

Surveillance des hépatites B et C Bretagne — Juin 2017

**Dr Mathilde Pivette, Dr Bertrand Gagnière, Santé publique France, Cire Bretagne
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**

A l'occasion de la Journée nationale de lutte contre les hépatites B et C, ce bulletin présente les données de surveillance du dépistage et du diagnostic des hépatites B et C pour la région Bretagne et la couverture vaccinale contre l'hépatite B.

Les indicateurs décrits sont ceux produits par Santé publique France ou par des partenaires de surveillance. Il est également fait mention de résultats de surveillance issus de publications sans que ce document ne vise une revue bibliographique exhaustive.

A l'occasion de la Journée nationale de lutte contre les hépatites B et C, Santé publique France met à disposition sur son site internet, comme chaque année, l'ensemble des données épidémiologiques relatives aux hépatites virales dont il dispose, qu'il s'agisse de données nationales ou régionales.

Un numéro thématique sur les hépatites B et C sera publié le 20 juin 2017 dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>).

Page 2	Généralités et contexte général sur les hépatites	Page 12	Couverture vaccinale contre l'hépatite B En population générale En populations spécifiques
Page 3	Hépatite C Activité de dépistage et de diagnostic, prévalence de l'hépatite C	Page 13	Méthodologie, partenaires de la surveillance
Page 7	Prise en charge des patients avec une hépatite C chronique	Page 14	Bibliographie
Page 8	Hépatite B Activité de dépistage et de diagnostic de l'hépatite B	Page 15	Pour en savoir plus sur l'épidémiologie Pour en savoir plus sur la prévention des hépatites Remerciements Mots clés
Page 11	Prise en charge des patients avec une hépatite B chronique		

| Editorial |

Dr Jean-Pierre Epailard, ARS Bretagne, Référent régional Santé Sexuelle, Hépatites, VIH

La Bretagne reste une des régions avec la plus faible prévalence des hépatites à virus B et C, mais aussi une des régions où le recours au dépistage est le plus faible. Le vaccin contre l'hépatite B et les nouveaux traitements de l'hépatite C permettent de viser l'éradication de ces deux hépatites responsables de 96% des décès liés aux hépatites virales à travers le monde.

L'enjeu majeur pour les années à venir est donc le dépistage des personnes qui ignorent leur séropositivité aux virus de l'hépatite B et C.

Concernant l'hépatite C, la Bretagne s'est donné comme priorité d'intensifier le dépistage chez les usagers de drogues par voie injectable, principal réservoir de ce virus. L'utilisation des TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique) dans les CSAPA (Centres de Soins et de Prévention en Addictologie) et les CAARUD (Centre d'Accueil, d'accompagnement à la réduction des Risques chez les Usagers de Drogues), sous couvert d'une autorisation de l'ARS, devrait permettre d'intensifier ce dépistage. Parallèlement, un dispositif de « guichet unique » dans les CSAPA est en cours de mise en œuvre, permettant une prise en charge globale et intégrée des patients sur ce lieu unique : dépistage, diagnostic, mise sous traitement, suivi.

Si des progrès notables ont été faits sur la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les enfants de 24 mois (87% en 2015), moins de la moitié des adolescents sont vaccinés. Malgré la difficulté à effectuer des rattrapages vaccinaux chez les jeunes, des actions restent à déployer pour améliorer la couverture de ces tranches d'âge.

La surveillance des hépatites B et C reste une des clés de la lutte contre ces virus et sera intégrée dans un tableau de bord regroupant l'ensemble des données disponibles concernant la prévention (vaccination, dépistage) les soins (PMSI, ALD) et les prises en charge médico-sociales.

Bonne lecture.

Points clefs pour la Bretagne

Hépatite C

- *Activité de dépistage inférieure à la moyenne de France métropolitaine que ce soit sur la base des remboursements de l'assurance maladie dans les laboratoires privés (23 tests / 1000 habitants vs 41 tests / 1000 habitants) ou sur la base de l'activité des laboratoires publics et privés (36 tests / 1000 habitants vs 55 tests / 1000 habitants).*
- *Taux de positivité (24 / 100 000) inférieur au taux de France métropolitaine (50 / 100 000).*
- *Chez les donneurs de sang, prévalence inférieure au niveau national et tendance décroissante sur 2001-2015.*
- *Chez les usagers de drogues par voies injectables, prévalence inférieure au niveau national (30,5% vs 45,5% source OFDT, CSAPA).*
- *Dans les 7 CDAG participants entre 2013 et 2015, augmentation de l'activité de dépistage (+ 8%) sur la période et diminution du pourcentage de positivité (0,61% en 2013 et 0,39% en 2015) probablement liées à l'élargissement du dépistage à des populations moins à risque.*
- *Taux de prise en charge en Affection de Longue Durée (ALD) inférieur (63 / 100 000) au niveau de France métropolitaine (97 / 100 000).*
- *Multiplication par 2 du nombre de patients ayant initié un traitement par anti viraux d'action directe entre 2014 (6 / 100 000) et 2015 (11 / 100 000).*

Hépatite B

- *Activité de dépistage inférieure au niveau de France métropolitaine que ce soit sur la base des remboursements de l'assurance maladie dans les laboratoires privés (29 tests / 1000 habitants vs 43 tests / 1000 habitants) ou sur la base de l'activité des laboratoires publics et privés (40 tests / 1000 habitants vs 57 tests / 1000 habitants).*
- *Taux de positivité (24 / 100 000) inférieur au taux de France métropolitaine (48 / 100 000).*
- *Chez les donneurs de sang, prévalence très inférieure au niveau national sur toute la période de surveillance.*
- *Taux de positivité du dépistage pré-natal inférieurs au taux national (0,6%) dans tous les départements sauf les Côtes d'Armor (1,5%).*
- *Dans les 6 CDAG participants entre 2013 et 2015, augmentation de l'activité de dépistage (+ 29%) sur la période et diminution de la positivité (-42%).*
- *Taux de prise en charge en ALD inférieur (16 / 100 000) au niveau de France métropolitaine (30 / 100 000).*

Vaccination hépatite B

- *Couverture vaccinale 3 doses sur le Certificat de Santé du 24ème mois : 87 à 89% en Côtes d'Armor, Finistère et Ille-et-Vilaine, 83% dans le Morbihan.*

| 1. Généralités et contexte général sur les hépatites |

Les hépatites B et C sont des infections hépatiques causées par les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC). Les hépatites B et C représentent un problème de santé publique majeur du fait de leur gravité potentielle avec une évolution possible vers une cirrhose et/ou un carcinome hépatocellulaire, du nombre de personnes infectées et du coût engendré par leur 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 et dans une moindre mesure par voie intranasale. 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 (correspondant à une persistance du virus dans le sang pendant plus de 6 mois) dans 60% à 85% des cas. Les nouveaux traitements (antiviraux à action directe de seconde génération) permettent désormais la guérison de cette infection dans plus de 90% des cas.

Pour le VHB, les principales expositions à risque de transmission en France sont les rapports sexuels à risque (avec un par-

tenaire porteur d'une infection chronique par le VHB, en cas de partenaires multiples ou de rapports entre hommes) et le séjour dans une zone d'endémie pour l'hépatite B. La transmission peut également intervenir par exposition à du sang ou des objets contaminés tels que lors d'échanges de seringues, de pratiques de tatouage, piercing ou acupuncture.

L'hépatite B est potentiellement grave en raison d'un passage à la chronicité dans 2 à 10% des cas. Les traitements actuellement disponibles ne permettent pas d'obtenir la guérison définitive de l'infection chronique. La vaccination est le moyen de prévention le plus efficace contre cette maladie.

Dans le monde, les régions les plus touchées par ces infections sont : l'Afrique et l'Asie centrale et orientale pour l'hépatite C, l'Afrique Subsaharienne et l'est de l'Asie pour l'hépatite B.

La France est un pays de faible endémicité pour le VHC et pour le VHB. Le nombre de personnes ayant une infection chronique par le VHC a été estimé à 192 700 en 2011 en France métropolitaine, soit 0,42% de la population. La prévalence de l'hépatite B chronique est inférieure à 1% en population métropolitaine. En France, les régions les plus concernées pour les infections à VHC sont la Provence Alpes Côte d'Azur, l'Île de France et l'Occitanie. Pour les infections à VHB, il s'agit des départements d'outre-mer (Mayotte, Guyane et Guadeloupe) et de l'Île de France.

2.1 Activité de dépistage et de diagnostic, prévalence de l'hépatite C

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].

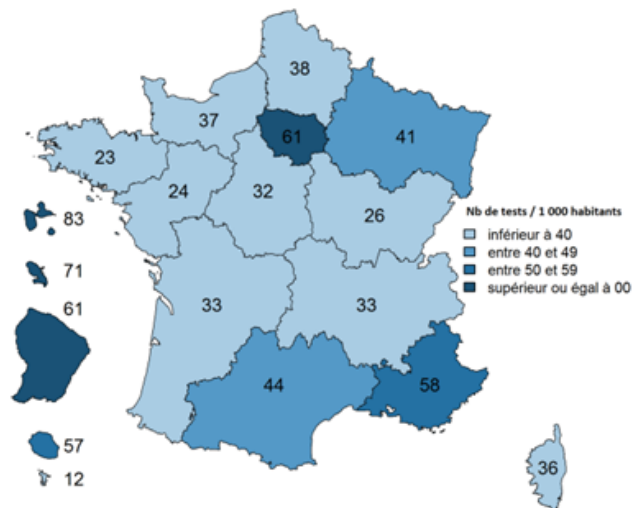
Ces recommandations ont été étendues en 2016 à l'ensemble des adultes quel que soit leur sexe [2]. La stratégie de dépistage contre l'hépatite C doit être revue prochainement par la Haute Autorité de Santé (HAS).

2.1.1 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 passé 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 de l'assurance maladie (incluant les sections locales mutualistes). Dans ces régimes, l'activité de dépistage France entière pour 2015 y 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).



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

En **Bretagne**, 76 000 tests ont été réalisés dans le cadre du régime général, ce qui rapporté à la population de la région, permet d'estimer l'activité de dépistage à 23 tests pour 1 000 habitants (Tableau 1). L'activité de dépistage est ainsi plus basse que la moyenne de France métropolitaine.

Tableau 1 : Activité de dépistage des Ac anti-VHC, Région Bretagne, 2013-2015.

Région	Nombre de tests Ac Anti-VHC remboursés			Nombre de tests Ac anti-VHC remboursés / 1000 habitants *		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Bretagne	69 185	74 152	76 119	21	23	23
France métropolitaine	2 404 216	2 564 704	2 655 856	38	40	41
DOM	125 665	128 774	127 095	60	61	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

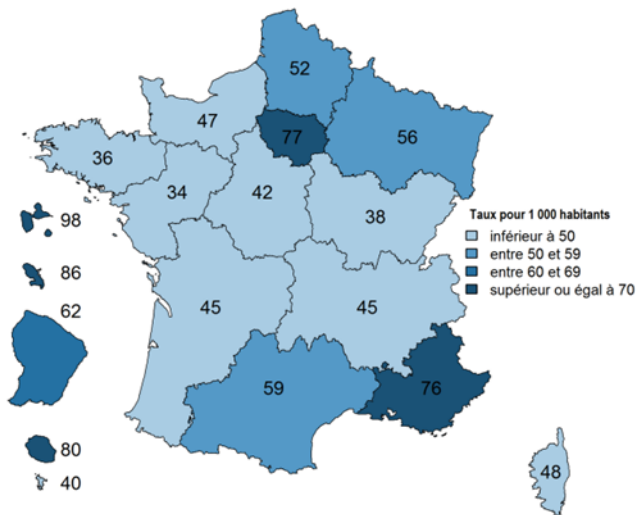
Les données nationales montrent un dépistage plus fréquent chez les femmes (63% des dépistages en 2015) et notamment celles en âge de procréer mais sans augmentation significative en 2015 des dépistages pour les classes d'âge couvertes par les recommandations de 2014.

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.

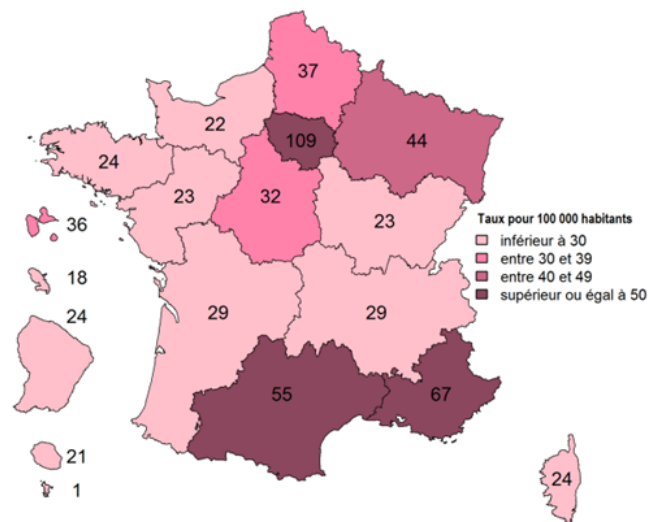
Ces dépistages sont réalisés majoritairement (69%) dans le secteur privé. Cette enquête met en évidence des disparités régionales marquées aussi bien pour les dépistages que pour les résultats des tests (Figures 2 et 3). Le nombre de sérologies de dépistage des Ac anti-VHC par habitant est plus élevé 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).



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

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

Le nombre de sérologies de dépistage des Ac anti-VHC par habitant en **Bretagne** est de 36 / 1 000 habitants et de 55 / 1 000 en France métropolitaine (Tableau 2). Le nombre de tests Ac anti-VHC confirmés positifs est de 24 / 100 000 en **Bretagne** bien inférieur à la valeur observée en France métropolitaine (50 / 100 000).

Au niveau national, les personnes confirmées positives pour les Ac anti-VHC pour la première fois en 2013 sont majoritairement des hommes (63%) et pour 50% des personnes âgées entre 40 et 49 ans.

Tableau 2 : Activité de dépistage des Ac anti-VHC et tests positifs, Région Bretagne, 2013 (LaboHep).

Région	Activité de dépistage	Nbre de tests de dépistage pour 1000 habitants	Test confirmés positifs	Nbre de tests de dépistage positifs pour 100 000 habitants
Bretagne	115 890	36	796	24
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 plus fréquente dans les DOM qu'en France métropolitaine : ces pourcentages sont de 31,4% à la Réunion, 38,7% à la Martinique, 40,2% en Guadeloupe et 46,3% en Guyane (enquête Baromètre santé DOM 2014) contre 19,4% en France métropolitaine (données Baromètre santé 2010).

Parmi les personnes ayant fait un dépistage, celles ayant déclaré avoir eu l'hépatite C sont 4,5% en Guyane, 4,3% en Guadeloupe, 2,1% à la Réunion et 1,7% en Martinique.

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

2.1.2 En population spécifique

Chez les nouveaux donneurs de sang

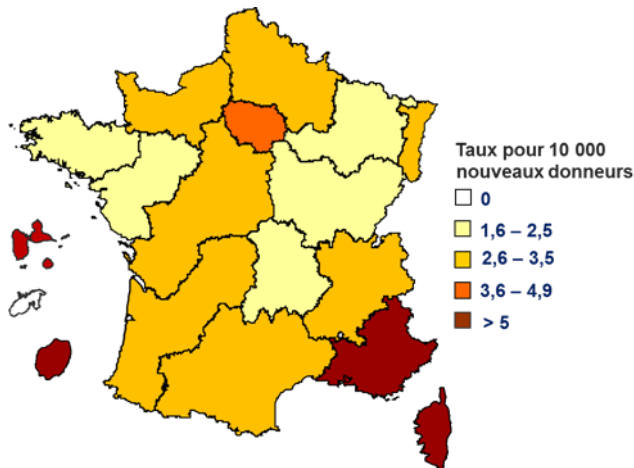
En France, sur un total de 1 033 700 nouveaux donneurs de sang sur la période 2013-2015, 330 ont été confirmés positifs pour le VHC (Ac anti-VHC ou ARN du VHC). Dans la mesure où les candidats au don connaissant leur infection par le VHC s'auto-excluent ou sont écartés du don lors de l'entretien médical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

Les données régionales sont disponibles et présentées selon le découpage régional de l'établissement français du sang (EFS).

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) et en Ile de France (4,0) (Figure 4). Il n'y a pas de données disponibles pour la Guyane et Mayotte.

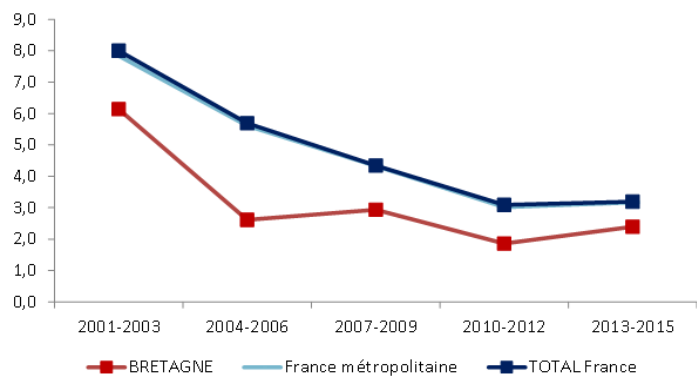
L'évolution de la prévalence du VHC chez les nouveaux donneurs entre 2001 et 2015 en **Bretagne** montre une tendance générale à la baisse, comme ce qui est observé au niveau national (Figure 5).

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), Bretagne, 2001-2015.



Source : Santé publique France, INTS, EFS, CTSA

Chez les usagers de drogue 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 UD et près de 65% usagers de drogues par voie injectable (UDI) sont porteurs d'Ac anti-VHC [5]. Cette prévalence atteint presque 90% chez les UDI russophones contre 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 parmi les UDI recueillis par l'OFDT dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) (de 55% en 2005 à 46,4% en 2010) et dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) (de 47,6% en 2006 à 33,0% en 2012). En revanche, les der-

nières données déclaratives de 2015 montrent une stabilisation (45,2% en CSAPA et 34,7% en CAARUD).

Les analyses régionales ne sont pas disponibles pour toutes les régions en raison d'effectifs parfois trop réduits. Sur les cartes, 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 le sens de l'évolution régionale entre 2008 et 2015. Pour certaines régions, l'absence de différence significative peut être liée à un manque de puissance (effectif trop réduits).

La prévalence déclarée de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les UDI en CSAPA en **Bretagne** en 2015 (30,5%) est significativement inférieure à l'estimation des autres régions.

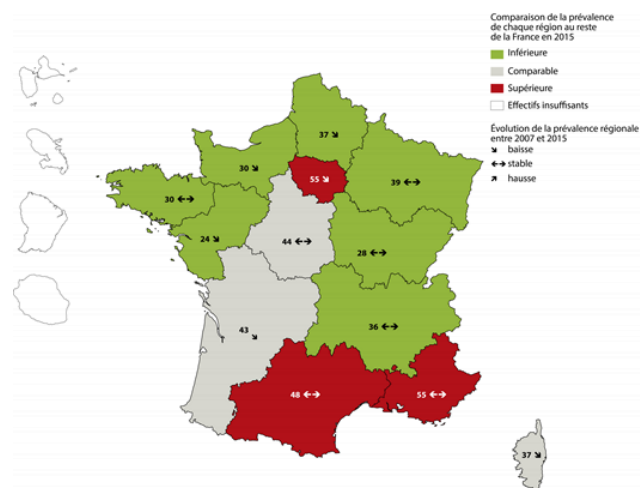
L'estimation nationale est de 45,2% (Figure 6). L'évolution de la prévalence déclarée dans les CSAPA de **Bretagne** (Figure 7) sur les années 2007, 2010 et 2015 montre de légères fluctuations (2007 : 35,5%, 2010 : 37,1%, 2015 : 30,5%) qui ne sont cependant pas significatives en raison de la faiblesse des effectifs. Pour ces trois années, la prévalence déclarée en **Bretagne** est inférieure à l'estimation nationale. La faible participation des CSAPA au dispositif RECAP en **Bretagne**, Normandie et Haut de France s'explique en partie par le nombre important de CSAPA entièrement spécialisés en alcoologie dans ces régions.

La prévalence déclarée de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les UDI en CAARUD ne peut pas être estimée en **Bretagne** à cause d'effectifs insuffisants (Figure 8). Au niveau national, il est observé une évolution à la baisse de la prévalence déclarée sur la période d'étude, avec une stabilisation en 2015 (Figure 9).

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.

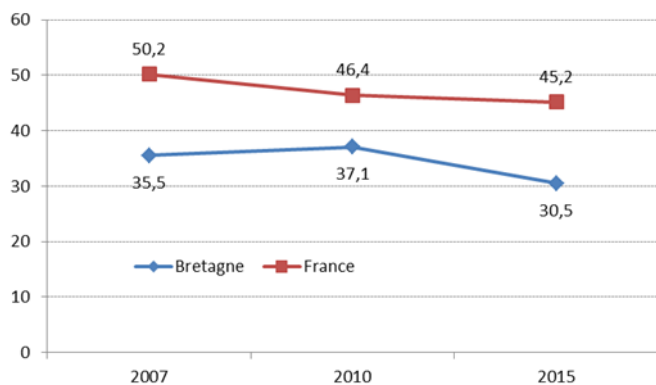
En 2015, parmi les usagers de drogues fréquentant les CAARUD déclarant avoir déjà été dépistés pour l'hépatite C, 46 % avaient un test récent (moins de 6 mois). Ce pourcentage est stable par rapport à 2008 (43%). L'estimation de ce pourcentage en **Bretagne** n'est pas disponible à cause d'effectifs insuffisants (Figure 10).

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



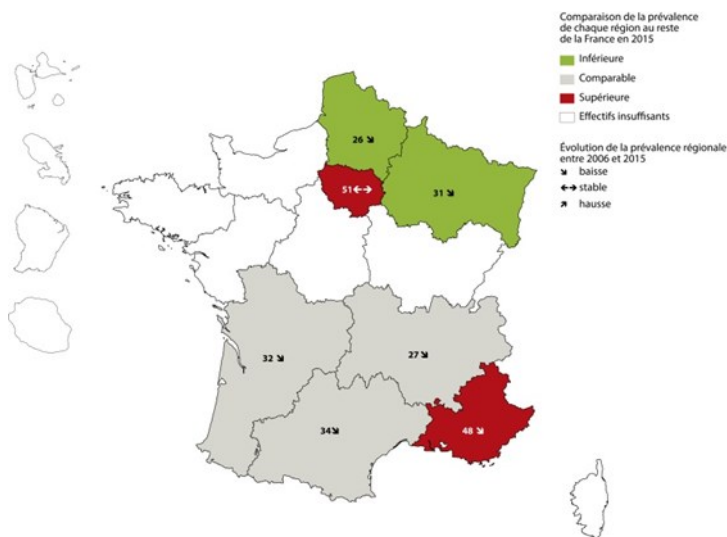
Source : OFDT (enquêtes RECAP/CSAPA 2007, 2015)

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



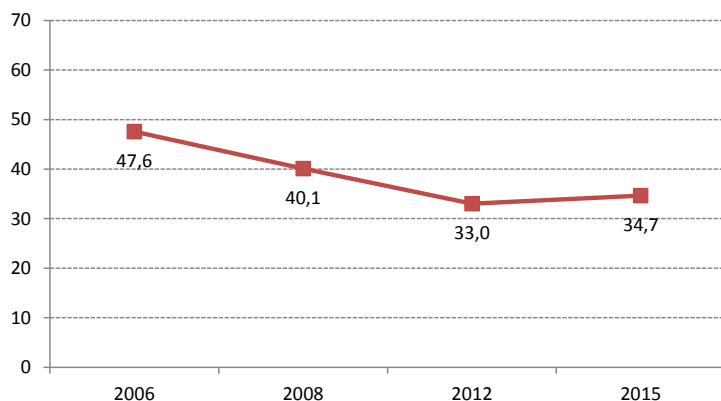
Sources : OFDT (enquêtes RECAP/CSAPA 2007, 2010, 2015)

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



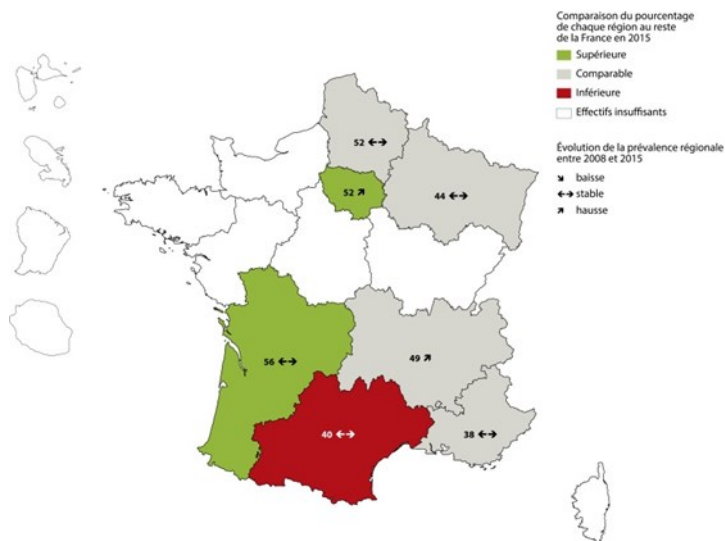
Sources : OFDT (enquêtes ENa-CAARUD 2006, 2015)

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



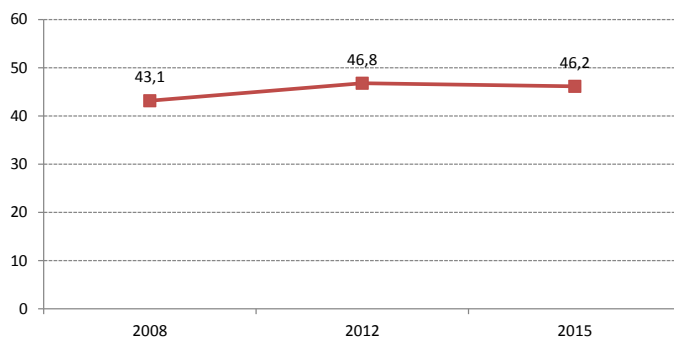
Sources : OFDT (enquêtes ENa-CAARUD 2006, 2008, 2012 et 2015)

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 de drogues 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*, France, 2008, 2012, 2015.



* parmi les usagers de drogues déclarant avoir déjà été dépistés pour l'hépatite C.
Sources : OFDT (enquêtes ENa-CAARUD 2008, 2012 et 2015)

En consultations 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 (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 (hors Mayotte) (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. Les différences peuvent être liées à un recrutement spécifique des CDAG.

En **Bretagne**, 7 CDAG ont participé à la surveillance sur les trois années. Le pourcentage de positivité pour le VHC est en **Bretagne** (0,55%) inférieur au pourcentage de France métropolitaine (0,84%).

Tableau 3 : Activité de dépistage et pourcentage de positivité des Ac anti-VHC dans les 7 CDAG ayant participé en continu à la surveillance, Bretagne, 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
Bretagne	83	14 994	0,55%	7
France métropolitaine	2 959	352 728	0,84%	224
Total DOM (hors Mayotte)	118	22 178	0,53%	6
France entière (hors Mayotte)	3 077	374 906	0,82%	230

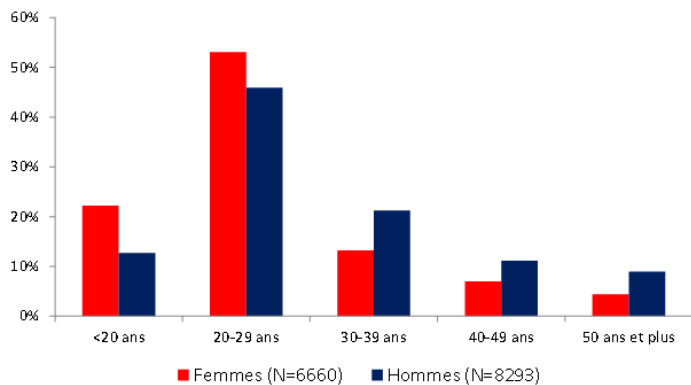
1- CDAG ayant participé les trois années

Source : Santé publique France

En **Bretagne**, il est observé une augmentation de l'activité de dépistage entre les années 2013 et 2014 (+6%) et entre 2014 et 2015 (+2%). Sur la même période, le pourcentage de positivité pour les Ac VHC était de 0,61% en 2013, 0,67% en 2014 et 0,39% en 2015. Ceci peut s'expliquer par un élargissement du dépistage à des populations moins à risque pour l'hépatite C.

Une étude récente a permis d'estimer l'activité de dépistage pour le VHC de l'ensemble des CDAG de 2001 à 2015 par région. L'activité a ainsi été estimée en 2015 à 2,4 tests / 1 000 habitants en **Bretagne** et à 3,0 / 1000 habitants au niveau national [10].

Figure 12 : Activité de dépistage des Ac anti-VHC dans les 7 CDAG ayant participé en continu à la surveillance, selon le sexe et l'âge, Bretagne, 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.

Le pourcentage de positivité des tests Ac anti-VHC augmente avec l'âge et est deux fois plus élevé chez les hommes (1,03%) que chez les femmes (0,54%). Les diagnostiqués positifs étaient les plus nombreux dans la classe d'âge des 30-39 ans pour les hommes et dans la classe d'âge des 50 ans et plus pour les femmes.

En **Bretagne**, les mêmes tendances sont observées (Figure 12). Sur les 14 994 tests réalisés, le sexe est renseigné pour 14 953 personnes. Dans la région sur les 3 années et dans les 7 CDAG ayant participé à la surveillance, 8 293 tests ont été réalisés chez des hommes (55%) et 6 660 chez des femmes. Les tests de dépistage sont majoritairement réalisés dans la classe d'âge

des 20-29 ans chez les hommes (53%) comme chez les femmes (45,9%). En raison d'effectifs trop réduits, les analyses sur les cas confirmés ne sont en revanche pas pertinentes.

2.2 Prise en charge des patients avec une hépatite C chronique

2.2.1 Patients en ALD

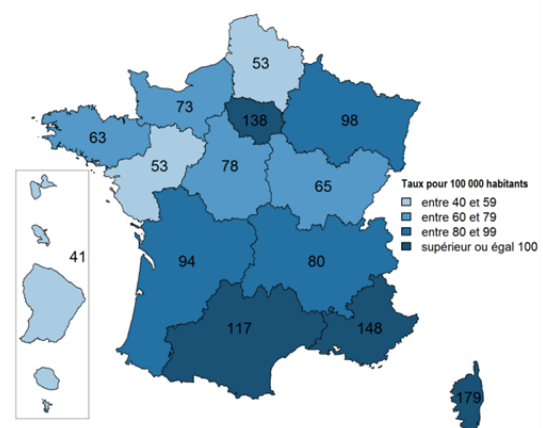
Selon les données du Sniiram (couvrant le régime général et les sections locales mutualistes), le nombre de personnes en ALD 6 pour une hépatite C chronique au niveau national était de 63 300 personnes en 2015 et avec une diminution annuelle comprise entre 5% et 8% depuis 2013 (2013 : 72 200 personnes, 2014 : 68 500 personnes) alors qu'il était en augmentation les années précédentes. Cette diminution pourrait être liée en partie à l'impact des nouveaux traitements ayant induit la guérison d'un certain nombre de patients.

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 (41 / 100 000). En métropole, les nombres de bénéficiaires rapportés à la population sont les plus élevés en Corse (179 / 100 000 habitants), PACA (148 / 100 000 habitants), Ile de France (138 / 100 000 habitants) et Occitanie (117 / 100 000 habitants) (Figure 13). Pour les DOM, l'estimation n'est disponible que de façon agrégée (41 / 100 000 habitants) sans précision par département.

En **Bretagne**, tous les taux départementaux de bénéficiaires d'ALD pour une hépatite C chronique étaient inférieurs à la moyenne nationale : 53 / 100 000 dans le Finistère, 65 / 100 000 en Ile-et-Vilaine, 66 / 100 000 dans les Côtes d'Armor et 78 / 100 000 dans le Morbihan soit un taux régional de 63 / 100 000.

Figure 13 : Nombre de personnes en ALD au 31 décembre 2015 pour hépatite chronique C par région (ALD / 100 000 habitants), France.



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

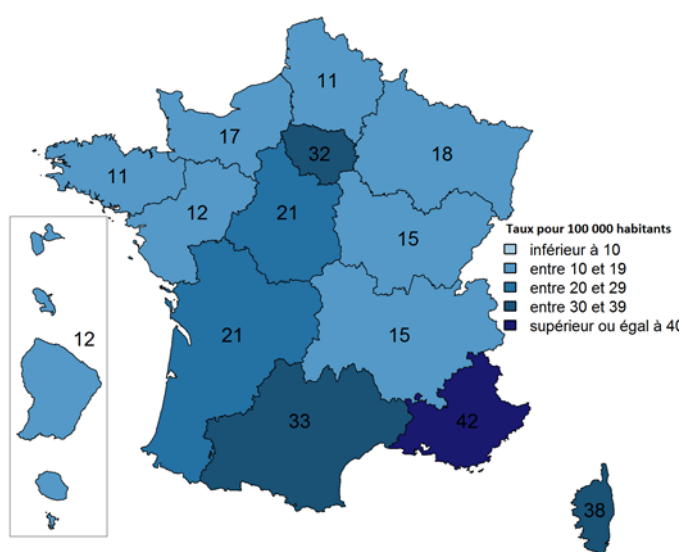
2.2.2 Patients traités par antiviraux d'action directe (AAD)

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 la guérison de l'infection pour plus de 90% des patients avec un meilleur profil de tolérance et des durées de traitement plus courtes que celles des traitements plus anciens. En janvier 2016, le Ministre de la Santé a annoncé l'ouverture de l'accès universel aux nouveaux traitements oraux 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 limiter la transmission du virus [12]. Une augmentation des initiations de traitement par AAD devrait donc être observée sur 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 que 20 300 ont été guéries [13]. Rapporté à la population, on estime à 13 et 15/100 000 le nombre de personnes ayant initié un traitement respectivement en 2014 et en 2015 (Figure 14).

En **Bretagne**, on estime le nombre de personnes ayant initié un traitement par AAD à 6/100 000 en 2014 et 11/100 000 en 2015 (Tableau 4). Les taux départementaux étaient tous inférieurs au taux national, que ce soit en 2014 ou en 2015.

Figure 14 : Nombre annuel de patients ayant initié un traitement contre le VHC par antiviraux à action directe de seconde génération par région, (/ 100 000 habitants), France, 2015.



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

Tableau 4 : Nombre annuel de patients ayant initié un traitement contre le VHC par antiviraux à action directe de seconde génération par département, (/ 100 000 habitants), Bretagne, 2014 et 2015 (Sniiram).

	2014	2015
Côtes d'Armor	11	12
Finistère	7	12
Ille-et-Vilaine	2	6
Morbihan	6	15

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

| 3. Hépatite B |

3.1 Activité de dépistage et de diagnostic de l'hépatite B

Les recommandations de dépistage de l'hépatite B ont évolué ces dernières années. En 2014, les recommandations qui ciblent 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].

3.1.1 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.

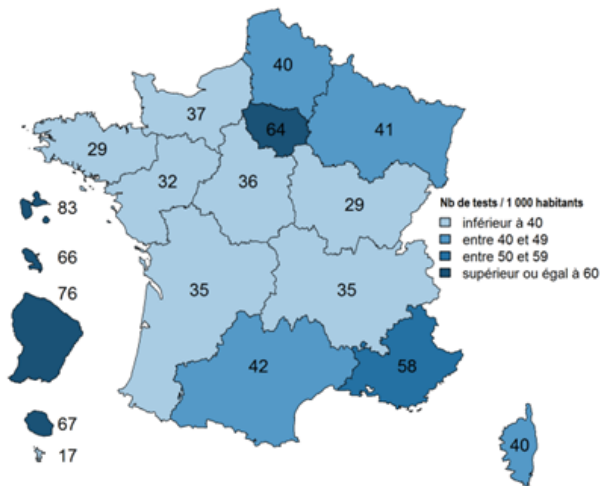
Sur les trois dernières années, l'activité de dépistage de l'Ag HBs est passée de 45 / 1 000 habitants en 2013 à 49 / 1 000 habitants en 2015.

Les données régionales concernent uniquement le régime général (incluant les sections locales mutualistes). Dans ces régimes, l'activité de dépistage France entière pour 2015 y 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, l'activité de dépistage la plus élevée est observée en Ile-de-France (Figure 15).

En 2015, 96 000 tests ont été réalisés en **Bretagne** via ces régimes ce qui, rapporté à la population, permet d'estimer le dépistage à 29 tests pour 1 000 habitants. L'activité de dépistage pour l'hépatite B y est plus basse que celle de la France métropolitaine. L'augmentation du nombre de tests réalisés reste discrète sur la région entre 2013 et 2015 (Tableau 5).

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 15 : Activité de dépistage de l'Ag HBs, données régionales (tests / 1 000 habitants), France, 2015.



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

Tableau 5 : Activité de dépistage de l'Ag HBs, Bretagne, 2013-2015.

Région	Nombre de tests Ag HBs remboursés			Nombre de tests Ag HBs remboursés / 1000 habitants *		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Bretagne	86 899	93 203	95 824	27	28	29
France Métropolitaine	2 514 399	2 687 452	2 778 199	39	42	43
DOM	136 506	138 794	137 795	66	66	65
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	48

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

Source : Sniiram, exploitation Santé publique France.

Enquête LaboHep 2013

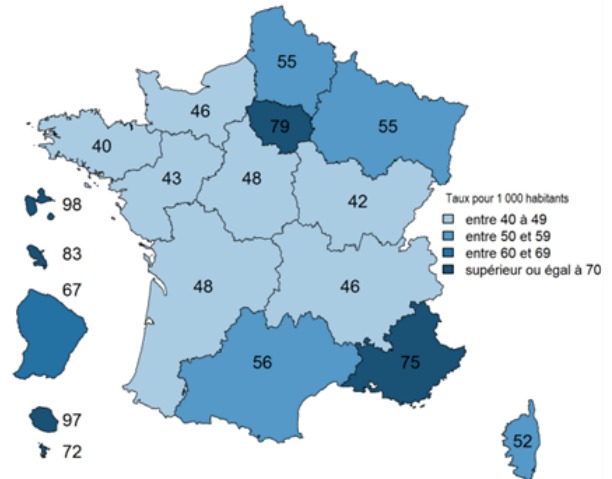
A partir d'un échantillon aléatoire de 1 504 laboratoires tirés au sort, on estime qu'en France, en 2013, 3,8 millions de sérologies de dépistage de l'hépatite B (Ag HBs) ont été réalisées. Ces dépistages ont été majoritairement réalisés (71%) dans le secteur privé. Il est observé des disparités régionales aussi bien sur le dépistage que sur les tests positifs (Figures 16 et 17). 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.

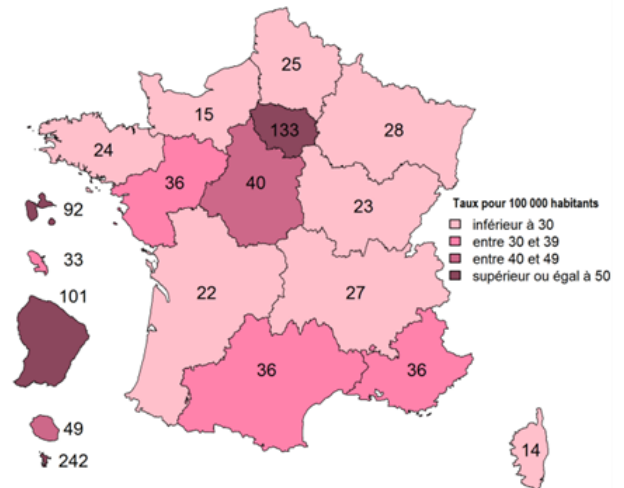
En **Bretagne**, le nombre de sérologies de dépistage des Ag HBs par habitant est de 40 / 1000 habitants. Le nombre de tests Ag HBs confirmés positifs est égal à 24 / 100 000, ce qui est bien inférieur à la moyenne de France métropolitaine (Tableau 6).

Figure 16 : Nombre de tests Ag HBs (/ 1 000 habitants), France, 2013.



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

Figure 17 : Nombre de tests Ag HBs confirmés positifs (/ 100 000 habitants), France, 2013.



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

Tableau 6 : Activité de dépistage de l'AgHBs et tests positifs, Région Bretagne, 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	Estimation de la population en 2013
Bretagne	128 755	40	783	24	3 255 671
France Métropolitaine	3 606 393	57	30 430	48	63 652 034
DOM	184 861	89	1 671	80	2 086 031
Total	3 791 254	58	32 101	49	65 738 065

Antécédent de dépistage

La déclaration de la réalisation d'un test de dépistage de l'hépatite B au cours de la vie est plus fréquente dans les DOM qu'en France métropolitaine : ces pourcentages étaient de 31,7% à la Réunion, 34,6% à la Martinique, 39,8% en Guadeloupe et 44,6% en Guyane (enquête Baromètre santé DOM 2014) contre 14,8% en France métropolitaine (données Baromètre santé 2010).

Parmi les personnes ayant fait un dépistage, la proportion ayant déclaré avoir eu l'hépatite B était de 5,0% en Guyane, 4,8% en Guadeloupe, 3,2% à la Réunion et 2,4% en Martinique. En métropole, ce pourcentage est de 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.

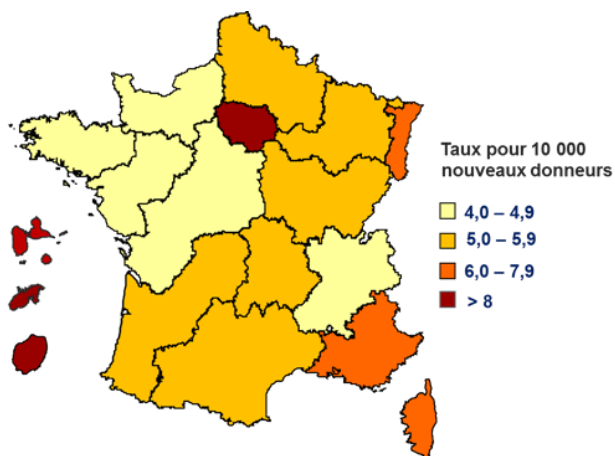
3.1.2 En population spécifique

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 / 10 000) et Martinique (15 / 10 000) et en Île-de-France (13,2 / 10 000) (Figure 18). Les données pour la Guyane ne sont pas disponibles.

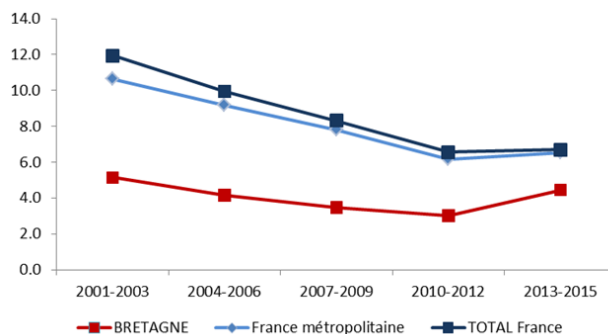
L'évolution de la prévalence du VHB en **Bretagne** sur la période 2001-2012 suit une tendance similaire à ce qui est observé dans le reste de la France (Figure 19). Les prévalences en Bretagne sont basses et restent inférieures aux prévalences nationales sur l'ensemble de la période.

Figure 18 : Prévalence du VHB (Ag HBs ou ADN VHB) chez les nouveaux donneurs de sang (/ 10 000 nouveaux donneurs), France, 2013-2015



Sources : Santé publique France, INTS, EFS, CTSA

Figure 19 : Prévalence du VHB (Ag HBs ou ADN VHB), (/ 10 000 nouveaux donneurs), Bretagne, 2001-2015



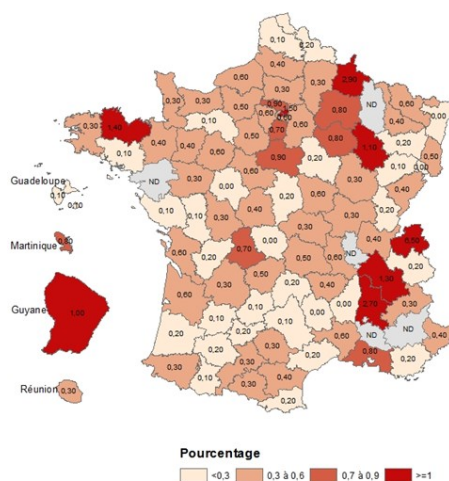
Sources : Santé publique France, INTS, EFS, CTSA

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 n'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 20) mais pour un même département peut aussi varier fortement d'une année à l'autre. Les départements avec des pourcentages les plus élevés en 2014 sont la Haute-Savoie (6,5% vs. 0,6% en 2013), les Ardennes (2,6% 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 national de ces données pour 2014 était de 81,3%.

Pour les autres départements bretons, les taux étaient tous inférieurs à la moyenne nationale : Finistère (0,3% en 2014 vs. 0,2% en 2013), Ille-et-Vilaine (0,4% vs. 0,2%), Morbihan (0,1 vs. 0,4%).

Figure 20 : Ag HBs chez les mères, pourcentage de positivité par département, certificat du 8ème jour, France, 2014



Sources : PMI, Drees, Certificat du 8ème jour - ND : non disponible

En CDAG

Dans 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 (Tableau 7). 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 **Bretagne**, 6 CDAG ont participé à la surveillance sur les trois années. Le pourcentage de positivité pour l'Ag HBs est en Bretagne (0,75%) inférieur au pourcentage national (0,91%).

La comparaison des pourcentages de positivité entre régions doit rester prudente. Les différences peuvent être liées à un recrutement spécifique des CDAG.

Tableau 7 : Activité de dépistage et pourcentage de positivité de l'Ag HBs, chez les 6 CDAG ayant participé en continu à la surveillance, Bretagne, 2013-2015

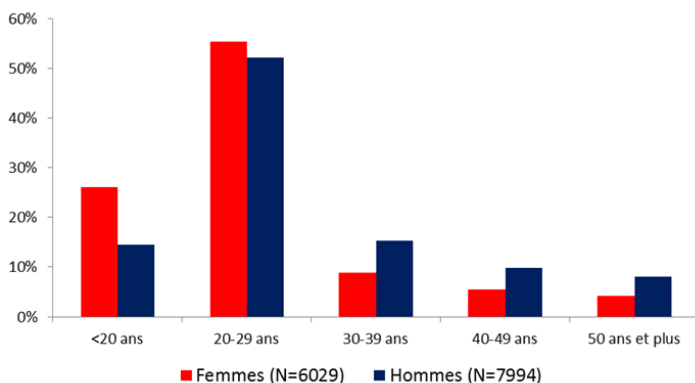
Activité de dépistage et pourcentage de positivité de l'antigène HBs				
Région	Nombre de tests AgHBs positif	Nombre de tests AgHBs réalisés	Pourcentage de positivité	Nombre de CDAG*
Bretagne	105	14 025	0.75%	6
France métropolitaine	3 778	433 379	0.87%	217
DOM	408	24 593	1.66%	7
France	4 186	457 972	0.91%	224

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

En **Bretagne**, il est observé une augmentation de l'activité de dépistage comprise entre 13 et 15% par an. Sur la même période, le pourcentage de positivité pour les Ag HBs a nettement diminué (- 42%) ce qui pourrait s'expliquer par un élargissement du dépistage à des populations moins à risque pour l'hépatite B.

Une étude récente a permis d'estimer l'activité de dépistage pour le VHB de l'ensemble des CDAG de 2001 à 2015 par région. L'activité a ainsi estimée en 2015 à 2,3 / 1000 habitants en **Bretagne**. L'estimation de l'activité nationale est de 3,6 / 1000 habitants [10].

Figure 21 : Activité de dépistage de l'Ag HBs dans les 6 CDAG ayant participé en continu à la surveillance, selon le sexe et l'âge, Bretagne, 2013-2015



Au niveau national, les tests sont majoritairement réalisés chez des hommes (56%), âgés entre 20 et 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.

Le pourcentage de positivité des tests Ag HBs est de 0,91%. Il est deux fois plus élevé chez les hommes (1,17%) que chez les femmes (0,55%). Le pourcentage le plus élevé est observé dans

la classe d'âge des 30-39 chez les femmes (1,26%) comme chez les hommes (1,90%). Les diagnostiqués positifs étaient les plus nombreux dans la classe d'âge 20-29 chez les hommes (33,8%) et chez les femmes (36,7%).

En **Bretagne**, les mêmes tendances sont observées (Figure 21). Sur les 14 025 tests réalisés, le sexe a été renseigné pour 14 023 personnes. Dans la région sur les 3 années et dans les 6 CDAG ayant participé à la surveillance, 7 994 tests ont été réalisés chez des hommes (57%) et 6 029 chez des femmes.

Les tests de dépistage sont majoritairement réalisés dans la classe d'âge des 20-29 ans chez les hommes comme chez les femmes. En raison d'effectifs trop réduits, les analyses sur les cas confirmés ne sont en revanche pas pertinentes.

3.2 Prise en charge des patients avec une hépatite B chronique

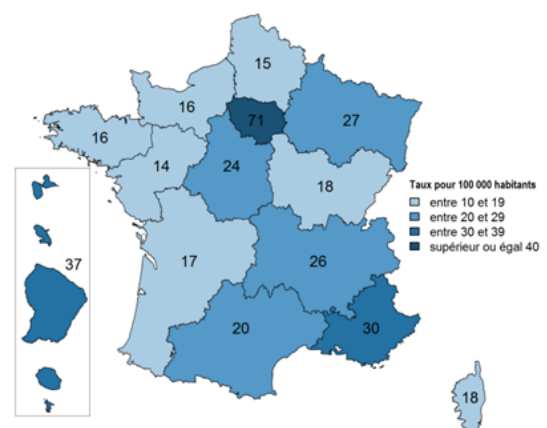
3.2.1 Patients en ALD

Les données du Sniiram (incluant le régime général dont sections locales mutualistes) montrent une poursuite de l'augmentation du nombre de personnes en ALD 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 B chronique 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 de 31/100 000 habitants, en France métropolitaine de 30/100 000 habitants. Pour les DOM, l'estimation n'est disponible que de façon agrégée (37 / 100 000 hab.) sans précision par département.

En **Bretagne**, le nombre de personnes en ALD pour hépatite chronique B rapporté à la population est de 16 / 100 000 habitants (Figure 22). Les taux départementaux bretons (Côtes d'Armor : 10 / 100 000, Finistère : 11 / 100 000, Ille-et-Vilaine : 27 / 100 000, Morbihan : 14 / 100 000) sont tous inférieurs au taux moyen métropolitain.

Figure 22 : Nombre de personnes en affection longue durée au 31 décembre 2015 pour hépatite chronique B par région, ALD / 100 000 habitants, France (Sniiram)



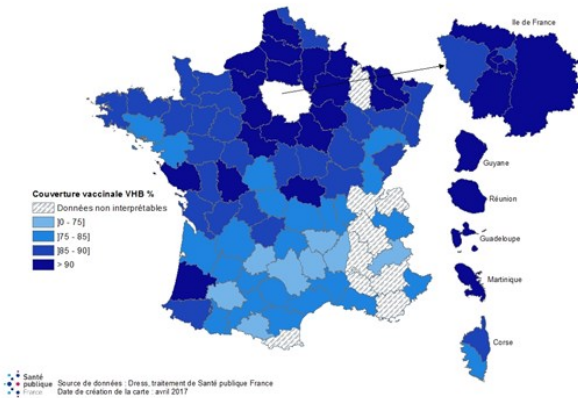
Sources : Sniiram, régime général et sections locales mutualistes, France entière ; Insee, estimation de population au 1er janvier. Carte Geofla-IGN

Figure 24 : Couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les enfants en grande section de maternelle, 6 ans, France, 2012

3.1 En population générale

Enfants de 24 mois (3 doses)

Figure 23 : Couverture vaccinale contre l'hépatite B, 3 doses à 24 mois, certificats de santé, France, 2015



Source : Drees. Exploitation : Santé publique France

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).

Il est observé une forte hétérogénéité interdépartementale avec un gradient Nord Sud marqué (Figure 23).

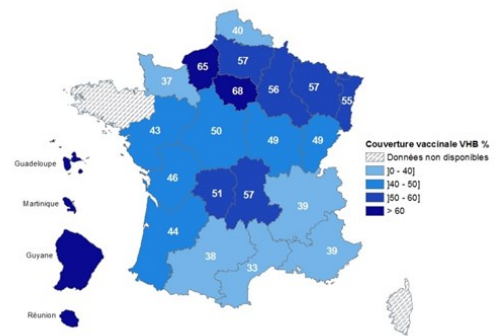
En **Bretagne**, la couverture vaccinale 3 doses anti VHB était de 86,9%. Trois départements avaient des couvertures vaccinales proches (Côtes d'Armor 87%, Finistère 87% et Ile-et-Vilaine 88,9%) et le Morbihan avait une couverture vaccinale inférieure : 83,3%.

Enfants de 6 ans (3 doses)

Les données de couverture vaccinale contre hépatite B chez les enfants scolarisés 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.

En **Bretagne**, les données de couverture vaccinale ne sont pas disponibles.

Comme pour les vaccinations chez les enfants de 24 mois, il est observé une forte hétérogénéité régionale avec un gradient Nord-Sud marqué (Figure 24).



Source : Drees, Exploitation : Santé publique France

Enfants de 11 ans (3 doses)

Au niveau national, 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 : 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.

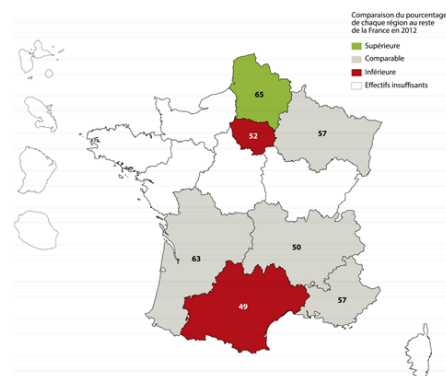
La vaccination contre l'hépatite B reste insuffisante en France. Entre 2012 et 2014, près de 80% des cas d'hépatites aiguës B déclarés en France relevaient d'une indication vaccinale et auraient donc pu être évités par la vaccination [17]. Si la couverture vaccinale anti-VHB a fortement progressé chez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

3.2 En populations spécifiques

En 2012, 56% des usagers de drogues fréquentant les CAARUD (enquête ENA-CAARUD) déclaraient avoir eu une vaccination complète pour le VHB (données France métropolitaine et métropole). Les analyses régionales montrent que la couverture vaccinale est la plus forte dans les Hauts de France (65%).

En région **Bretagne**, les données ne permettent pas d'estimer une couverture vaccinale parmi les usagers de drogues (Figure 25).

Figure 25 : Vaccination complète déclarée contre le VHB parmi les usagers de drogues fréquentant les CAARUD (%), France, 2012



Sources : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (enquête ENA-CAARUD 2012)

Étant donné les tensions d'approvisionnement des vaccins contre l'hépatite B chez l'adulte, lié 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 [18]. À 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 [19].

| 4. Méthodologie, partenaires de la surveillance |

- 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 Sante 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 aigue. *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 permettent d'estimer la couverture vaccinale contre l'hépatite B. La Drees collecte les fichiers départementaux envoyés par les services PMI. *Données : Drees, exploitation Sante 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 Sante publique France.*
 - Initiations de traitement VHC par antiviraux à action directe de 2^e 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 Sante 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) <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap.html> *Données: Observatoire français des drogues et des toxicomanies (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 (fixe et mobile) 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 comme en 2016 ; environ 2000 personnes l'ont été dans chacun des départements d'outre-mer dans le cadre du Baromètre santé DOM 2014 [20 ; 21 ; 22].

| 5. 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 Epidémiol 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 Epidémiol 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 Epidémiol 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 Epidémiol 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.

[10] Pioche P, 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) ; Bilan de quinze années de surveillance. 2001-2015. Bull Epidémiol 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-elargissement-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, Justin 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 Epidémiol 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 Ruche G, Tourdjman M, Dufourg MN, et al. Dépistage des maladies infectieuses en cours de grossesse : résultats de l'enquête Elfe en maternités, France métropolitaine, 2011. Bull Epidémiol 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 Epidémiol Hebd. 2016;(13-14):237-243. Disponible sous : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

[18] 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>

[19] 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®.

[20] 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>

[21] 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.

[22] Richard J.-B., Andler R. Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2015 : 16 p.

| 6. 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/Hepatites-virales/Hepatite-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/Hepatites-virales/Hepatite-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/Hepatite-B>

| 6 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/Vaccination-info-service.fr>

| 7. Remerciements |

À 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 épidémiologiques des hépatites et de la couverture vaccinale.

| 8. Mots clefs |

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

Directeur de la publication : Dr François Bourdillon, directeur général de Santé publique France

Rédacteur en chef : Lisa King, responsable de la Cire Bretagne

Maquettiste : Christelle Juhel

Comité de rédaction : Marlène Faisant, Bertrand Gagnière, Yvonnick Guillois, Mathilde Pivette, Hélène Tillaut
Recueil des données réalisé par : Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Santaires de l'ARS de Bretagne

Diffusion : Cire Bretagne - Ars de Bretagne — CS 14253 — 35042 RENNES Cedex

Tél. : 33 (0)2 22 06 74 41 - Fax : 33 (0)2 22 06 74 91