclaré avoir eu l'hépatite B sont 3,7% (IC95%, intervalle de confiance à 95% : 2,9-4,5%) (Etude KAPB, 2010) [14].

Ces données étant déclaratives, il ne peut être exclu une méconnaissance des tests réellement réalisés et de leurs résultats.

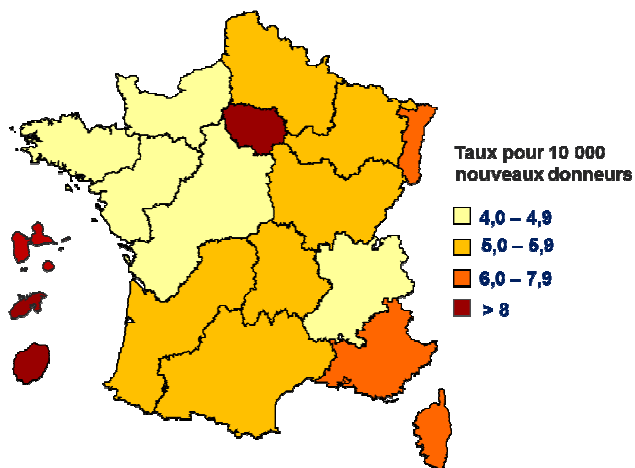
En population spécifique : chez les nouveaux donneurs de sang

En France, sur un total de 1 033 700 nouveaux donneurs de sang sur la période 2013-2015, 692 ont été confirmés positifs pour le VHB (Ag HBs ou ADN). Dans la mesure où les candidats au don connaissant leur infection par le VHB s'auto-excluent ou sont écartés du don lors de l'entretien médical pré-don, le taux de prévalence est un taux de personnes Ag HBs positif (ou ADN positif) ne connaissant pas leur infection.

Le taux de prévalence est de 6,7 pour 10 000 nouveaux donneurs en France. Il est élevé en Guadeloupe (21,1) et Martinique (15) et en Île-de-France (13,2) (Figure 22).

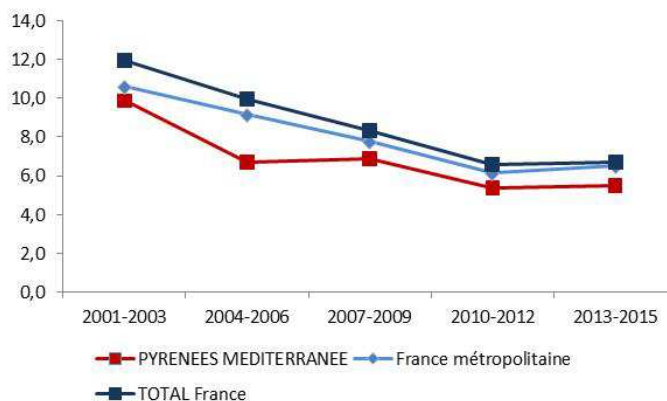
L'évolution de la prévalence du VHB en Occitanie sur la période de 2001-2015 suit une tendance décroissante similaire à ce qui est observé dans le reste de la France (Figure 23), s'établissant à 5,5 pour 10 000 nouveaux donneurs en 2013-2015.

| Figure 22 | Prévalence du VHB (Ag HBs ou ADN VHB) chez les nouveaux donneurs de sang (/ 10 000 nouveaux donneurs), France, 2013-2015



Source : Santé publique France, INTS, EFS, CTSA

| Figure 23 | Prévalence du VHB (Ag HBs ou ADN VHB), (/ 10 000 nouveaux donneurs), Occitanie, 2001-2015



Source : Santé publique France, INTS, EFS, CTSA

En population spécifique : chez les femmes enceintes

Le dépistage prénatal de l'hépatite B est obligatoire. Bien qu'il soit très fréquemment réalisé, l'enquête Elfe a montré que 2,2% des femmes enceintes n'en avaient pas bénéficié en 2011. Parmi les mères dépistées en cours de grossesse, 0,8% [IC95%:0,6-1,1] étaient positives pour l'AgHBs [15].

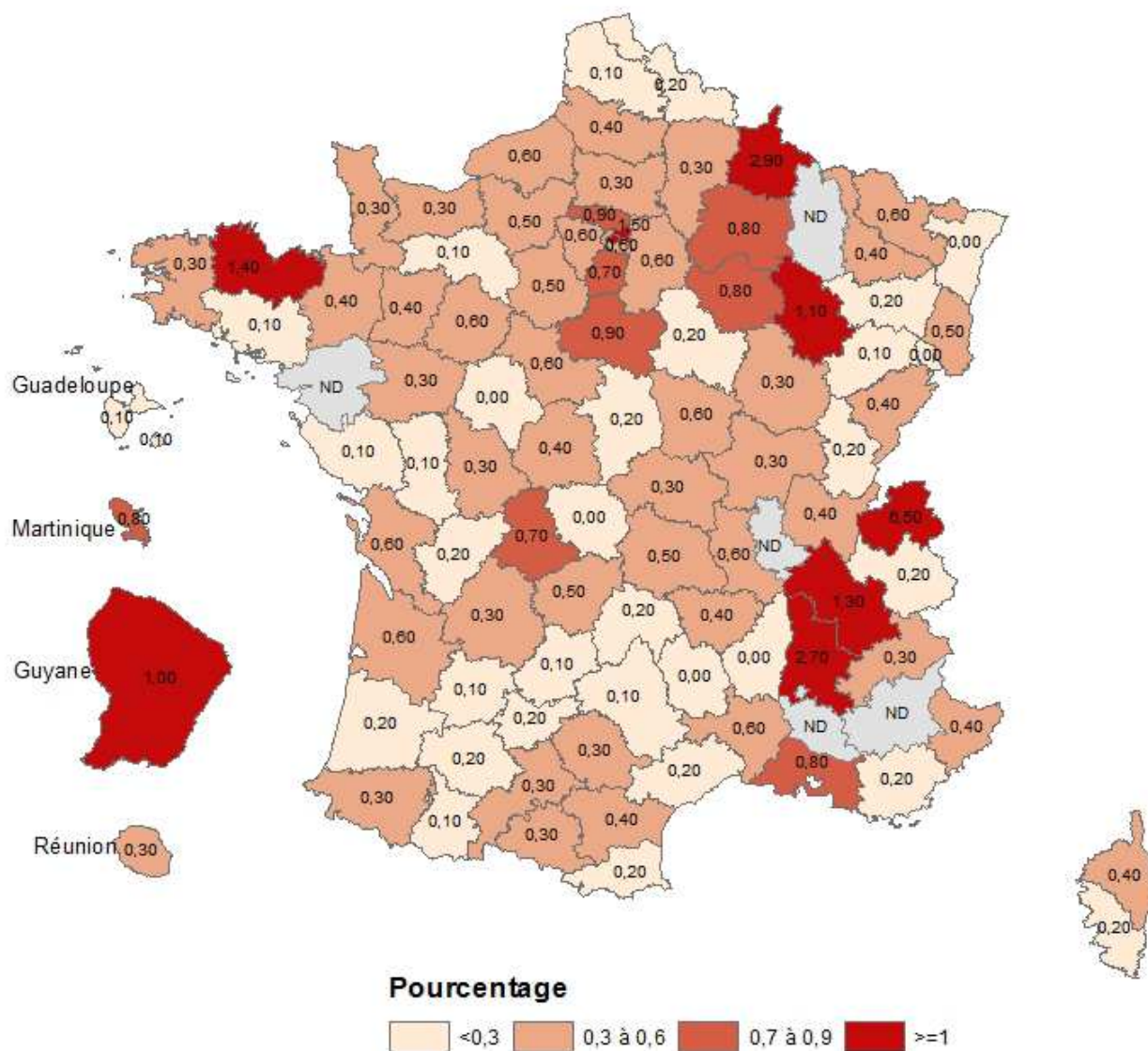
Les certificats de santé au 8^{ème} jour permettent de recueillir l'information sur la recherche de l'antigène HBs pour la mère pendant la grossesse et le résultat du test pour chacun des départements. Selon les analyses de la Drees, 95,9% des mères ont été testées pour l'Ag HBs au cours de leur grossesse et 0,6% avaient un résultat positif (vs. 0,5% en 2013). Ce dernier pourcentage varie selon les départements (Figure 24) mais pour un même département peut aussi varier fortement d'une année à l'autre.

Les départements ayant les pourcentages les plus élevés en 2014 sont la Haute Savoie (6,5% vs. 0,6% en 2013), les Ardennes (2,9% vs. 0,5%), la Drôme (2,7% vs. 1,2%), la Seine Saint Denis (1,5% vs. 1,2%), les Côtes d'Armor (1,4% vs. 1,5%), l'Isère (1,3% vs. 1,1%) et Paris (1,2% vs. 1,0%). Le pourcentage de couverture nationale de ces données pour 2014 était de 81,3%.

En Occitanie en 2014, le pourcentage d'AgHBs positif s'établissait entre 0,1 et 0,3% dans 11 départements, seuls l'Aude (0,4%) et le Gard (0,6%) ayant cette année là des valeurs plus élevées.

Voir carte page suivante (figure 24)

Figure 24 | Ag HBs chez les mères, pourcentage de positivité par département, certificat du 8^{ième} jour, France, 2014



Source : PMI, Drees, Certificat du 8^{ième} jour - ND : non disponible

En population spécifique : chez les consultants des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

Parmi les 224 CDAG ayant participé en continu à la surveillance de l'activité de dépistage de 2013 à 2015, près de 460 000 tests de dépistage de l'Ag HBs ont été réalisés en 3 ans (Tableau 6).

Le pourcentage global de positivité est estimé à 0,91%. Il est plus élevé dans les DOM (1,66%) qu'en France métropolitaine (0,87%).

En Occitanie, 15 CDAG ont participé sur les 3 années (7 en ex Languedoc-Roussillon et 8 en ex Midi-Pyrénées). On observe une augmentation de l'activité de dépistage comprise entre 2% et 4% par an. Cette augmentation était de 5% par an en ex Midi-Pyrénées et fluctuait entre -3 et +3% dans les CDAG d'ex Languedoc-Roussillon.

Le pourcentage de positivité pour l'Ag HBs en Occitanie est de 0,88% identique au pourcentage métropolitain (0,87%). Les différences observées entre ex L-R et ex M-P peuvent être liées à un recrutement spécifique des CDAG (Tableau 6).

Tableau 6 | Activité de dépistage et pourcentage de positivité de l'Ag HBs,

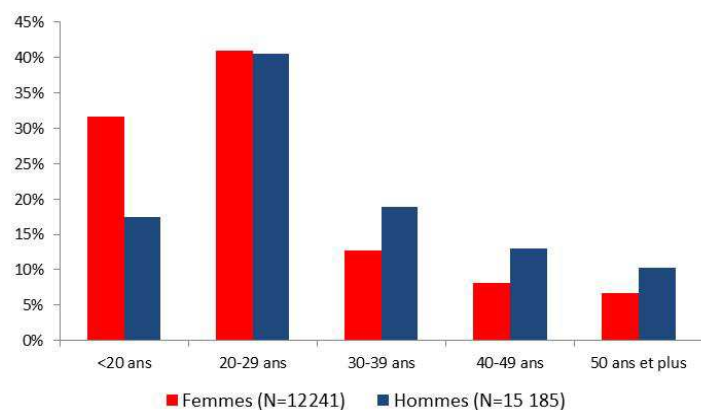
Activité de dépistage et taux de positivité de l'antigène HBs (Données CDAG 2013-2015)				
Région	Nombre de tests AgHBs positif (a)	Nombre de tests AgHBs réalisés (b)	Taux de positivité (%) (a/b)	Nombre de CDAG*
Occitanie	242	27 428	0,88%	15
Languedoc Roussillon	153	20 208	0,76%	7
Midi Pyrenées	89	7 220	1,23%	8
Total France Métropolitaine	3 778	433 379	0,87%	217
Total DOM	408	24 593	1,66%	7
Total France entière	4 186	457 972	0,91%	224

* CDAG ayant participé en continu sur la période 2013-2015

Une analyse récente a permis d'estimer l'activité de dépistage pour le VHB pour tous les CDAG de la région et rapporté à la population. L'activité a ainsi estimée en 2015 à 5,2 / 1000 habi-

tants en ex Languedoc-Roussillon et à 1,8 / 1000 habitants en ex Midi-Pyrénées. L'estimation de l'activité nationale est de à 3,6 / 1000 habitants [10].

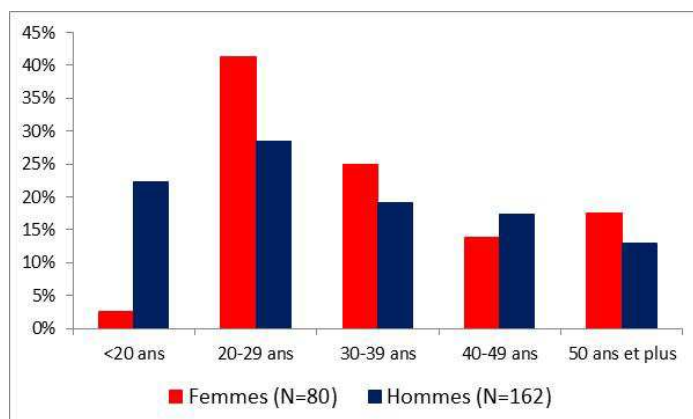
| Figure 25 | Activité de dépistage de l'Ag HBs dans les 15 CDAG ayant participé en continu à la surveillance, selon le sexe et l'âge, Occitanie, 2013-2015



Au niveau national, les tests sont majoritairement réalisés chez des hommes (56 %), âgés de 20 à 29 ans pour 48% d'entre eux. Les femmes testées sont plus jeunes que les hommes. Plus de 75 % d'entre elles ont moins de 30 ans.

Au niveau national, le pourcentage de positivité des tests Ag HBs est deux fois plus élevé chez les hommes (1,17 %) que chez les femmes (0,55 %). Le pourcentage de positivité le plus élevé est observé dans la classe d'âge des 30-39 chez les femmes (1,26 %) comme chez les hommes (1,90%). C'est dans la classe d'âge des 20-29 ans qu'hommes et femmes diagnostiqués positifs sont les plus nombreux.

| Figure 26 | Distribution par âge et sexe des cas positifs pour l'AgHBs dans les 15 CDAG ayant participé en continu à la surveillance, Occitanie, 2013-2015.



En Occitanie, les mêmes tendances sont retrouvées (Figure 25). Sur les 27 426 tests réalisés, durant les 3 années, dans les 15 CDAG ayant participé, 15 185 tests ont été réalisés chez des hommes (55 %) et 12 241 chez des femmes. Les tests de dépistage sont majoritairement réalisés chez les 20-29 ans pour les hommes comme pour les femmes.

Parmi les cas confirmés en Occitanie (Figure 26), la tranche d'âge la plus représentée chez les femmes est celle des 20-29, plus jeune qu'au niveau national où la tranche la plus représentée est celle des 30-39 ans. L'interprétation doit rester prudente en raison d'effectifs limités.

Patients en ALD

Les données du Sniiram (incluant le régime général dont sections locales mutualistes) montrent une poursuite de l'augmentation du nombre de personnes en ALD 6 pour une hépatite chronique B de 18 500 personnes en 2013, 19 650 (+6%) en 2014 et 20 350 (+4%) personnes en 2015. En 2015, 66% des personnes en ALD pour hépatite chronique B étaient des hommes.

Les classes d'âges les plus représentées étaient, au niveau national, pour les hommes, les 40-49 ans (26%) et les 50-59 ans (23%). Pour les femmes, il s'agissait des 30-39 ans (24%) et les 40-49 ans (24%).

Rapporté à la population, le nombre de personnes en ALD pour hépatite chronique B est en France métropolitaine de 30/100 000 habitants.

En Occitanie, (Figure 27) le nombre de personnes en ALD pour hépatite chronique B rapporté à la population **est de 20/100 000 habitants**.

Les données départementales montrent des valeurs plus élevées dans l'Hérault, la Haute-Garonne et le Tarn (Figure 28), pouvant correspondre à des différences d'incidence, de dépistage ou prise en charge.

Figure 27 | Nombre de personnes en affection longue durée au 31 décembre 2015 pour hépatite chronique B par région, ALD / 100 000 habitants, France (Sniiram)

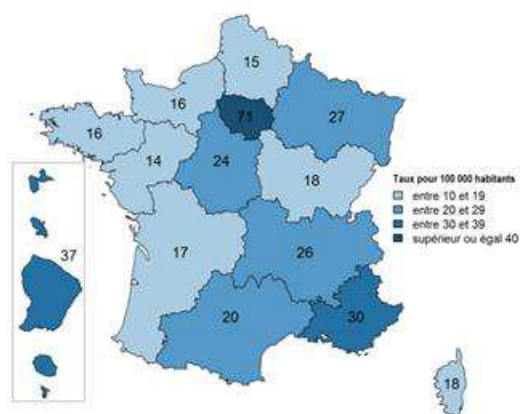
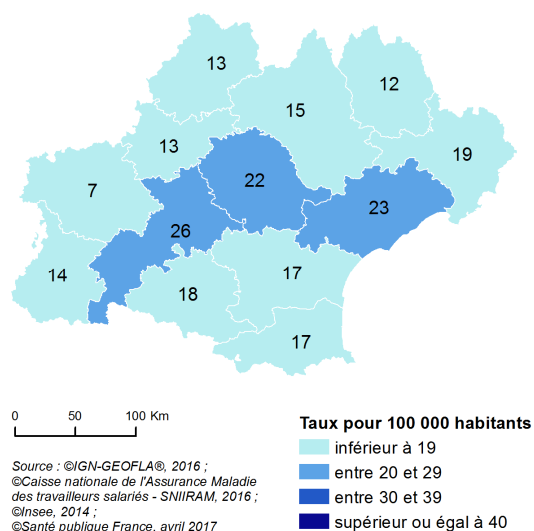


Figure 28 | Nombre de personnes en affection longue durée au 31 décembre 2015 pour hépatite chronique B, ALD /100 000 habitants, Occitanie (Sniiram)



Sources : Sniiram, régime général et sections locales mutualistes, France entière ; Insee, estimation de population au 1er janvier. Carte Geofla-IGN

Source : ©IGN-GEOFLA®, 2016 ;
©Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés - SNIIRAM, 2016 ;
©Insee, 2014 ;
©Santé publique France, avril 2017

Couverture vaccinale hépatite B

En population générale : enfants de 24 mois (3 doses)

Figure 29 | Couverture vaccinale contre l'hépatite B, 3 doses à 24 mois, certificats de santé, France, 2015

L'OMS préconise une couverture vaccinale de 3 doses à 90% en vue de l'élimination de l'hépatite B [16].

La couverture vaccinale anti-VHB a fortement progressé chez les jeunes enfants de 24 mois notamment depuis l'introduction du vaccin hexavalent en 2008 (35,1% en 2005 ; 64,6% en 2010 et 88,1% en 2015). On observe une forte hétérogénéité interdépartementale avec un gradient Nord Sud marqué (Figure 29).

En **Occitanie** en 2015, on observe des variations importantes entre territoires, de 68,3 à 84,6% pour la couverture 3 doses à 24 mois pour l'hépatite B, comme déjà décrit pour d'autres valences vaccinales (Figure 30).

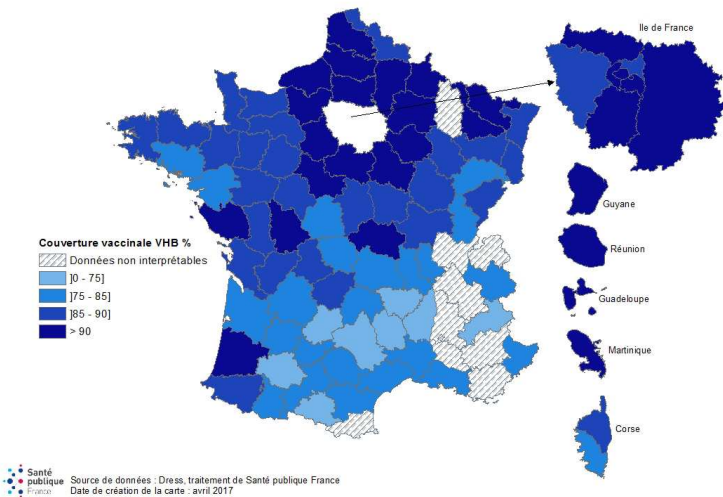
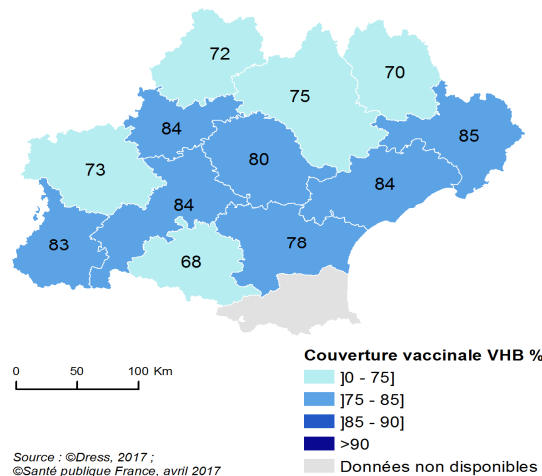


Figure 30 | Couverture vaccinale contre l'hépatite B, 3 doses à 24 mois, certificats de santé, Occitanie, 2015

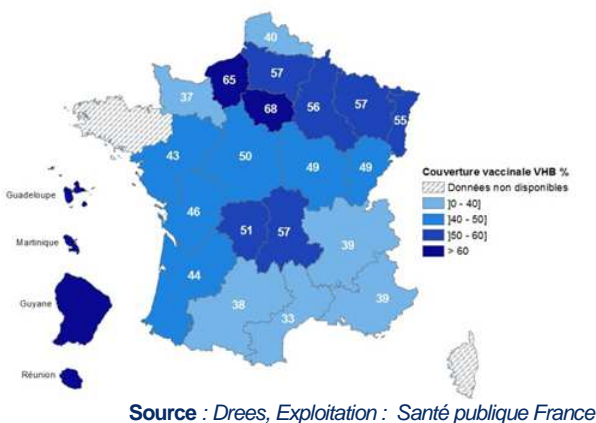


En population générale : enfants de 6 ans

Figure 31 | Couverture vaccinale contre l'hépatite B en grande section de maternelle, 6 ans, France, 2012.

Les données de couverture vaccinale contre hépatite B chez en grande section de maternelle (5-6 ans) en France montrent une augmentation : 33,5% en 2002-2003, puis 37,8% en 2005-2006 et 50,9% (IC95% : 50,1% - 51,6%) en 2012-2013. Comme pour les vaccinations chez les enfants de 24 mois. On observe une forte hétérogénéité avec un gradient Nord-Sud marqué.

En 2012, la région **Occitanie** se classe parmi les dernières de métropole pour la couverture vaccinale pour l'hépatite B chez les enfants de 5-6 ans, avec 33% en ex Languedoc-Roussillon et 38% en ex Midi-Pyrénées. En 2015-2016, le dispositif Infiscol porté par l'ORS ex Midi-Pyrénées a mesuré une couverture vaccinale pour l'hépatite B à 64,5 % en forte augmentation en ex Midi-Pyrénées (enfants de 6 ans nés en 2010 comparés aux enfants nés en 2007).



En population générale : enfants de 11 ans

Les données de couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les enfants scolarisés en cours moyen seconde année (CM2) (11 ans) montrent également une augmentation **au niveau national** : 33,1% en 2001-2002, puis 38,9% en 2004-2005, et 45,8% (IC95% : 44,2% - 47,4%) en 2007-2008 et enfin 45,9% (IC95% : 43,8% - 47,9%) en 2015.

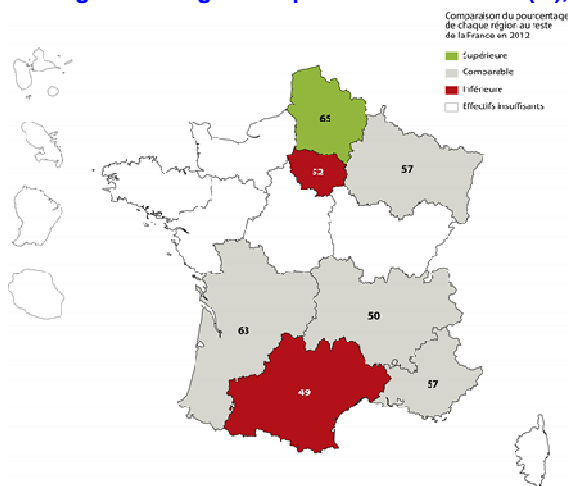
La vaccination contre l'hépatite B reste insuffisante en France. Entre 2012 et 2014, près de 80% des cas d'hépatites aiguës B déclarés en France relevaient d'une indication vaccinale et auraient donc pu être évités par la vaccination [17]. Si la couverture vaccinale anti-VHB a fortement progressé chez les jeunes enfants de 24 mois, elle reste très insuffisante et sans progression chez les adolescents, dont moins de la moitié sont vaccinés.

En 2015-2016, le dispositif Infiscol porté par l'ORS ex Midi-Pyrénées a mesuré une couverture vaccinale pour l'hépatite B à 37,5 % en augmentation légère en **ex Midi-Pyrénées** (enfants de classe de 6ème nés en 2004 comparés aux enfants nés en 2001).

En populations spécifiques : usagers de drogues intra-veineuses

En 2012, 56% des usagers de drogues fréquentant les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues—enquête ENA-CAARUD) déclaraient avoir eu une vaccination complète pour le VHB (données France métropolitaine et métropole). En région **Occitanie** le pourcentage estimé (49 %) est significativement inférieur à l'estimation nationale (Figure 32). Les analyses régionales montrent que la couverture vaccinale est la plus forte dans les Hauts de France (65%).

| Figure 32 | Vaccination complète déclarée contre le VHB parmi les usagers de drogues fréquentant les CAARUD (%), France, 2012



Sources : OFDT (enquête ENA-CAARUD 2012)

Etant donné les tensions d'approvisionnement des vaccins contre l'hépatite B chez l'adulte, liées à des problèmes de fabrication, les doses de vaccins disponibles sont réservées aux professionnels de santé et aux populations à risque définies par le Haut Conseil de la Santé (professionnels, personnes fortement exposées) [19]. A titre dérogatoire et transitoire, la délivrance de ces vaccins n'est plus assurée dans les officines de ville mais dans les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé [20].

Remboursements par l'Assurance Maladie en 2010-2015 des tests de dépistage de l'AgHBs et des Ac anti-VHC réalisés en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation dans un établissement de santé privé à but lucratif. Les données nationales couvrent tous les régimes. Les données régionales concernent uniquement les remboursements par le régime général (incluant les sections locales mutualistes). L'interprétation du nombre de tests remboursés rapporté à la population de la région doit donc être prudente, la répartition des régimes (Régime général vs les autres régimes d'assurance maladie) différant selon les régions. Les données par âge et sexe sont calculées sur la base de la date de remboursement et non de la date de l'acte. *Données : Assurance Maladie SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes), exploitation Santé publique France*

Enquête LaboHep 2013 sur l'activité de dépistage (nombre de tests réalisés) et le pourcentage de positivité de l'AgHBs et des Ac anti-VHC en 2010, estimés à partir d'un échantillon aléatoire de 1 504 laboratoires (publics et privés). Le pourcentage de positivité est défini par le rapport entre le nombre de tests trouvés positifs sur l'activité de dépistage. Les nombres de tests positifs ne reflètent pas les nombres de personnes nouvellement diagnostiquées positives, une même personne pouvant être comptabilisée dans plusieurs laboratoires. Ces données permettent également d'estimer l'incidence de l'hépatite B aigüe. *Données : Santé publique France*

La prévalence de l'hépatite B et de l'hépatite C, par Etablissement français du sang (EFS), chez les nouveaux donneurs de sang sur la période 2013-2015 et 1992-2015. La prévalence est définie par le rapport entre le nombre total de nouveaux donneurs de sang trouvés positifs et le nombre total de nouveaux donneurs de sang sur la même année. *Données : EFS, Institut national de la transfusion sanguine (INTS), Centre de transfusion sanguine des armées (CTSA)*

Activité de dépistage et pourcentage de positivité de l'AgHBs et des Ac anti-VHC dans les Consultations de dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) entre 2013 et 2015. Sont pris en compte les CDAG ayant participé sur les trois années. Le pourcentage de positivité est défini par le rapport entre le nombre de tests trouvés positifs et le nombre total de tests réalisés sur ces trois années. *Données : Santé publique France*

Les certificats de santé au 8^{ème} jour permettent de recueillir s'il y a eu recherche de l'antigène HBs pour la mère pendant la grossesse et le résultat du test pour chacun par département. La Drees collecte les fichiers départementaux envoyés par les services de protection maternelle et infantile (PMI). Pour 2014 les données sont manquantes pour 5 départements sur 100 (départements 04, 20, 44, 69 et 84). <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-premier-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-8eme-jour-cs8-2014>. *Données Drees, PMI*

Les certificats de santé du 24^{ème} mois et les bilans de santé en maternelle permettent d'estimer la couverture vaccinale contre l'hépatite B. La Drees collecte les fichiers départementaux envoyés par les services PMI. *Données : Drees, exploitation Santé publique France.*

Patients en ALD pour hépatites chroniques B ou C. Les codes CIM10 utilisés sont : Hépatite chronique C : B182 ;

Hépatite chronique B : B180, B181. Les analyses sont réalisées à partir des données du Sniiram (DCIR, Datamart consommation inter-régime), elles portent uniquement sur les bénéficiaires du régime général et des sections locales mutualistes (incluant la sécurité sociale des étudiants et des fonctionnaires). Les données ne permettent pas distinguer les initiations dans les différents DOM. *Données : Sniiram (DCIR), exploitation Santé publique France.*

Initiations de traitement VHC par antiviraux à action directe de 2^d génération : analyses à partir des données du Sniiram (DCIR, Datamart consommation inter-régime et PMSI) pour les années 2013, 2014 et 2015. Ces données incluent les données de remboursement tous régimes confondus. Les données ne permettent pas distinguer les initiations dans les différents DOM. *Données : Sniiram (DCIR et PMSI), exploitation Santé publique France.*

Enquête ENa-CAARUD : Enquête nationale exhaustive menée auprès des CAARUD de métropole et des DOM, une semaine donnée au mois de novembre. Chaque personne qui entre en contact avec la structure au moment de l'enquête est interrogée par un intervenant du centre qui remplit un questionnaire en face-à-face. Les questions portent sur les consommations, les comportements de consommation, les dépistages (VIH, VHB, VHC) et la situation sociale. En 2015, 3 129 individus ont été inclus dans l'analyse (2 905 en 2012, 2 505 en 2010 et 3 138 en 2008.) Le taux de recueil (part des usagers pour lequel le questionnaire a été rempli rapporté à l'ensemble des usagers accueillis pendant l'enquête dans les CAARUD ayant participé à l'enquête) était 74,1 % en 2012, 59,6 % en 2010 et 72,8 % en 2008. Années disponibles : 2006, 2008, 2012, 2015 pour la prévalence déclarée et le dépistage du VHC chez les UDI et 2012 pour la déclaration de couverture vaccinale complète par les UD. *Données : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)*

Enquête Recap-OFDT (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) auprès des usagers des CSAPA. Ce dispositif mis en place en 2005, collecte en continu des données sur les personnes accueillies dans les CSAPA. Les informations recueillies sont relatives au profil socio-démographique des patients, à leurs consommations, à leur prise en charge et à leur santé notamment leur statut sérologique déclaré vis-à-vis du VIH et VHC. En 2015, 189 000 patients (dont 47 259 dans le groupe opiacés, cocaïne et substances autres que cannabis et alcool) ont été vus dans 269 CSAPA ambulatoires distincts, 8 CSAPA avec hébergements et 4 CSAPA en milieu pénitentiaire parmi les 430 CSAPA existants (taux de couverture d'environ 65 % des CSAPA). La déclaration de vaccination complète contre le VHB n'est pas exploitable au niveau régional en raison du faible taux de réponse à cette question (50% des patients en 2013) *Données : OFDT*

Baromètres santé : mises en place en 1992. Ce sont des enquêtes déclaratives reposant sur des échantillons constitués par sondage aléatoire ; les entretiens sont réalisés par téléphone auprès de la population générale. Plus de 15 000 personnes âgées de 15 à 75 ans résidant en France Métropolitaine ont été interrogés en 2014 et 2016 ; environ 2000 personnes l'ont été dans chacun des départements d'outre-mer dans le cadre du Baromètre santé DOM 2014 [21 ; 22; 23].

Bibliographie

- [1] Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014 sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
- [2] Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2016. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_.pdf
- [3] Brouard C, Léon L, Bousquet V, Semaille C, Larsen C. Dépistage des hépatites B et C en France en 2010, enquête LaboHep 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(19):205-209. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-19-2013>
- [4] 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. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/26-27/2015_26-27_1.html
- [5] Weill-Barillet L, Pillonel J, Semaille C, Léon L, Le Strat Y, Pascal X, Barin F, Jauffret-Roustide M. Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey. Rev Epidemiol Sante Publique. 2016 Feb 19. pii: S0398-7620(15)00473-3.
- [6] Jauffret-Roustide M, Serebroshkaya D, Chollet A, Barin et al. Comparaison des profils, pratiques et situation vis-à-vis de l'hépatite C des usagers de drogues russophones et francophones à Paris, ANRS-Coquelicot, 2011-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2017 ; (14-15) <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>
- [7] Pioche C, Pelat C, Larsen C, Desenclos JC, Jauffret-Roustide M, Lot F, Pillonel J, Brouard C. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine 2011 ; Bull Epidemiol Hebd. 2016;(13-14):224-229. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/13-14/2016_13-14_1.html
- [8] Cadet-Taïrou, A., Saïd, S. and Martinez, M. (2015). Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. Tendances. OFDT, 98. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/profils-et-pratiques-des-usagers-des-caarud-en-2012-tendances-98-janvier-2015/>
- [9] Lermenier-Jeannet, A. and Cadet-Taïrou, A., [Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015. Tendances. OFDT, à paraître.](http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/profils-et-pratiques-des-usagers-des-caarud-en-2015-tendances-100-janvier-2015/)
- [10] Pioche C, Léon L, Vaux S, Brouard C, Cazein F, Pillonel J, Lot F. Activité de dépistage du VIH et des hépatites B et C, au sein des Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) ; Bull Epidemiol Hebd. 2017; (14-15) <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>
- [11] Journée nationale de lutte contre les hépatites virales, 25 mai 2016, ministère des affaires sociales et de la Santé. <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-de-marisol-touraine-journee-de-lutte-contre-les-hepatites-virales>.
- [12] Haute Autorité de Santé (HAS). La HAS est favorable à l'élargissement du traitement de l'hépatite C et encadre les conditions. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2729447/fr/la-has-est-favorable-a-l-elandissement-du-traitement-de-l-hepatite-c-et-en-cadre-les-conditions?cid=r_1437833
- [13] Brouard C, Boussac-Zarebska M, Silvain C, Durand J, De Ledinghen V, Larsen C, Pillonel J, Delaroc-Astagneau. Rapid and large implementation of HCV treatment advances in France, 2007 to 2015. EASL. Amsterdam. Avril 2017.
- [14] Brouard C, Gautier A, Saboni L, Jestin C, Semaille C, Beltzer N pour l'équipe KABP. Connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2012; (29-30):333-8. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-29-30-2012>.
- [15] Richaud-Eyraud E, Brouard C, Antona D, La Roche G, Tourdjman M, Dufourq MN, et al. Dépistage des maladies infectieuses en cours de grossesse : résultats de l'enquête Elfe en maternités, France métropolitaine, 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(15-16):254-63. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/15-16/2015_15-16_4.html
- [16] World Health Organization. Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030. Geneva: WHO; 2016.
- [17] Brouard C, Pioche C, Léon L, Lot F, Pillonel J, Larsen C. Incidence et modes de transmission de l'hépatite B aiguë diagnostiquée en France, 2012-2014. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(13-14):237-243. Disponible sous : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>
- [18] Santé publique France. Données de couverture vaccinale contre l'hépatite B en France. Données nationales et internationales. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Hepatitis-B>
- [19] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux tensions d'approvisionnement de vaccins contre l'hépatite A et l'hépatite B, 14 février 2017. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=594>
- [20] Instruction DGS/PP2/DGOS/DSS/2017/72 du 2 mars 2017 relative à la vente au public et au détail, à titre dérogatoire et transitoire, par les pharmacies à usage intérieur autorisées des vaccins contre l'hépatite B, ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® et HBVAXPRO 10 microgrammes®.
- [21] Richard JB, Gautier A, Guignard R, Léon C, Beck F. Méthode d'enquête du Baromètre santé 2014. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2015. Disponible: <http://www.inpes.sante.fr/CFESbases/catalogue/pdf/1613.pdf>
- [22] Richard J-B, Andler R, Gautier A, Guignard R, Leon C, Beck F. Effects of using an Overlapping Dual-Frame Design on Estimates of Health Behaviors: A French General Population Telephone Survey. J Surv Stat Methodol. 2016.
- [23] Richard J.-B., Andler R. Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2015 : 16 p

Vendredi **8 septembre**
de **8h30 à 16h00**

2017

8h30 > 9h00 Accueil des participants autour d'une collation

9h00 > 11h00 Conférences

Les 20 ans du Centre Expert et du Réseau Hépatites
Professeur Dominique LARREY - Hépatogastro-entérologue - CHU Montpellier

Les actions du Réseau Hépatites Languedoc-Roussillon
Docteur Didier RIBARD - Hépatogastro-entérologue - CHU Nîmes

Les actualités concernant les traitements Hépatite C - Hépatite B - VIH en 2017
Professeur G-Philippe PAGEAUX - Hépatogastro-entérologue - CHU Montpellier

L'hépatite E : que faut-il savoir ?
Professeur Jean-Marie PERON - Hépatogastro-entérologue - CHU Toulouse

11h00 > 11h30 Pause - Visite des stands

11h30 > 13h00 Ateliers 1-2-3

N°1 : L'accès aux soins et la prise en charge sociale des populations vulnérables
Jérémy HERVET - Infirmier - Equipe Mobile Hépatites Centre Hospitalier de Perpignan
Stéphane MONTABONE ou Anne POURRET - Assistant Socio-éducatif -
Equipe Mobile Hépatites Centre Hospitalier de Perpignan

N°2 : Quelle prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral à l'heure des antiviraux directs : du dépistage à l'Education Thérapeutique du Patient
Docteur Yann LEBRICQUIR - Hépatogastro-entérologue - Unité Sanitaire de Béziers
Docteur Frédérique CHARLES - Médecin - Unité Sanitaire de Béziers
Raymond BERTOMEU - IDE - Unité Sanitaire de Béziers
Docteur Fadi MEROUEH - Addictologue - Chef de service US VLM
Henri MARTEAU - Cadre de santé - Unité Sanitaire VLM
Marie-Claire NEPPER - IDE - Unité Sanitaire VLM

N°3 : Addictions : Alcool et toxicomanie : un défi transdisciplinaire
Docteur Jean-Marc JACQUET - Addictologue - CHU NIMES
Docteur Hélène DONNADIEU RIGOLE - Addictologue - CHU Montpellier

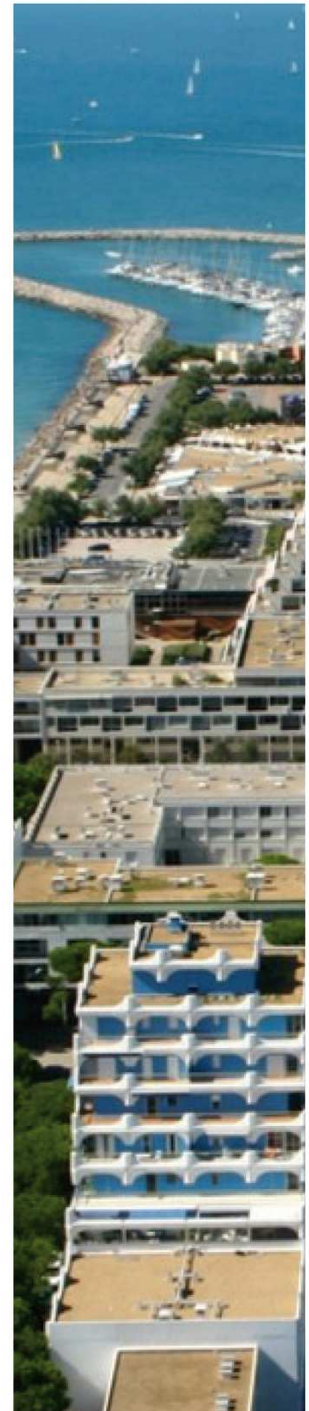
13h00 > 14h30 Déjeuner

14h30 > 16h00 Ateliers 4-5-6

N°4 : L'accès aux soins et la prise en charge sociale des populations vulnérables
Jérémy HERVET - Infirmier - Equipe Mobile Hépatites Centre Hospitalier de Perpignan
Stéphane MONTABONE ou Anne POURRET - Assistant Socio-éducatif -
Equipe Mobile Hépatites Centre Hospitalier de Perpignan

N°5 : Quelle prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral à l'heure des antiviraux directs : du dépistage à l'Education Thérapeutique du Patient
Docteur Yann LEBRICQUIR - Hépatogastro-entérologue - Unité Sanitaire de Béziers
Docteur Frédérique CHARLES - Médecin - Unité Sanitaire de Béziers
Raymond BERTOMEU - IDE - Unité Sanitaire de Béziers
Docteur Fadi MEROUEH - Addictologue - Chef de service US VLM
Henri MARTEAU - Cadre de santé - Unité Sanitaire VLM
Marie-Claire NEPPER - IDE - Unité Sanitaire VLM

N°6 : Addictions : Alcool et toxicomanie : un défi transdisciplinaire
Docteur Jean-Marc JACQUET - Addictologue - CHU NIMES
Docteur Hélène DONNADIEU RIGOLE - Addictologue - CHU Montpellier



Mise en page : Service Communication - CHU de Montpellier - 04/17 - G. Faugier

Contact — Marie-Claude WEY, coordinatrice du Réseau Hépatites Languedoc-Roussillon

Tél. : 04 67 33 78 46 ou 06 65 84 97 55 / Mail : reseau-hepatites-lr@chu-montpellier.fr

Lieu — Hôtel novotel - La Grande Motte Golf / 1641 avenue du Golf - 34280 La Grande Motte / Tél. : 04 67 29 88 88

Pour en savoir plus sur l'épidémiologie

Santé Publique France. Données régionales de l'hépatite B. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-B/Indicateurs-regionaux-de-surveillance-de-l-hepatite-B>

Santé Publique France. Données régionales de l'hépatite C. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-C/Indicateurs-regionaux-de-surveillance-de-l-hepatite-C>

Données de couverture vaccinale contre l'hépatite B en France. Données nationales et infra-nationales. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Hepatitis-B>

Pour en savoir plus sur la prévention des hépatites B et C

La prévention de l'hépatite B. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/hepatites/hepatite-B.asp>

La prévention de l'hépatite C. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/hepatites/hepatite-C.asp>

La vaccination contre l'hépatite B <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Vacc>

Remerciements

A l'ensemble des déclarants, médecins cliniciens des CDAG et nouveaux Cegidd, des PMI, des laboratoires d'analyse médicale ainsi que l'ensemble des partenaires qui contribuent à la surveillance des hépatites et de la couverture vaccinale.

Auteurs

Cyril Rousseau (Santé publique France, Cire Occitanie)

Sophie Vaux, Corinne Pioche, Cécile Brouard, Josiane Pillonel, Vanina Bousquet, Laure Fonteneau, Arnaud Gautier, Florence Lot (Santé publique France, Saint Maurice 94)

Anne-Claire Brisacier (OFDT)

Mots clefs

VHB, VHC, dépistage, diagnostic, prévalence, perception, vaccin hépatite B, indicateurs régionaux

Re-

Directeur de la publication : Pr François BOURDILLON,
Directeur général de Santé publique France

Rédacteur en chef : Damien Mouly, responsable de la
Cire Occitanie

Retrouvez-nous sur :
www.santepubliquefrance.fr

Diffusion Cire Occitanie

Site Montpellier

28 Parc-Club du Millénaire - 1025 rue H. Becquerel -
34067 Montpellier cedex 2

Site Toulouse

10, chemin du Raisin
31050 TOULOUSE Cedex 9

ars-oc-dsp-cire@ars.sante.fr

tel : 05 34 30 25 25